



2ej
10

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
ZARAGOZA
ODONTOLOGIA

MANIFESTACIONES ESTOMATOLÓGICAS
DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
M A R T H A L U N A



MEXICO

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION.....	9
PROTOCOLO.....	12
. Fundamentación de la Elección del Tema.....	12
. Planteamiento del Problema.....	15
. Objetivos.....	18
. Hipótesis.....	18
. Método Científico Deductivo.....	19
I. GENERALIDADES SOBRE LA PIEL, MUCOSA ORAL Y MANIFESTACIONES ESTOMATOLÓGICAS DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS.	
A. Anatomía e Histología de la Piel.....	22
B. Funciones Fisiológicas de la Piel.....	27
C. Mucosa Oral.....	28
D. Semiología y Patogenia de las Manifestaciones Estomatológicas de Enfermedades Dermatológicas.	
1. Semiología: Tipos de Lesiones y su Clasificación.....	44
2. Patogenia: Repercusión Histológica y Emocional de las Lesiones.....	49
Bibliografía.....	50

II. PRINCIPALES ENFERMEDADES DE LA MUCOSA BUCAL O EN VINCULACION CON ELLA DE INTERES PARA EL CIRUJANO DENTISTA.

A. La Clasificación General.....	52
B. Etiología.....	56
C. Principales Enfermedades de la mucosa bucal o en vinculación con ella de interés para el Cirujano Dentista: Semiología, Etiología, Patogenia, Diagnóstico y Terapéutica.	
1. Químicas.....	59
2. Infecciosas.....	60
i. Causadas por Virus.....	60
ii. Causadas por Bacterias.....	69
iii. Causadas por Hongos.....	77
3. Cutaneomucosas.....	81
i. Ampollares.....	82
ii. Liquen Rojo Plano.....	99
4. Exclusivas de las Mucosas.....	107
5. Enfermedades de la Mucosa Bucal.....	123
6. Tumores de la Mucosa Bucal.....	145
i. Tumores Benignos.....	146
ii. Tumores Malignos.....	149
Bibliografía.....	161

III. IMPORTANCIA E INCIDENCIA EN MEXICO DE LAS ENFERMEDADES DE LA MUJOSA BUCAL O EN VINCULACION CON ELLA DE INTERES PARA EL CIRUJANO DENTISTA.	
A. Análisis Estadístico.....	163
1. Metodología.....	163
2. El Proceso Salud-Enfermedad.....	166
3. Mortalidad General.....	169
4. Mortalidad por Enfermedades Transmisibles..	170
5. Las Estadísticas del Hospital General.....	173
6. Las Estadísticas del Centro Dermatológico Pascua.....	174
7. Importancia de la Práctica Odontológica....	178
B. Algunas Características Importantes de la Patología Bucal en México y el Papel del Cirujano Dentista.....	180
Bibliografía.....	189
RESULTADOS.....	190
CONCLUSIONES.....	193
PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES.....	194
ANEXO ESTADISTICO.....	196
ANEXO INFORMATIVO.....	225
BIBLIOGRAFIA GENERAL.....	231

A G R A D E C I M I E N T O S

Deseo extender mi sincero agradecimiento a todas las personas que desinteresadamente ayudaron con sus consejos y recomendaciones, y criticaron y corrigieron el texto; especialmente al L.E. Crescencio Ramos García, por sus sugerencias metodológicas y su valiosa ayuda en la recuperación y tratamiento de la información estadística. A mi asesor y maestro: C.D. Salomón Caballero Trejo. A la Dra. Obdulia Rodríguez, Directora del Centro Dermatológico Pascus, quien me brindó todas las facilidades para disponer de la información contenida en el Archivo de Informes diarios de Consulta. Al personal médico de esta misma institución, que además de responder entusiastamente a las preguntas del cuestionario, también externaron sus opiniones y comentarios sobre la realidad nacional en el caso de este tipo de enfermedades; principalmente al Dr. Saul Amado, -- quien es Subdirector del Turno Matutino de esta institución, Director de la Unidad de Dermatología del Hospital General y autor del libro "Lecciones de Dermatología". Mi agradecimiento también al Dr. Roberto Arenas y a las Dras. María Teresa Zambrano y Mireya Dessavre, de esta misma institución, por sus valiosas aportaciones. A las secretarias: Margarita, Estela, Amalia y Alejandra, que mecanografiaron gran parte de los cuadros estadísticos. Un reconocimiento especial por su espíritu de cooperación.

INTRODUCCIÓN.

Por manifestaciones estomatológicas de enfermedades dermatológicas entendemos todos los procesos que directa o indirectamente tienen que ver con la mucosa oral. Los procesos directos caen dentro del campo de la Estomatología, en tanto que los indirectos pertenecen al campo de la Dermatología. Ambos campos están íntimamente relacionados desde el punto de vista de la Etiología y la Patogenia, ambos campos constituyen nuestro universo de estudio.

Hay en nuestro país una incidencia significativa de manifestaciones estomatológicas de enfermedades dermatológicas, lo que hace imprescindible desarrollar un análisis de las principales enfermedades que afectan la mucosa bucal, a fin de proponer su atención respectiva al cirujano dentista. La primera razón la constituyen los casi 35 mil cirujanos dentistas que, en 1983, atendieron a un poco más de 5 millones de personas. La segunda razón se encuentra en las ventajas que tiene el cirujano dentista para detectarlas oportunamente.

En un primer plano, este trabajo de tesis pretende establecer una primera aproximación al estudio de la incidencia que tienen en nuestro país las manifestaciones estomatológicas de enfermedades dermatológicas, sus repercusiones y el papel que actualmente tiene el cirujano dentista en su detección, prevención y tratamiento, con el propósito de despertar en el mismo su responsabilidad social en la lucha por abatir las altas tasas de morbimortalidad que caracterizan a gran parte de

la población. Para ello se elaboró una tabla epidemiológica o de morbimortalidad que permitió delinear un listado de las enfermedades de la mucosa bucal más comunes y que pueden ser de interés para el cirujano dentista.

En un segundo plano, el presente trabajo expone cada una de las enfermedades de la mucosa bucal, identificadas como de posible interés para el cirujano dentista, a fin de vincularlas al diagnóstico odontológico y presentar propuestas tendientes a proporcionar una mejor atención de los pacientes por parte de este profesional de la salud. El propósito específico es el de dotar al Cirujano Dentista de un documento analítico y propositivo sobre este tipo de enfermedades, que le permita -detectarlas, diagnosticarlas y tratarlas terapéuticamente.

En última instancia, este estudio propone reforzar algunas de las proposiciones generales que diversos investigadores han -desarrollado en los últimos años para reorientar los planes y programas de estudio correspondientes y la estructura del modelo tradicional de atención a la salud.

La estructura de la investigación se dividió en tres capítu--
los. En el capítulo I analizamos las principales característi--
cas anatómicas e histológicas de la piel y la mucosa oral e -
introducimos al estudio de la semiología y la patogenia de --
las lesiones estomatológicas.

En el capítulo II analizamos las enfermedades más importantes que afectan a la mucosa bucal y que son de interés para el ci

rujano dentista. Hay que hacer notar que el listado de enfermedades que aquí se analizan es el resultado de la investigación que se presenta en el capítulo III. Las razones son meramente metodológicas, para darle mayor uniformidad y comprensión a este trabajo de tesis.

En el capítulo III se analiza el grado de importancia e incidencia que las manifestaciones estomatológicas de enfermedades dermatológicas, tienen entre la población de nuestro país. Los resultados obtenidos corresponden únicamente a los pacientes atendidos en el Centro Dermatológico Pascua, por lo que consideramos que el listado de enfermedades que se presentan en base a estas estadísticas constituye tan sólo una primera aproximación. En este capítulo se presentan también algunas de las características más importantes de la atención médica que se proporciona a los afectados por este tipo de enfermedades y que se obtuvieron como resultado de un cuestionario --- aplicado al personal médico de la misma institución.

Finalmente se exponen los resultados obtenidos, las conclusiones, las perspectivas de las enfermedades analizadas y se enumeran algunas recomendaciones.

TITULO: MANIFESTACIONES ESTOMATOLOGICAS DE ENFERMEDADES DERMATOLOGICAS.

AREA ESPECIFICA DEL PROYECTO: AGRESION Y DEFENSA II.

PERSONAS QUE PARTICIPAN: MARTHA LUNA.

ASESOR: C. D. SALOMON CABALLERO TREJO.

FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA

Pese a los altos porcentajes del presupuesto nacional que se destinan anualmente a los servicios asistenciales de salud ^{1/}, el 40% de la población de nuestra patria, la más necesitada y carente de recursos, no tiene atención médica adecuada. La distribución demográfica de nuestra población más de 90 000 poblados con menos de 2 500 habitantes en cada uno de ellos - impide que se resuelvan los problemas de salud a través de mecanismos asistenciales tradicionales. Hay además, muchos problemas a que se enfrentan los servicios de salud, como son: - "falta de coordinación entre las instituciones; concentración de servicios de ciertas regiones, que da lugar a superposición de coberturas y subutilización de recursos; manejo centralizado de los servicios; normatividad heterogénea en la atención médica y diferencias en la calidad de los servicios que otor

^{1/} Este presupuesto pasó de 226 439 a 661 299 millones de pesos entre 1981 y 1983.

gan las instituciones; insuficiente desarrollo de la medicina preventiva; falta de articulación entre la formación de los recursos humanos y las necesidades de los servicios; carencia de un cuadro básico de insumos y de mecanismos para la compra consolidada de éstos; escaso apoyo a la investigación; limitada cobertura de los servicios de asistencia social e insuficientes recursos físicos, humanos y financieros^{2/}.

Aunado a lo anterior, hay en nuestro país un alto nivel de desnutrición que tiene como base la concentración regional y familiar del ingreso. Según datos de COPLAMAH, en 1975 el 61% de la población total no satisfacía el mínimo calórico ni el proteico^{3/}. Por supuesto, la mayor parte de esta población mal nutrida se localiza principalmente en áreas rurales, y una parte importante, aún sin estimar, se localiza en la periferia de las grandes ciudades urbanas. Este alto índice de desnutrición que actualmente, en 1986, va en aumento dada la fuerte crisis económica por la que atraviesa nuestro país y que cada día se agrava más, es el principal causante de un gran número de enfermedades y electrolito mortal de otras ya que la desnutrición disminuye la resistencia del organismo humano a las infecciones. En una población desnutrida se encuentran elevadas tasas de morbilidad y mortalidad a causa del sinergismo de la desnutrición y la infección, ya que cada una exacerba a la otra.

2/ Poder Ejecutivo Federal. Programa Nacional de Salud, 1984-1986.

3/ COPLAMAH. Necesidades esenciales y estructura productiva en México: Lineamientos de programación para el proyecto nacional, publicado por COPLAMAH, México, 1982.

Sobra decir, que las causas de tal situación las encontramos en el alto grado de desigualdad en la distribución de la riqueza generada a partir de la explotación de los recursos -- productivos de nuestra patria. Más elocuentemente expresado: "En la situación nutricional del país influyen en forma determinante la inequitativa distribución del ingreso, la reducción en el crecimiento de la producción nacional de alimentos, su desviación hacia propósitos no alimentarios y su deficiente distribución interna, no dejando de reconocerse -- el impacto de factores demográficos, culturales y educativos en el comportamiento del consumo"^{4/}.

En el marco de esta situación en que se encuentran los servicios de salud y los niveles de nutrición de la población, se inserta el análisis de la morbi-mortalidad en la población. Hay una gran diversidad en los estados patológicos que diariamente se diagnostican en las instituciones y organismos -- creados para ello. Entre los más importantes se encuentran -- los causados por las enfermedades dermatológicas. La mayor -- parte de estas enfermedades tiene, por lo general, repercusiones en la cavidad bucal. Hay además una gama de enfermedades de carácter propiamente estomatológico que es necesario considerar para un análisis correcto del cuadro de morbi-mortalidad de enfermedades que afectan la mucosa bucal o que repercuten en ella.

Dentro de esta problemática, el cirujano dentista puede jugar un papel preponderante si aprovecha las ventajas que posee para diagnosticar este tipo de enfermedades. Si tomamos en cuenta la alta incidencia de este tipo de afecciones y --

^{4/} Poder Ejecutivo Federal. Programa Nacional de Alimentación, 1983-1988.

que en 1983 los 35 mil cirujanos dentistas que laboraban en el país atendieron alrededor de 5 millones de personas, encontramos razones de sobra para fundamentar la urgente necesidad de desarrollar un análisis de las principales enfermedades que afectan a la mucosa bucal, con el fin de proponer su atención respectiva al cirujano dentista y/o darle las recomendaciones correspondientes.

Este trabajo de tesis pretende, por un lado, elaborar un -- listado de enfermedades de la mucosa bucal más comunes en -- nuestra patria y que son de interés para el cirujano dentista. Por otro lado, se propone analizar tales enfermedades a fin de dotar al cirujano dentista de un documento guía que lo permita detectarlas, diagnosticarlas y tratarlas terapéu-- ticamente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El plan de estudios en la E.N.E.P. Zaragoza, de la carrera de cirujano dentista no considera el estudio formal de las enfermedades dermatológicas que repercuten en la cavidad -- oral. Los objetivos generales del módulo Agresión y Defensa II sólo las mencionan en forma aislada y, por lo tanto, se estudian en forma somera.

Los objetivos específicos de este módulo, deben comprender un apartado que mencione dichas enfermedades ya que es imprescindible que el cirujano dentista las conozca y les de la importancia debida, puesto que algunas repercuten en la

cavidad oral y en el organismo en general. Solamente si no se limita a su área anatómica de atención y se propone revisar - la mucosa bucal y la piel, el cirujano dentista podrá dar al paciente una atención que se aproxime a lo integral.

Sin embargo, los campos de la Estomatología y la Dermatología en México se encuentran prácticamente inexplorados, más aún - el primero que el segundo. No existen tablas epidemiológicas que hablen sobre la incidencia de cada una de las enfermeda-- des dermatológicas y estomatológicas. Las estadísticas exis-- tentes no van más allá de analizar algunas de las enfermeda - des transmisibles. Esto significa que es imposible encontrar estudios más específicos sobre alguna enfermedad en particu-- lar, que hagan hincapié en las características de su inciden-- cia en la población. Un ejemplo lo podría constituir el caso de los pénfigos y otro el de las candidiasis: ¿Cuántos pacien-- tes no se atendieron y dejaron evolucionar la enfermedad? -- ¿En cuántos pacientes la enfermedad alcanzó estados patológi-- cos graves? ¿Qué áreas anatómicas fueron afectadas con mayor frecuencia por la enfermedad?

En cuanto al campo específico de la Estomatología, este se - encuentra prácticamente abandonado en nuestro país. Ni en el Archivo de Informes Diarios de Consulta ni en el Archivo de Historias Clínicas del Centro Dermatológico Pascua encontra-- mos si las enfermedades diagnosticadas se localizaron en la mucosa bucal o se vincularon con ella. De esta manera resul-- ta difícil saber la verdadera importancia que tienen en Mé-- xico las manifestaciones estomatológicas de enfermedades der-- matológicas. Sin embargo, aún cuando no se registre el área

anatómica afectada por las enfermedades diagnosticadas, como la Dermatología y la Estomatología se encuentran íntimamente relacionadas, podemos establecer una primera aproximación al estudio de la incidencia de este tipo de enfermedades. El lo gro de este propósito nos permitirá desarrollar un estudio específico para el caso de México sobre las enfermedades de la mucosa bucal o en vinculación con ella más frecuentes, de tal manera que el cirujano dentista pueda detectarlas, diagnosticarlas y tratarlas terapéuticamente.

Las lesiones bucales y cutáneas, por lo general, se presentan juntas en las enfermedades dermatológicas. En algunas ocasiones, las alteraciones en la mucosa bucal son las que señalan el comienzo de la enfermedad y preceden a las lesiones de la piel, y en otras, constituyen la única evidencia de la enfermedad.

Las enfermedades dermatológicas, que repercuten en la cavidad oral causan en el afectado problemas de tipo bio-psico-social, que serán temporales o persistentes según la gravedad de las mismas, impidiendo que pueda relacionarse de manera óptima con sus semejantes. Por lo regular, la sociedad ve como extraños a todos aquellos que han sido afectados gravemente por este tipo de enfermedades.

Esta es pues la problemática que guía la inquietud expresada en la hipótesis de trabajo y conformada en los objetivos a alcanzar en este trabajo de tesis.

OBJETIVOS.**A. Terminal.**

Elaborar un documento sobre las enfermedades bucales que más incidencia tienen sobre la población mexicana, que sirva de apoyo al cirujano dentista para detectarlas, diagnosticarlas y tratarlas terapéuticamente, o bien, según sea el caso para que el cirujano dentista le de al paciente las recomendaciones correspondientes y lo remita con el especialista adecuado.

B. Secundarios.

- a) Analizar alteraciones sistémicas de tipo dermatológico, - que tienen repercusión en la cavidad oral.
- b) Conocer los factores que influyen para la elaboración del diagnóstico.
- c) Conocer los procedimientos clínicos para tratar estas manifestaciones bucales.

HIPOTESIS.

Según estadísticas del Centro Dermatológico Pascua, hay una elevada tasa de morbilidad de las enfermedades bucales. Por esto, es necesario dar mayor importancia al estudio de las manifestaciones estomatológicas de enfermedades dermatológi-

cas e integrarlas al diagnóstico odontológico, a fin de otorgar una mejor atención al paciente como ser bio-psico-social y participar de los esfuerzos gubernamentales para abatir -- las altas tasas de morbi-mortalidad que aquejan a la población.

METODO CIENTIFICO DEDUCTIVO.

Derivar de ciertas ideas generales algunas particulares hasta llegar a conclusiones determinadas. Para el caso que nos ocupa se trata de identificar el marco epidemiológico en el cual se inserta el estudio de la Patología Bucal, a fin de derivar un listado de las enfermedades bucales más comunes -- en nuestro país, y que sean de interés para el cirujano dentista. Este listado es el que servirá de base para cumplir -- con el objetivo terminal de este trabajo de tesis.

Este proceso de investigación se realizará a través de:

Questionario. Este cuestionario se aplicará, a manera de una entrevista estructurada, entre el personal médico de alguna institución especializada en este tipo de enfermedades. Las preguntas que contenga el cuestionario nos permitirán conocer algunas de las interrelaciones entre las enfermedades -- dermatológicas y las afecciones estomatológicas, así como la naturaleza de la atención médica que se proporciona en la -- institución donde se aplique el cuestionario, a los pacientes afectados por estas enfermedades.

Investigación documental. Se revisará la bibliografía existente en nuestro país sobre estadísticas epidemiológicas del sector salud y seguridad social, y los estudios que existen sobre la situación actual de los niveles de salud en México. -- También se revisará la bibliografía que existe sobre Patología Bucal.

Investigación directa. Una vez inmersos en la problemática de la Patología Bucal en México y delimitada el área de análisis se procederá a la realización de un listado que reúna las enfermedades bucales más comunes en México y que sean de interés para el cirujano dentista.

Criterio de selección. El presente trabajo de tesis no pretende ser un tratado de Estomatología, sino un estudio sobre las afecciones más frecuentes que inciden en los pacientes -- que acuden a consulta en la cotidiana práctica odontológica, tanto a nivel de instituciones públicas como de cirujanos dentistas particulares o privados. Por esto, los criterios de selección reúnen estrictamente a aquellas manifestaciones estomatológicas de enfermedades dermatológicas más frecuentes en nuestro país.

Organización y análisis de la información. Se comparará la información de los diversos autores, y complementará con la obtenida a través de la investigación directa. La información, conforme se vaya obteniendo, se irá integrando de acuerdo a los tópicos de la estructura del proyecto.

Material. Libros, revistas, estadísticas del sector salud y - seguridad social, diagnóstico de salud, diagnóstico de alimen tación, cuestionario que se aplicará a manera de entrevista - estructurada, Archivo de Informes Diarios de Consulta, Archi- vo de Historias Clínicas, etc.

I. GENERALIDADES SOBRE LA PIEL, MUCOSA BUCAL Y MANIFESTACIONES ESTOMATOLÓGICAS DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS.

A. Anatomía e histología de la Piel.

La piel es un órgano que forma parte muy importante de la estructura y el funcionamiento del ser humano, es la cubierta exterior que reviste todo el cuerpo y se insinúa en los orificios naturales, no es como se cree una simple envoltura inerte, sino un órgano complejo, anatómico y funcional, ligado a la fisiología y patología de todo el organismo. Se interrelaciona íntimamente con todos y cada uno de los demás órganos, para lograr el equilibrio fisiológico indispensable para la supervivencia. Por tanto, no hay acontecimiento que suceda en cualquier parte del organismo, que no repercuta en la piel y viceversa^{5/}.

Anatomía.

La piel representa por lo regular el 6% del peso corporal de todo ser humano y contiene el 30% de la sangre total del organismo. Es pues el órgano más extenso y de mayor peso y volumen. Sus características más comunes son las siguientes: continua, lisa, suave, resistente, flexible, elástica, extensible, tersa, turgente, húmeda, aún cuando algunas de estas características varían de una persona a otra, e incluso en la misma persona.

5/ Amado, Saul. Lecciones de Dermatología, 10^a ed., MC. Editor, México, 1983. Cap. 1 "La Piel". Para un estudio más profundo véase Ernest Gardner, Anatomía: estudio por regiones del cuerpo humano, Parte I, Cap. 8 "Piel, pelo y uñas"; y Arthur Ham, Tratado de histología, Parte III, Cap. 20 "Sistema tegumentario (piel y anexos)".

Se puede decir, que la piel tiene dos caras, la externa que nos separa del mundo exterior y la interna, íntimamente unida al organismo, al medio interno y está por tanto sujeta a agresiones del medio interno y externo.

El color de la piel depende fundamentalmente de la cantidad de pigmento melánico que contiene y de la red vascular existente, en ocasiones intervienen otros pigmentos como los carotenos. De esta combinación surgen todos los matices de la piel desde la muy blanca hasta la negra pasando por la cobriza, amarilla, etc. Sin embargo, el color sufre variaciones en el mismo individuo. Es más oscuro en la aureola y el pezón, en las regiones genitales, en el vientre y canaladura vertebral y es más claro en la cara anterior de los muslos, palmas y plantas.

La complejidad de la estructura de la piel se demuestra por los siguientes datos: un cm^2 de piel posee 5 folículos pilosos, 15 glándulas sebáceas, 100 sudoríparas, 4 metros de nervios y 1 metro de vasos, 5 000 organelos sensitivos y 6 millones de células.

La contextura, grosor y aspecto de la piel varía según la topografía, en los párpados es muy delgada y fina, en cambio en las palmas y sobre todo en las plantas es muy gruesa y áspera. También hay variaciones con respecto al sexo y a la edad. En la mujer, la piel es más fina y tersa con vello delgado; en el hombre es más gruesa, áspera y cubierta de vello más grueso y abundante. En el recién nacido la piel es turgente, hidratada, fina y con mucha grasa, conforme crece la piel va perdiendo agua y grasa. La piel del adolescente vuelve a ser muy grasosa, pero después de los 21 o

22 años se va deshidratando lentamente y así la piel del anciano es seca, escamosa, con telangiectasias que se transparen tan por su delgadez, con manchas leucodémicas o hiperpigmentadas y otros "adornos" de la piel senil. Se pierde el vello y el pelo se hace ralo y se torna blanco.

En la piel se encuentra también el pelo y las uñas que cubren la punta de los dedos, hay además, un manto gaseoso y un manto ácido, que forman en conjunto la microatmósfera que rodea a la piel del individuo y la tiene en contacto con el medio exterior. El manto gaseoso está formado por una capa de aire más caliente, con más contenido de CO_2 y vapor de agua resultante de la evaporación del sudor. El manto ácido es una emulsión formada por la secreción sudoral y sebéica, tiene origen a dos fases: agua en aceite cuando es más abundante la grasa y aceite en agua cuando es lo contrario. Este manto ácido da a la epidermis su acidez, su pH de 7 a 7.2. En la acidez de la epidermis influye el CO_2 y los aminoácidos, la acidez es menor en axilas, regiones genitales, oídos, palmas y plantas, - la función del aminoácido es defender a la piel contra gérmenes y hongos.

Histología.

La piel se compone en general de tres capas distintas: 1) epidermis, 2) dermis e 3) hipodermis, verdaderos sistemas que desarrollan complicadas funciones que están relacionadas con otros aparatos y sistemas del cuerpo humano. Empero son solamente líneas embrionarias las que forman la piel: el ectodermo, que origina la epidermis y los anexos, y el mesodermo, que forma la dermis y la hipodermis. La unión entre la epidermis y la

dermis no es una línea recta sino que presenta una serie de entrantes de la dermis hacia la epidermis que se llaman papilas, a su vez la epidermis coloca entre las papilas los procesos interpapilares. En las papilas van los vasos y nervios de la piel, ya que la epidermis no presenta estos anexos y se nutre a partir de los vasos papilares.

1. Epidermis. Está constituida por varias capas de células que forman en conjunto un epitelio poliestratificado. Todas las células proceden de una sola hilera de células llamadas individualmente queratinocitos que van a originar por sus divisiones a todas las demás, terminando con la muerte de la célula llena de queratina, ésta última capa caerá renovándose continuamente, este proceso que llamamos "queratopoyesis" y que tiene una duración promedio de 11 días. La estructura de la epidermis se encuentra constituida por los siguientes estratos: a) estrato basal o germinativo, b) estrato espinoso o de Malpighi, c) estrato granuloso y d) estrato córneo.

a) El estrato basal o germinativo es una sola hilera de células cilíndricas de núcleos muy basófilos, dispuestas perpendicularmente a la dermis, con mitosis frecuentes y que están en constante reproducción. De trecho en trecho se notan células más claras, de núcleo hipercromático en forma de luna que son las llamadas células claras de Masson o melanocitos, formadores del pigmento de la piel o melanina. Se acepta que estas células provienen de la cresta neural y son verdaderas células dendríticas que emigraron a la piel durante la vida embrionaria.

- b) El estrato espinoso o de Malpighi está formado por varias hileras de células poliédricas, dispuestas en mosaico y que tienen como característica especial la presencia entre ellas de "puentes" intercelulares que unen una célula con otra dando cohesión a la epidermis, pero dejando suficiente espacio entre las células para la circulación de la linfa que las nutre. Estos "puentes" parecen estar formados por prolongaciones citoplásmicas y según algunos autores, reforzadas por tonofibrillas que en su centro se condensan para formar los nódulos de Binnsoro cuya razón de ser se desconoce.
- c) El estrato granuloso se integra apenas de una o dos hileras de células que empiezan a presentar en su interior unos gránulos de color azul oscuro que están formados del precursor de la queratina: la queratoinulina. Los gránulos están constituidos por ADN y proceden de la cromatina nuclear.
- d) El estrato córneo es de un espesor que va desde 0.02 mm hasta 0.5 mm en las plantas de los pies y está formado por hileras de células muertas, aplanadas, sin núcleo y llenas de una sustancia llamada queratina blanda. Se observan así varias hileras de laminillas puestas unas sobre otras.
2. Dermis. Está constituida por una armazón de tejido conjuntivo sobre el cual se sientan los vasos y nervios y los anexos de la piel. Las fibras que forman esta armazón son de tres clases, las colágenas son las más abundantes y están formadas por una proteína compleja en cuya formación interviene fundamentalmente la hidroxiprolina y las reticulares

y elásticas que dan resistencia, cohesión y elasticidad a la piel.

En la dermis hay escaso número de células y entre ellas -- existen fibroblastos con su núcleo fusiforme; histiocitos, que son monocitos tisulares derivados del sistema retículo endotelial, con gran movilidad y poder fagocitario; y mastocitos, que son células muy basófilas, y otras células de origen sanguíneo.

La dermis superficial se llama papilar, es más laxa, con fascículos delgados y de orientación vertical; la media se llama corion, con fibras más largas y más densas en disposición horizontal; y la profunda, constituida por fibras más gruesas y también horizontales.

3. Hipodermis. Se encuentra situada bajo la dermis profunda y está constituida por células grasas o adipocitos, separados por tabiques de tejido conjuntivo que forman lóbulos.

Finalmente, tenemos el sistema de vasos y nervios (vasos sanguíneos y linfáticos y nervios autónomos y sensitivos) y los anexos de la piel (complejo pilosebáceo, glándulas sudoríparas y uñas), cuya estructura y funciones se salen un poco de la órbita de las tres capas mencionadas.

B. Funciones Fisiológicas de la Piel.

Las funciones fisiológicas de la piel son variadas y muy complejas, cuyos mecanismos no han sido del todo descifrados. Las funciones que, para fines de este trabajo de tesis, hay que te

ner presentes son: protección, absorción y sebácea.

La función protectora de la piel permite que el ser humano no sea tan sensible a las agresiones externas. La piel posee integridad, cohesión y elasticidad, propiedades eléctricas y un manto ácido que la cubre y que impide el desarrollo de hongos y bacterias (esterilización espontánea de la piel).

La función de absorción de la piel tiene lugar a través de la epidermis y el componente polinebáico; agua, grasas y sustancias hidro y liposolubles. Esta propiedad puede usarse para la administración de medicamentos como estrógenos, esteroides y otros, pero también debe tomarse en cuenta cuando se administran estos productos por vía tópica, por ejemplo: la administración de corticosteroides sobre todo en los niños, en la piel inflamada y con método oclusivo, puede producir importante depleción suprarrenal.

La función sebácea que tiene lugar a través del sebo producido por las glándulas sebáceas, interviene en la lubricación de la piel y formación del manto ácido. El sebo está formado de ácidos grasos libres o combinados y colesterol y tiene propiedades fungicidas y germicidas.

C. Mucosa Oral.

Caracteres Macroscópicos.

La mucosa oral así como la piel, es un órgano muy importante de la estructura y funcionamiento del ser humano, aunque su extensión sea menor que el de la segunda, y la cual debemos conocer

perfectamente en su estado normal, para comprenderla en su estado patológico al igual que la piel^{6/}.

Asimismo, el conocimiento de las microfloras normal y pasajeras es esencial para determinar que organismo u organismos -- causen o estén asociados con las enfermedades bucales que han sido clínicamente reconocidas.

La boca es una cavidad, cuyo diámetro mayor es anteroposte---rior, hacia adelante está limitada por los labios, hacia ----atrás por el istmo de las fauces, arriba por la bóveda palati---na, abajo por la lengua y piso de la boca y a los lados por -- los carrillos o mejillas que constituyen la paredes laterales.

Estando la mandíbula en oclusión, los arcos dentarios o los -- rebordes maxilares dividen a la boca en dos zonas. La que que---da comprendida detrás de los arcos dentarios es la boca pro---piamente dicha y la que está por delante de los mismos es el vestíbulo bucal.

La boca "propriadamente dicha" está limitada adelante y a los la---dos por la cara lingual y palatina de los arcos dentarios, -- arriba por la bóveda palatina, abajo por el piso de la boca y atrás por el istmo de las fauces.

El vestíbulo bucal tiene forma de herradura, está limitado, -- adelante por la mucosa de los labios, a los lados por la mucosa de los carrillos, atrás por la cara externa o vestibular -- de las piezas dentarias, encías, arriba y abajo por los sur---cos vestibulares o fornix, superior e inferior, y en la parte más profunda (posterior) por el reborde anterior de la rama -- escamosa mandibular.

6/ Grimapan, David. (et. al.). Enfermedades de la Boca, Tomo I, Cap. 15 "Lo fundamental de la fisiología y fisiopatología de la mucosa bucal.

El examen de la mucosa bucal debe realizarse ordenadamente: la boca, mucosa yugal, lengua, piso de la boca, paladar duro y -- blando, istmo de las fauces y encías.

Caracteres Microscópicos.

La cavidad bucal está limitada en todas sus partes por una membrana mucosa, término que designa el revestimiento de las cavidades que comunica con el exterior.

Cualquier sector de la mucosa bucal muestra tres sectores superpuestos que de la superficie a la profundidad se hallan representados por: el epitelio mucoso, la lámina propia o corion y la submucosa.

Epitelio Mucoso.

Este sector es pavimentoso, estratificado, plano, sin tendencia a la cornificación excepto en las zonas fisiológicamente traumatizadas (encías, paladar duro). Su superficie es relativamente lisa (excepto en el dorso de la lengua) mientras que la cara profunda en vinculación con el corion muestra proyecciones coniformes irregulares, llamadas cuerpos o crestas interpapilares. Si se eliminara el epitelio mucoso, la superficie desnuda del corion se mostraría erizada por finas proyecciones papilares conectivas, entre las que se adaptan las crestas interpapilares. Esta irregularidad de la cara profunda del epitelio - mucoso permite una mayor adherencia y más superficie de nutrición por el amplio contacto con trayectos vasculares.

El epitelio mucoso se halla formado por una capa basal o germinativa, de células cilíndricas que constituyen el sector más profundo, lindante con el corion (lámina propia) y por una capa espinosa, compuesta de varios estratos de células poliédricas que, a medida que se aproximan a la superficie, se van aplanando hasta constituir escamas que se exfolian en la cavidad bucal.

Las células basales son las más indiferenciadas y las más ricas en actividad mitótica, en su polo conectivo muestran finas digitaciones. Las células basales epiteliales muestran desmosomas que las unen entre sí y con las células espinosas y medio desmosomas en los sectores en vinculación con la membrana basal corio-epitelial. Las células bucales también poseen mitocondrias que constituyen los depósitos de enzimas respiratorias.

Lámina propia o corion.

Está compuesta por dos sectores uno superficial que forma las papilas conectivas o sea, el corion papilar, y otro más profundo, el corion reticular. Ambos sectores están constituidos por tejido conectivo fibroso, pero con modalidades distintas para cada una de ellos.

El corion papilar está compuesto por una fina armazón de fibrillas colágenas dispuestas en una estructura tridimensional, recorrida por los capilares papilares, hemáticos y linfáticos; se agregan fibrillas elásticas muy delgadas dispuestas verticalmente y fibrillas de reticulina alrededor de los vasos y en la membrana basal subepitelial. El corion papilar constituye -

el corion metabólico porque a través de sus mallas se desarrollan los intercambios para nutrir el epitelio mucoso.

El corion reticular está formado por un tejido conectivo rico en fibras colágenas gruesas. Las fibras elásticas son más abundantes y de mayor grosor, en especial en la mucosa de revestimiento. Las fibrillas de reticulina son escasas y forman manojitos perivasculares. El corion reticular parece tener como función importante evitar la distensión exagerada de la mucosa.

Submucosa.

Está formada por tejido conjuntivo de espesor y densidad variable y une a la mucosa con las estructuras subyacentes (aponeurosis o periostio). El tipo de unión es laxo o firme, dependiendo del carácter de la submucosa. En esta capa se encuentran glándulas, vasos sanguíneos, nervios y también tejido adiposo. Es en la submucosa donde las arterias se dividen en ramas más pequeñas, las cuales penetran en la lámina propia. Aquí se dividen otra vez para formar una red capilar sub-epitelial en las papilas.

Estructura de la Mucosa Bucal.

En la mucosa bucal se pueden distinguir, dados sus distintos caracteres clínicos e histológicos, tres subdivisiones: 1) mucosa de revestimiento, 2) mucosa mastoenterio y 3) mucosa especializada o mucosa lingual dorsal.

1. Mucosa de Revestimiento.

La mucosa de revestimiento tiene función de protección, y comprende: a) la mucosa de los labios, b) los carrillos o mejillas, c) el surco vestibular y la de las apófisis alveolares superior e inferior situada en la periferia de la encía, d) la mucosa del piso de la boca que se extiende hasta la superficie interna de la apófisis alveolar inferior, la mucosa de la superficie interior de la lengua; y finalmente e) la mucosa del paladar blando.

a) Labios. La continuidad de la piel con la mucosa bucal se realiza a través de una franja de semimucosa o zona de transición que corresponde al borde libre de los labios, la muestra una coloración más rosada comparada con la mucosa bucal y una superficie seca no humedecida por secreciones mucosas.

Cada labio está integrado por fibras musculares entriadas del músculo orbicular de los labios, incluido el tejido fibroconectivo elástico. Por fuera el labio está cubierto por piel que contiene folículos pilosos, glándulas sebáceas y glándulas sudoríparas.

En el borde del labio, el epitelio está modificado por gran concentración de queratohialina, que lo hace más transparente, y la dermis subyacente muestra gran cantidad de papilas, con plexos abundantes de capilares sanguíneos. De la sangre en estos plexos depende el color del borde libre del labio.

En la cara interna del labio, éste se encuentra cubierto por una membrana mucosa que incluye epitelio no queratinizado es tratificado plano, sobre una lámina propia de tejido conectivo y papilas altas. En el interior del tejido conectivo se encuentran glándulas mucosas pequeñas, cuya secreción pasa a la superficie por conductos pequeños. En el epitelio pueden encontrarse gránulos de queratohialina en las capas más superficiales y constantemente aparecen en la saliva. El epitelio de la mucosa del labio no es cornificado.

En la línea media se observa un pliegue de la mucosa, generalmente más largo en el labio superior, que constituyen los frenillos labiales superior e inferior y que se hacen más visibles al traccionar el labio.

- b) Carrillos o Mejillas. Los carrillos, mejillas o región geniana están limitados adelante por los labios. En su cara cutánea, el surco nasogeniano y el labio geniano que lo continúa, constituyen el límite anterior. Su espesor depende de la cantidad del tejido adiposo, siendo más convexo en el niño, aplánándose generalmente con la edad y deprimiéndose en el viejo, por la pérdida de grasa y de los molares.

La cara mucosa se llama mucosa yugal, la cual en su parte anterior es continuación de la mucosa labial superior e inferior. Arriba y abajo se hallan los surcos vestibulares superior e inferior donde la mucosa se flexiona sobre los rebordes alveolares de los maxilares, la mucosa alveolar al unirse a la encía adherente constituye la unión mucogingival.

La mucosa yugal se observa lisa, rosada y húmeda. A la altura del cuello del 1.^o o del 2.^o molar superior se encuentra un orificio que corresponde a la desembocadura del conducto de Stensen por donde fluye la saliva de la glándula parótida.

El carrillo tiene una estructura semejante a la del labio - con una armazón de músculo estriado y tejido fibroconectivo elástico revestido en su cara interna por una membrana mucosa cubierta por epitelio no queratinizado estratificado plano. Se encuentra submucosa también e incluye tejido conectivo elástico que contiene un plexo ricamente vascularizado - Las fibras elásticas se continúan por fuera con las que rodean los músculos estriados y por dentro con las de la lámina propia. Sirven para unir la membrana mucosa con firmeza al músculo e impiden la aparición de pliegues de la membrana mucosa, mismos que serían mordidos al cerrar la boca. - La mucosa y las glándulas mixtas se encuentran en la lámina propia del carrillo.

- c) Surco vestibular y mucosa alveolar: en el surco vestibular de la mucosa de los labios y las mejillas se refleja hacia la mucosa que cubre el hueso. En el surco la mucosa está conectada laxamente a las estructuras subyacentes, lo que permite los movimientos necesarios de los labios y las mejillas. La mucosa que cubre la superficie externa de la apófisis alveolar está unida laxamente al periostio en la zona cercana al surco. Se continúa hacia la encía, pero está rígidamente limitada de la que se encuentra firmemente unida al periostio de la cresta alveolar de los dientes.

Los frenillos labial y lateral son pliegues de la mucosa que contiene tejido conjuntivo laxo, no se encuentran fibras musculares en ellos. Las mucosas gingival y alveolar están separadas por una línea festonada, la unión mucogingival.

La mucosa alveolar es delgada, está unida laxamente al periostio por medio de una capa submucosa bien definida de tejido conjuntivo laxo, y puede contener glándulas mixtas pequeñas. El epitelio es delgado, no cornificado y las salientes epiteliales y las papilas son bajas y a menudo faltan. Esta mucosa es de color rojo oscuro.

- d) Piso de la boca y superficie inferior de la lengua: la porción de la mucosa libre sublingual es el piso de la boca propiamente dicho. Presenta una forma en herradura, acanalada cuya concavidad mira hacia arriba. La porción anterior y media o zona sublingual es triangular y a los costados se prolonga como un canal entre la mucosa alveolar de la mandíbula por afuera y la mucosa de la cara ventral de la lengua por adentro, terminando posteriormente en la parte inferior del pilar anterior.

La mucosa se observa fina, rosada, muy flexible y vascularizada y con los relieves o eminencias provocados por las glándulas sublinguales, cruzadas por los pliegues sublinguales. Además se encuentran las carúnculas salivales a ambos lados.

En la línea media existe un pliegue mucoso que une la cara

ventral de la lengua con la zona sublingual y que constituye el frenillo lingual. A cada lado del mismo se encuentra la carúncula salival en cuyo vértice existe un orificio -- que corresponde a la desembocadura del conducto de Wharton de la glándula submaxilar. A los costados se continúa con el pliegue sublingual que presenta una serie de orificios pequeños. Los más vecinos a la línea media corresponden a los conductos de Rivinus, el grupo más voluminoso de las glándulas sublinguales.

Hacia ambos lados y hacia atrás, la mucosa del piso de la boca se continúa por adentro con la mucosa de la cara ventral de la lengua y hacia afuera se flexiona para constituir la mucosa de revestimiento alveolar de la tabla interna mandibular, hasta la unión con la encía adherida. La mucosa del piso de la boca es delgada, adherida laxamente a las estructuras subyacentes para permitir la libre movilidad de la lengua. El epitelio no es cornificado, y las papilas de la lámina propia son bajas. La mucosa sublingual se une a la encía lingual a nivel de una línea bien definida que corresponde a la línea mucogingival. En el borde interno del surco sublingual, en forma de herradura, se refleja hacia la superficie inferior de la lengua y se continúa como mucosa lingual ventral. La mucosa de la superficie inferior de la lengua es lisa y relativamente delgada, y su epitelio no es cornificado, las papilas del tejido conjuntivo son numerosas, pero cortas. Aquí la submucosa no puede identificarse como una capa separada y une íntimamente la mucosa al tejido conjuntivo que rodea los haces de los músculos de la lengua.

e) **Paladar blando:** el paladar blando o velo del paladar es -- una formación fibromuscular movable, que continúa el borde posterior del paladar duro. Constituye una separación parcial entre la nasofaringe por arriba, y la orofaringe por abajo. Funciona cerrando el istmo faríngeo durante la deglución y la fonación. En el borde inferior libre, presenta en el plano medio una proyección de variable longitud, la úvula. Y se continúa lateralmente con dos pliegues que reciben el nombre de pilares glosopalatino y faringo-palatino, y en cuyo lecho están las amígdalas palatinas ovales.

La mucosa de la superficie bucal del paladar blando está -- muy vascularizada y tiene color rojizo, difiriendo notablemente del color pálido del paladar duro. Las papilas del -- tejido conjuntivo son escasas y cortas. El epitelio escamoso estratificado no es cornificado. La lámina propia muestra una capa bien definida de fibras elásticas que las separan de la submucosa. La última es relativamente laxa y -- contiene una capa casi continua alrededor del borde libre del paladar blando por distancia variable y después es sustituida por mucosa nasal con su epitelio pseudoestratificado, cilíndrico y ciliado.

2. Mucosa Masticatoria.

La mucosa masticatoria se halla adherida a los planos profundos y está representada por: a) el paladar duro, b) las encías, ambos son los sectores más irritados por el traumatismo masticatorio.

- a) **Paladar duro:** el paladar constituye el techo de la boca y el suelo de la cavidad nasal. Se extiende hacia atrás constituyendo una separación parcial entre las porciones bucal y nasal de la faringe. El paladar es arqueado en sentido transversal y anteroposterior, se compone de dos partes: los dos tercios anteriores constituyen el paladar duro, y el tercio posterior el paladar blando.

El paladar duro incluye huesos palatinos, apófisis palatina del maxilar, por eso es rígida. Proporciona una superficie de oposición a la lengua. Por delante y a los costados está limitado por la región gingivodentaria con cuya encía se continúa casi imperceptiblemente. Por detrás termina en el borde del paladar blando, donde con la base de la lengua determina el orificio que constituye el istmo de las fauces.

La mucosa del paladar duro tiene un color rosa pálido, en su parte media sagital, presenta una línea o rafe palatino medio donde la mucosa se observa algo más clara.

- b) **Encía.** Es la parte de la mucosa unida a los dientes y los procesos alveolares de los maxilares, y se divide en: insertada, libre o marginal y encía papilar.

La encía insertada está demarcada de la mucosa alveolar laxamente anclada y movable por una línea reconocida como unión mucogingival. Esta línea de demarcación entre la encía y la mucosa alveolar se halla en las superficies exter

nas o vestibulares de ambos maxilares. Por lo general no hay una línea divisoria clara en el paladar porque la mucosa del paladar duro está queratinizada y se halla firmemente unida al hueso. La unión gingival aunque manifiesta desde el punto de vista clínico y anatómico, está sujeta a considerables variaciones de forma y posición. La encía insertada presenta un ancho variable en las diferentes personas y en diferentes zonas de la misma boca. Es más ancha en los dientes anteriores y más angosta en la región de los premolares y a veces no existe en la región de los molares, por lo general es más ancha en el maxilar superior que en el inferior. La superficie de la encía insertada se caracteriza por el aspecto de cáscara de naranja.

La encía libre o marginal es la parte coronaria no insertada que rodea al diente y forma el surco gingival, que normalmente tiene una profundidad entre 1 y 2 mm.

Encía papilar. El tejido gingival que se extiende en el sector interdentario forma las papilas gingivales, que son de especial importancia clínica y patológica. En la parte anterior de la boca, las papilas forman una estructura piramidal simple. Las papilas de los dientes posteriores tienen forma de cuna, un tanto hundida. Las paredes de la papila hacen contacto con las superficies dentarias interproximales, y la cresta se adapta bien por debajo de las superficies de contacto de los dientes vecinos.

Las características clínicas de la encía normal son: color rosado con un contorno marginal fino, el contorno papilar es puntiagudo; la superficie tiene una textura especial en cáscara de naranja, la consistencia es firme y el surco --gingival es superficial.

La encía constituye una franja de mucosa gruesa, que se extiende desde el borde gingival, hasta la unión con la mucosa alveolar, fácil de diferenciar por su color, mayor movilidad y consistencia.

La encía se encuentra cubierta de un epitelio escamoso estratificado queratinizado.

3. Mucosa Especializada o Mucosa Lingual Dorsal.

La mucosa especializada queda relegada a la superficie dorsal de la lengua y constituye una zona ricamente innervada, con una superficie sembrada de pequesísimas vegetaciones papilares y con fuertes adherencias al músculo lingual.

La lengua es un órgano muscular situado en el suelo de la boca. Se inserta por intermedio de distintos músculos, en el hueso hioides, maxilar inferior, apófisis, estiloides y farínge. Está formada principalmente por músculo estriado y se halla parcialmente cubierta por mucosa. La lengua es importante como órgano del gusto y en la masticación, deglución y fonación.

Se distinguen en ella el vértice o punta de la lengua, queda aplicado habitualmente a los incisivos. El borde de la misma se relaciona a cada lado con las encías y con los dientes.

El dorso de la lengua, se halla una parte en la cavidad bucal y otra en la orofaringe, es convexo y se relaciona con el paladar, se caracteriza por presentar un surco en forma de V, o surco terminal que se dirige hacia afuera y adelante a cada lado, a partir de una pequeña depresión o agujero ciego, y constituye un límite entre la porción oral, o dos tercios anteriores y la porción faríngea o tercio posterior de la lengua.

El dorso de la porción oral de la lengua puede presentar un surco medio. La mucosa aparece generalmente húmeda y con elevaciones debido a la presencia de numerosas y diminutas papilas. Las papilas linguales son prominencias de la lámina propia de la mucosa.

Papilas filiformes. Son las más abundantes y estrechas, constituyen prolongaciones cónicas de vértices puntiagudos, se les encuentra en el dorso de la porción bucal de la lengua.

Papilas fungiformes. Son prominencias redondas y rojizas con base estrecha, contienen habitualmente corpúsculos gustativos y se encuentran principalmente en el vértice y borde de la lengua.

Papilas caliciformes. Se encuentran en un número de 10 a 14 -

en el hombre, están situadas siguiendo el surco en forma de V, cada una de ellas sobresale un poco de la superficie y está rodeada por un surco pequeño circular a la manera de un foso, hay papilas secundarias también, pero la superficie epitelial es lisa. Los corpúsculos gustativos se sitúan en las paredes laterales, esto es a un lado del surco circular.

En el fondo del surco circular se encuentran los orificios de los conductos de las glándulas serosas especializadas (glándulas de Ebner) y que se sitúan en el sentido más profundo en el tejido muscular de la lengua.

Papilas foliadas. Hendiduras paralelas definidas, de longitud variable se encuentran en el borde lateral de las porciones posteriores de la lengua, contienen corpúsculos gustativos.

Las papilas incluyen numerosas terminaciones sensitivas para el tacto, además de ello, los corpúsculos gustativos están situados en las papilas caliciformes y fungiformes, de ello depende el sentido del gusto.

Pueden advertirse cuatro sabores básicos: dulce, amargo, ácido y salado. Los estímulos nerviosos que parten de los corpúsculos gustativos en los dos tercios anteriores de la lengua - pasan por la cuerda del tímpano, rama del séptimo nervio craneal, y los estímulos del tercio posterior de la lengua cruzan por el nervio glossofaríngeo.

La base de la lengua constituye la pared anterior de la orofaringe. La mucosa de la base está desprovista de papilas, pre-

senta numerosas glándulas serosas y se caracteriza por la presencia de folículos linfáticos en la mucosa subyacente. Estos folículos son llamados en conjunto amígdala lingual. La submucosa también contiene glándulas mucosas. La mucosa se continúa con la que cubre las amígdalas palatinas y la faringe.

La raíz de la lengua es la parte que descansa en el suelo de la boca (músculos geniohioideos y milohioideo). El término --- raíz de la lengua, sin embargo, se emplea a veces para la porción faríngea del órgano, siendo la porción bucal llamada --- cuerpo de la lengua. Los vasos, nervios y músculos intrínsecos penetran o abandonan la lengua por su raíz, la cual no está cubierta por la mucosa.

D. Semiología y Patogenia de las Manifestaciones Estomatológicas de Enfermedades Dermatológicas.

1. Semiología: Tipos de Lesiones y su clasificación^{7/}

Toda enfermedad que se manifiesta en la cavidad bucal, por lo general produce alteraciones morfológicas tisulares como signos clínicos tan característicos, que han sido clasificadas como lesiones elementales primitivas. Muchas de estas lesiones no mantienen su apariencia inicial debido a causas como: el traumatismo, la masticación, maceración, movimientos de los tejidos y tiempo en sí; las lesiones que así derivan de las primitivas se conocen como secundarias, esta denominación tiene significado de orden de aparición y no de importancia,

^{7/} Bagaert Diaz, Humberto. Manual de Dermatología, Ed. The C.V. Mosby Company, México, 1979. cap. 24 "Enfermedades de la Boca".

ya que en muchos casos son tan útiles como las primitivas para ayudar a establecer el diagnóstico. Las lesiones primitivas que con mayor frecuencia pueden aparecer, tanto en la piel como en la mucosa son: manchas, pápulas, nódulos, tubérculos, vesículas, ampollas, pústulas, queratosis, verrugosidades, ronchas y tumores. Las secundarias más importantes en la cavidad bucal corresponden a: erosiones, fisuras o grietas, úlceras, ulceraciones, costras, cicatrices y descamaciones.

La apreciación y descripción ordenada de las lesiones son un prerrequisito para un diagnóstico preciso y un tratamiento conveniente. Se pueden describir cuatro alteraciones fundamentales en la mucosa oral mediante la inspección y la palpación. Estas anomalías, que representan las reacciones patológicas básicas de la mucosa oral son: cambios de color, de grosor, de contenido líquido y de textura. Los cambios de color, generalmente se producen por afección del sistema vascular o de la pigmentación, los cambios de grosor causados por proliferación celular o por infiltración dan por resultado lesiones palpables que pueden proyectarse sobre la superficie de la mucosa oral normal que las rodea. El líquido libre dentro de la epidermis, o entre ésta y la dermis, forma vesículas; el aumento de líquido libre dentro de la dermis, da lugar a una tumoración sólida. Las escamas que son un cambio en la textura de las capas más externas, se deben a defectos en la formación o en la descamación de la capa córnea. En cualquier lesión en particular, las alteraciones pueden producirse aisladas o en combinación. La lesión que contiene menos alteraciones fundamentales es la lesión primaria. Es necesario identificar la lesión primaria, puesto que su reconocimiento hace

posible diagnosticar una erupción. Los cambios evolutivos o secundarios de la lesión primaria, su distribución, su disposición o configuración sobre la superficie corporal son caracteres diagnósticos adicionales.

Principales Lesiones Primarias.

Máculas. Son alteraciones del color de la piel, pequeñas y -- circunscritas que no se acompañan de ninguna alteración en el grosor o en el contenido líquido. Si hay alguna elevación o -- induración palpable en la lesión ya no será una mácula. Los -- cambios de color circunscritos de la piel con más de 1 cm. de diámetro se conocen como manchas.

Pápulas. Son pequeños aumentos (menos de 0.5 cm. de diámetro) circunscritos en el grosor de la piel producidos por proliferación o infiltración tisular. Las pápulas son siempre palpables y pueden acompañarse por cambios de color y de textura. El color, la forma y la configuración de las lesiones papulares son características de ciertas dermatosis.

Las lesiones primarias son pápulas de color violeta. Las pápulas pueden crecer periféricamente o coalescer para formar --- grandes placas.

Nódulos. Las lesiones perfectamente circunscritas que son más duras que los tejidos circunvecinos se llaman nódulos cuando son resultado de proliferación tisular o inflamación. Los tumores son lesiones circunscritas induradas que arbitrariamente se definen como más grandes que los nódulos.

Ronchas (urticaria). Son un tipo específico de nódulo causada por colección localizada de líquido libre dentro de las capas más profundas de la piel. Una roncha tiene un nódulo central pálido y elevado rodeado por una mancha eritematosa o halo. Las ronchas pueden crecer para formar tumefacciones alarmantemente grandes de una extremidad o de la cara.

Vesículas o bulas. Las vesículas son pequeñas vejigas circunscritas que contienen líquido libre. El líquido libre puede estar situado dentro de la epidermis o entre esta y la dermis. La inflamación de la piel debida a irritantes químicos, alérgenos o agentes físicos, da lugar con frecuencia a la desintegración celular, y acumulación de líquido libre. Las vesículas son la lesión principal de la dermatitis aguda. Las bulas son vesículas que contienen líquido purulento. Es importante para el diagnóstico apreciar las siguientes características de las vesículas o de las bulas:

- | | |
|---|---|
| 1. El contenido: | Líquido seroso, sanguíneo o purulento. |
| 2. La raíz: | Intacta, endurecida, frágil o umbilicada. |
| 3. La tensión: | Firme o flácida. |
| 4. La base: | Piel normal, eritema o urticaria. |
| 5. La relación de una vesícula con las otras: | Agrupadas o aisladas. |

Principales Lesiones Secundarias.

Las lesiones secundarias de la piel representan alteraciones evolutivas de las lesiones primarias.

Costras. Son los restos secos de exudados y pueden estar formados de sangre seca, suero o pus. Las costras están generalmente situadas sobre erosiones resucantes o úlceras que pueden inspeccionarse adecuadamente si se eliminan las costras.

Escamas. Las escamas son fragmentos visibles o palpables de la capa córnea externa de la piel, el estrato córneo. Las características de las escamas resultan útiles para el diagnóstico. Pueden ser secas o grasosas, más claras o más oscuras que la piel normal, finas o en láminas, sueltas o adherentes. Las escamas pueden desarrollarse sobre lesiones primarias, - máculas o pápulas o sobre piel por lo demás normal.

Erosiones o úlceras. Las erosiones son áreas circunscritas - de piel denudada que por lo general sanan sin dejar cicatriz. Las úlceras se forman cuando hay destrucción profunda del cu tis y de los tejidos subcutáneos. Los factores etiológicos - relacionados con la producción de una úlcera pueden ser únicos o múltiples. Aunque los pequeños y repetidos traumatis-- mos constituyen la causa primaria generalmente de las úlce-- ras de las piernas en los pacientes ancianos, el retardo en la cicatrización y la extensión de la úlcera es una conse-- cuencia de la infección bacteriana sobregregada en indivi-- duos con enfermedad vascular periférica.

Liquenificación. Se denomina liquenificación al engrosamien-- to de la piel acompañado de una acentuación de las marcas su perfciales normales de la piel. La piel afectada está techo nada con elevaciones papulares situadas muy juntas y separadas entre sí por delicadas arrugas. Es frecuente observar hi

perpigmentación en las áreas liquenificadas. Como la liquenificación se debe a la continua irritación de la piel, y más comúnmente por rascado, se le encuentra en muchas dermatosis pruríticas crónicas.

Cicatrices. Las cicatrices son resultado de una lesión dérmica grave. En la mayoría de los casos van precedidas de úlceras, pero otras enfermedades dérmicas, como el lupus eritematoso discoide, dejan cicatrices sin ulceración previa.

2. Patogenia: Repercusión Histológica y Emocional de las Lesiones.

Sea cual sea la etiología de las lesiones estomatológicas la destrucción de alguna parte de la estructura de la mucosa oral siempre se encuentra presente. Dependiendo de la magnitud de la lesión será el grado de las consecuencias a nivel histológico y anatómico. En ocasiones, cada uno de los procesos estomatológicos o enfermedades con localización bucal dan por lo general, lugar a una o varias lesiones.

Atendidas las lesiones o atacado sus causas siempre habrá recuerdos más o menos desagradables convertidos por lo regular en cicatrices de diversa morfología y magnitud. En algunas de ellas, las consecuencias por contagio irán más allá. En el caso de las enfermedades venéreas, los niños pagarán a muy alto precio el pecado de sus padres. En los casos de tumores malignos, si las lesiones no son tratadas a tiempo o las causas no son atacadas desde sus inicios, el precio a pagar será la propia vida y una muerte lenta y angustiosa.

Bibliografía.

Amado, Saúl. Lecciones de Dermatología, 10a. ed., MC Editor, México, 1983. cap. I "La Piel".

Bagaert Diaz, Humberto. Manual de Dermatología, Ed. The C.V. Mosby Company, México, 1979. cap. 24, F. Jacobo Ar---mach y Arthur Noel, "Enfermedades de la boca".
Biblioteca del Centro Dermatológico Pascua.
Clasificación: LBS - 616.5 - B6 - M3.

Gardner, Ernest (et. al.). Anatomía, estudio por regiones -- del cuerpo humano, 2a. ed., Ed. Salvat, México, 1970. Parte I: "Anatomía General", cap. 8 "Piel, pelo y --- uñas"; Parte VIII: "Cabeza y cuello", cap. 61 "Boca, lengua y dientes".

Grinspan, David (et. al.). Enfermedades de la Boca, 4 Tomos, Buenos Aires, 1970, Tomo I: Cap. 1 "El exámen de la - mucosa bucal"; cap. 3 "Las lesiones elementales de la mucosa y semimucosa bucal"; y cap. 15 "Lo fundamental de la fisiología y fisiopatología de la mucosa bucal".
Biblioteca del Centro Dermatológico Pascua.
Clasificación: LBS - 617.6 - G7 - B5. Volúmenes 1 y 2.

Ham, W. Arthur. Tratado de Histología, 7a. ed., Nueva Editorial Interamericana, México, 1975. Parte II "Los Tejidos", caps. 7, 8, 17 y 18; Parte III "Sistemas Corporales", caps. 20 y 21.

Leeson, S. Thomas y C. Roland Leeson. Histología, 2a. ed., Nueva Editorial Interamericana, México, 1970. Parte I: "Principios Generales y Tejidos Primarios", caps. 4, 5 y 6; Parte II: "Histología de los Organos y Sistemas", caps. 13 y 14.

Jawetz, Ernest (et. al.). Manual de Microbiología Médica, -- 6a. ed., Ed. El Manual Moderno, México, 1975. cap. - 24 "Flora Microbiana Normal del Cuerpo Humano".

II. PRINCIPALES ENFERMEDADES DE LA MUCOSA BUCAL O EN VINCULACION CON ELLA DE INTERES PARA EL CIRUJANO DENTISTA.

A. La Clasificación General.

Ante las múltiples dificultades que presenta la tarea de clasificar las enfermedades de la mucosa bucal desde la perspectiva de la Etiología o de la Patogenia, debido a que en muchas aún se desconoce su causa o su proceso resulta inclasificable, los diversos especialistas en esta materia han preferido un ordenamiento que abarca las siguientes lesiones: de origen traumático, físico, químico, infeccioso, parasitario y tóxico; de patogenia endocrina, metabólica, hematopoyética, carencial, psíquica, neurológica y visceral; las colagenosis y reticulopatías; las enfermedades preferentemente mucocutáneas, las exclusivas de las mucosas, las propias de las mucosas, -- las malformativas, los blastomas, las de patogenia alérgica y de autoagresión o autoinmunidad. Completan el ordenamiento -- los síndromes generales con repercusión bucal, el estudio de la estomatología en el niño, la vejez y la vinculada al menstuo y al embarazo. Finalmente, las lesiones ocupacionales, -- óseas (de los maxilares), de la articulación temporomaxilar, de las glándulas salivales y los procesos dentarios y sinusales que pueden traer repercusión estomatológica^{8/}.

Las enfermedades adquiridas de localización preferentemente cutaneomucosa, tales como el pénfigo vulgar, el liquen rojo plano y los eritemas polimorfos, entre otros, por su gran in-

8/ Grinspan, David. Op. Cit. pp. 773-786.

cidencia en la población deben ser conocidas por el cirujano dentista a fin de colaborar en su tratamiento.

Tanto las enfermedades propias de la mucosa bucal (glosopatías, queilopatías, gingivopatías y fibrosis difusa de la submucosa) como las exclusivas de las mucosas (leucoplasias, aftas y aftosis) deben ser conocidas por su frecuencia e importancia.

Las enfermedades endocrinas y las metabólicas de manifestación estomatológica son raras en México. La única enfermedad metabólica registrada en los Archivos de Informes Diarios de Consulta del Centro Dermatológico Pascua fue la conocida como Xantoma Tuberoso.

Las enfermedades hematopoyéticas, tales como la anemia perniciosa y las leucemias, son de gran interés únicamente para el especialista.

Los procesos carenciales como la pelagra y el escorbuto son de muy rara incidencia en México.

Las enfermedades de origen psíquico deben ser diferenciadas de las de carácter orgánico, por ello son importantes. Entre éstas, con bastante frecuencia, se encuentran las llamadas "neurodermatitis".

Los procesos viscerales (cardíacos, pulmonares y renales) de manifestación bucal son importantes para el especialista.

De las colagenosis sobresalen en importancia y en interés para el cirujano dentista, el lupus eritematoso crónico y el agudo. El primero se manifiesta a veces únicamente en la semimucosa labial; el segundo, puede manifestarse inicialmente en el paladar y encía vestibular (púrpura).

Los traumatismos por accidentes son de suma importancia para el cirujano dentista, éste debe saber como actuar ante un accidentado maxilofacial que presenta lesiones en las piezas dentarias o fractura de los huesos del macizo facial. También importa mucho conocer las lesiones debidas al traumatismo continuo de los dientes o prótesis. Es necesario diferenciar una ulceración traumática de una hiperplasia, y distinguir un granuloma de un papiloma diaprúscico. Sin embargo, el estudio de los traumatismos y sus lesiones no tiene cabida en los objetivos del presente trabajo de tesis.

Las lesiones físicas pueden ser causadas por radiaciones terapéuticas, la acción solar que puede dar lugar a la queratitis y al galvanismo bucal y muchas sustancias químicas por lo regular de uso odontológico; o ser de causa externa, provocadas por el hábito de fumar, mascar tabaco o algunas yerbas como betel o coca. Las que nos interesan son aquellas que tienen como agente etiológico a la luz solar, por su alta frecuencia, identificadas por el Centro Dermatológico Pascua como Prúrigo Solar y Dermatitis Solar. También se registraron lesiones físicas como la fotosensibilización y varios tipos de queratosis (pilar, folicular y seborreica).

Las enfermedades infecciosas son causadas por virus, cocos, bacterias y hongos. De estas, son de interés para el cirujano dentista únicamente las causadas por virus, bacterias y hongos. Entre estas destacan el herpes simple, el herpes zoster, la sífilis y las micosis superficiales de la boca (candidiasis), que por su patogenia deben ser conocidas a fondo por el cirujano dentista para que tome las precauciones correspondientes en los pacientes con este tipo de padecimientos antes de proceder al tratamiento odontológico.

Las enfermedades parasitarias, como la leishmaniasis, propias de algunos países en zonas tropicales y subtropicales; así como las reticulopatías, de difícil diagnóstico, son de interés únicamente para el especialista.

Las lesiones propiamente tóxicas causadas por substancias industriales y medicamentos son de escasa importancia en la actualidad. Si acaso son de interés para el especialista las lesiones autotóxicas que tienen su origen en procesos tales como la uremia y la diabetes. No obstante, los casos de dermatitis por contacto son muy numerosos en la consulta diaria del Centro Dermatológico Pascua. Por esta razón, las comentamos en este trabajo de tesis, aún cuando muy someramente.

Las lesiones bucales que tienen su origen en el mecanismo de autoinmunidad deben tenerse presentes.

Los papilomas, por su frecuencia, son de gran interés para el cirujano dentista.

Las enfermedades como las parálisis y las neuralgias que tienen su origen en el sistema nervioso; las anomalías del desarrollo (displasias o malformaciones), los blastomas y las hiperplasias simples son parte de este ordenamiento.

Finalmente, las alergias, la patología ósea, articulación temporomandibular y glándulas salivales; los procesos dentarios; las sinusitis; los síndromes; la estomatología pediátrica, ginecología, del embarazo y del menst^ruo; las enfermedades ocupacionales; la infección focal y el síndrome general de adaptación, completan el ordenamiento de las enfermedades dermatológicas que se manifiestan en la mucosa bucal, las cuales tampoco tienen cabida en el proceso de investigación que nos ocupa, únicamente se mencionan para que el lector tenga el panorama completo.

B. Etiología.

Como ya hemos mencionado, la etiología de las enfermedades dermatológicas con manifestaciones estomatológicas no sólo es muy heterogénea, sino que en muchas se desconoce. Aquí intervienen las condiciones climáticas de las diversas regiones de un país o de los diversos países.

Bajo estas primeras observaciones, según el Archivo de Informes Diarios de Consulta del Centro Dermatológico Pascua, las enfermedades más comunes de la mucosa bucal son las siguientes: leucoplania, herpes labial, papilomas, quistes mucoides, liquen rojo plano, queilitis diversas, úlceras traumáticas de la lengua, gingivitis, epitelomas y procesos propios de la -

lengua. La candidiasis es también motivo de frecuente consulta.

En orden decreciente de importancia cabe consignar angiomias, tumores benignos (lipoma y papiloma), fibromas, enfermedades ampollares, granulomas, sífilis secundaria, etc.

Los pénfigos también tienen cierta frecuencia. De menor importancia, aún cuando muy frecuentes, se encuentran las neurodermatitis, dermatitis por contacto, dermatitis solar, melasma, vitiligo, dermatitis microbiana, impetigo y otras (véase cuadro 15).

La misión más importante de todo especialista (principalmente estomatólogos, odontólogos y médicos) interesados en este tipo de enfermedades es el hallazgo de procesos capaces de ---- transformación maligna para poder eliminarlos oportunamente. Ello y la detección del cáncer incipiente son una meta que debe ser tenida presente en todo momento, pues, contribuye, sin duda alguna, a evitar muertes innecesarias. Este es uno de -- los motivos más importantes que guían este trabajo de tesis, además de que como sabemos la patología de la mucosa bucal, tierra de nadie, no ha sido estudiada ni enseñada como otras disciplinas y su difusión puede ser de gran beneficio social.

Por supuesto, por su etiología muchas de las enfermedades de la mucosa bucal no son de interés para el cirujano dentista y por esta razón se excluyen de este trabajo.

De las lesiones químicas de la mucosa bucal nos interesan únicamente las provocadas por sustancias medicamentosas, pero -

sólo para que el odontólogo tome las precauciones correspondientes.

De las enfermedades causadas por bacterias, la sífilis por ser altamente infecciosa ocupa un lugar importante para el cirujano dentista, que debe tomar las precauciones correspondientes antes de tratar a los pacientes que padezcan esta afección.

Las enfermedades causadas por hongos son de gran importancia por su frecuencia y su localización mucó-bucal. De estas estudiaremos únicamente las micosis superficiales de la boca (candidiasis), por ser las que más frecuencia presentan en México.

De las enfermedades exclusivas de las mucosas estudiaremos únicamente las leucoplasias.

De las enfermedades propias de la mucosa y semimucosa bucal nos interesan solamente las enfermedades propias de los labios, dentro de las cuales destacan las queilitis (glandulares y no glandulares) y la dermatitis perioral.

Dentro de los tumores benignos y malignos, analizaremos estrictamente los de origen epitelial. De los tumores benignos de origen epitelial nos interesan el papiloma y el queratocantona; en tanto que de los tumores malignos de origen epitelial, veremos únicamente el carcinoma epidermoide o espinocelular (de labio, de lengua, del piso de la boca y gingival).

C. Principales Enfermedades de la Mucosa Bucal o en vinculación con ella de interés para el Cirujano Dentista: Semiología, Etiología, Patogenia, Diagnósis y Terapéutica.

1. Enfermedades Químicas.

De este grupo de enfermedades, según el Archivo de Informes Diarios de Consulta del Centro Dermatológico Pascua, sobresalen por su gran frecuencia las dermatitis por contacto. Estas afecciones, de variados grados de patogenicidad, tienen como agentes etiológicos diversas sustancias medicamentosas como analgésicos o antisépticos u otras, sea por automedicación o por prescripción médica. Entre estas sustancias se encuentran la aspirina (quemadura por aspirinas) que contiene ácido acetyl salicílico que es cáustico para la mucosa; - el perborato de sodio que se utiliza en pasta o en solución para buches puede ocasionar dolores y decoloraciones blanquecinas del epitelio; el alcohol puro o concentrado puede provocar alteraciones en la mucosa, y el bicromato de potasio - que usado como antiséptico a concentraciones altas puede producir lesiones cáusticas. Entre las medicaciones que aplican el médico y el odontólogo algunas son cáusticas, como el fenol, creosota, nitrato de plata y sulfato de cobre, paramonoclorofenol, ácido tricloroacético, arsénico (usado como medicación pulpar) y yodo.

Las medicaciones sobre la base de cloro utilizadas para el tratamiento de dientes boteados y de ácido clorhídrico para ablandar el tártaro, son igualmente capaces de causar lesiones cáusticas en la mucosa.

Algunas infiltraciones anestésicas superficiales pueden causar necrosis de la mucosa. Los aceites volátiles utilizados contra la alitosis pueden originar estomatitis. Dentro de los colorantes el cristal violeta utilizado al 1 o 2% puede determinar un proceso inflamatorio agudo e incluso necrosis.

Finalmente, algunas drogas quimioterápicas empleadas en el tratamiento de tumores sólidos y procesos malignos de la sangre, pueden ser causa de procesos inflamatorios o causar necrosis. Los cuatro tipos principales de drogas anticancerosas son los siguientes: Agentes alquilantes (ciclofosfamida, clorambucil); antimetabolitos (metotrexato, 6-mercaptopurina); antibióticos (adriamicina, actinomicina D, bleomicina) y alcaloides (vincristina, vinblastina).

2. Enfermedades Infecciosas.

i. Causadas por Virus^{9/}.

Entre las virosis bucales, la provocada por el Herpes Virus - Hominis es la más corriente, puede provocar múltiples procesos cutáneos, y/o mucosos, del sistema nervioso, de primoinfección o recurrente (recidivantes). Hay dos formas de lesión herpética: la primoinfección o gingivostomatitis herpética (aguda, febril, aparatosa) y el herpes simple vulgar (recurrente o recidivante). Es, sin duda, el virus -

^{9/} Grinspan, David. Op. Cit. Cap. XXI "Enfermedades por virus y rickettsias", págs. 912-920. Véase también, William Shafer, Op. Cit., Cap. 6 "Infecciones bacterianas, virales y micóticas", págs. 328-334.

más común de infección humana.

Gingivostomatitis Herpética Aguda.

Es una enfermedad que ataca principalmente membranas mucosas, pero ocasionalmente puede afectar la piel o el sistema nervioso central. Se le llama primaria porque representa el primer contacto con el virus, el cual es usualmente adquirido por contacto directo.

La manifestación clínica sólo se hace aparente en 1 a 10% de los pacientes y en el 90% restante la infección es subclínica; sin embargo, las lesiones herpéticas recidivantes aparecen después en muchas personas, desencadenadas por factores de muy diversa índole.

Características Clínicas. Es una enfermedad bucal común que aparece en niños y adultos jóvenes. La enfermedad que se da en niños es con frecuencia el ataque primario y se caracteriza por fiebre, irritabilidad, cefalea, dolor al tragar, linfadenopatía regional, anorexia, deshidratación e incluso somnolencia y convulsiones. La encía empieza a inflamarse, desde la encía marginal hasta el surco mucobucal y aumenta la salivación.

En un corto periodo de tiempo se desarrollan vesículas redondas u ovales, llenas de fluido amarillento que pueden aparecer en labios, lengua, mucosa vestibular, paladar, faringe, amígdalas o membranas mucosas orales. Las vesículas se rompen y

dejen úlceras superficiales, ardientes, dolorosas, cubiertas por una membrana gris y rodeada por un halo eritematoso.

La inflamación gingival siempre precede por varios días a la formación de úlceras. Las úlceras varían en tamaño y en diámetro curando espontáneamente, en un periodo de 7 a 14 días sin dejar cicatriz. Esta enfermedad es contagiosa.

Características histológicas.

Las ulceraciones circunscritas de la gingivostomatitis herpética que se originan de la rotura de las vesículas presentan una porción central de inflamación aguda con ulceraciones y diferentes grados de exudado purulento rodeado de una zona rica en vasos ingurgitados. El cuadro microscópico de las vesículas se caracteriza por edema intracelular y extracelular y degeneración de las células epiteliales. El citoplasma celular es claro y licuefacto; la membrana y el núcleo de las células resalta en relieve. Más tarde, el núcleo degenera, pierde su afinidad tintorial y por último se desintegra. La formación de las vesículas es la consecuencia de la fragmentación de células epiteliales degeneradas.

La vesícula totalmente desarrollada es una cavidad en las células epiteliales con algunos leucocitos polimorfonucleares. La base de las vesículas se compone de células epiteliales edematizadas de la capa basal y estrellada. La parte de la superficie de las vesículas está formada por capas de células estrelladas superiores comprimidas del estrato mucoso y del estrato córneo. A veces, se observan cuerpos -

de inclusión eosinófilos redondeados en los núcleos de las células epiteliales que bordean la vesícula.

Diagnóstico diferencial.

El diagnóstico se establece sobre la base de la historia del paciente y los hallazgos clínicos. Se puede tomar material de las lesiones y enviarlo al laboratorio para realizar pruebas confirmatorias.

Hay que diferenciar la gingivostomatitis herpética de las siguientes enfermedades: herpes zoster, impetigo, gingivitis ulceronecrotizante, eritema multiforme, liquen plano buloso, gingivitis descamativa, estomatitis aftosa, alergias a alimentos o medicamentos y quemaduras químicas o por medicamentos.

Tratamiento.

El tratamiento de la infección herpética primaria no es satisfactorio. Obligadamente es sólo de sostén y sintomático, pues to que el curso de esta enfermedad es inalterable.

1. Enjuagues alcalinos, para neutralizar el medio bucal:
 - a) Bicarbonato de sodio (una cucharadita en medio vaso de agua cada dos horas) ó
 - b) Perborato de sodio (Un sobre en medio vaso de agua después de las comidas).
2. Analgésicos, vía oral, rectal o tópicos, para control de la fiebre y el dolor.
3. Alimentación no ácida, no irritante y blanda.

4. Líquidos en abundancia para conservar la hidratación y el equilibrio de electrolitos.
5. Un complemento dietético.
6. No administrar antibióticos, ya que fijan el virus, y prolongan el tiempo de la enfermedad.
7. Reposo.
8. Aislar los utensilios del enfermo para evitar el contagio.

Herpes simple vulgar (recidivante o recurrente).

El herpes simple vulgar o herpes recidivante o recurrente es un proceso muy común por ello su conocimiento es de particular importancia práctica, también lo es por las recidivas -- frecuentes y lo difícil que es evitarlas. Se ve generalmente en los adultos, con predominio en mujeres, pero también en niños, en especial de la segunda infancia. Hay alguna tendencia familiar.

El herpes vulgar puede comenzar espontáneamente, pero es más común después de trastornos gastrointestinales (fiebre del estómago o del intestino), infecciones agudas (neumonías, meningitis, gripe) y, en general, en cualquier afeción febril, así como durante el transcurso de infecciones crónicas como la sífilis. También puede manifestarse en intoxicaciones por yodo o arsénico, así como en personas étlicas. Los cocainómanos suelen tener herpes recidivantes. Los traumatismos -- locales (manipuleo del dentista) o generales (accidentes), favorecen su aparición, al igual que las intervenciones -- quirúrgicas, en particular las efectuadas en el Ganglio de Casser. También se registran casos consecutivos a aneste-

sia local. A veces aparecen después de una exposición solar prolongada.

Se describen diversas formas clínicas de herpes simple, según las circunstancias de aparición: Hay un herpes llamado emocional y otro catamenial (herpes de la menstruación o previo a ella).

El Herpes simple recurrente es raramente contagioso. Sus localizaciones más frecuentes son: labios y genitales externos -- (pene y vulva); siguen después las mejillas, la nariz, regiones glúteas, dedos, amígdalas, faringe y laringe, respectivamente en orden de incidencia. Puede localizarse en el interior de la boca. Su localización bucal más frecuente es la cara y/o semimucosa del labio (herpes simple labial). Con menor incidencia existen formas intrabucales, pero poco conocidas.

El herpes labial recidivante es un proceso que aparece en la piel de los labios superior o inferior más o menos brusco y de curso rápido y benigno. A los síntomas iniciales generales (decaimiento, temperatura subfebril, cefaleas, anorexia) y luego en el lugar donde va a desarrollarse el herpes (ardor, prurito, disestesias) aunque por lo general es sorpresivo, aparece el proceso como una agrupación de vesículas "en ramillete", con el aspecto de perlas, que contienen al principio un líquido claro que después se enturbia. Su número es variable, 7 a 12, y su tamaño oscila entre 2 y 3 mm. de diámetro; su forma es hemisférica y el color blanco grisáceo, las vesículas se rompen fácilmente y la lesión se hace secretante. Los elementos se desecan posteriormente.

te en costras serosas o serohemáticas que se resquebrajan -- y sangran cuando se intenta arrancarlas; la infección secundaria las hace a veces pustulosas o con costras meliséricas y entonces es difícil establecer diferencias con una piodermatitis.

En quince días aproximadamente, quizá menos, el proceso cura. En cuanto al tiempo de recidiva, éste es variable; de un mes a un año o más. Si la recidiva se produce en el mismo lugar, suele dejar una cicatriz.

Herpes Intra Bucal Recidivante.

Se localiza en orden de frecuencia en el paladar duro, la mucosa yugal y la encía, y más rara vez la lengua y la mucosa del labio. Casi siempre se acompaña de faringitis. La lesión se presenta de color rojo de aspecto erosivo y contornos arciformes. Orientan el diagnóstico algunas vesículas periféricas sanas o rotas. En ocasiones el centro de la lesión es blanquecino y se destaca un contorno rojo de disposición arciforme que corresponde a lesiones vesiculosas. No hay alteraciones generales del organismo y el proceso es sub-agudo. También puede presentarse en forma aislada y múltiple, es decir, las erosiones aparecen múltiples, aisladas, a veces con flujos en mucosa labial, yugal, bordes de la lengua, paladar, etc. Una causa predisponente corriente de recurrencia es la anestesia local. Este proceso puede confundirse con af

tas traumáticas (aftoides), pero recordemos que las aftas -- vulgares son poco frecuentes en la mucosa masticatoria.

El herpes labial no ofrece muchas dificultades para su diagnóstico, a causa de: a) su localización; b) el agrupamiento de sus vesículas; c) la falta de manifestaciones generales -- ostensibles, y d) su recidiva en el lugar. Puede confundirse con el impétigo vulgar y el herpes zoster, pero el primer -- proceso origina frecuentemente otras lesiones en la cara, -- alejadas del labio; en tanto que el segundo es exquisitamente doloroso; sus vesículas asientan sobre un eritema difuso que las sobrepasa, hay edema y por sobre todas las cosas, -- sus elementos siguen una ubicación lineal a lo largo de un -- trayecto nervioso, sea troncular, sea radicular. Si un her-- pes labial se infecta y se producen adenopatías, puede con-- fundirse con el chanero sifilítico, sólo que el segundo no -- presenta recidivas y la adenopatía de la sífilis primaria es generalmente indolora y sin periadenitis. Puede recurrir si es necesario al examen microscópico o el serológico, e inclu-- so a la histopatología.

Cuando el herpes es intrabucal es confundido con aftas, por la lesión aftoide que deja al romperse la vesícula del her-- pes en el interior de la boca. Sin embargo, las aftas no comienzan con vesículas y no tienen distribución herpetiforme. Además el herpes intrabucal es más doloroso y sus erosiones son de fondo amarillento. La localización palatina del herpes puede originar confusión con procesos ampollares, pénfigos y penfigoides, liquen erosivo, erosiones traumáticas por próte-- sis, quemaduras, alimentos y anestésicos. El análisis histoló-- gico y patológico del herpes muestra células multinucleadas

y también inclusiones virales que no se hallan en las aftas.

El tratamiento terapéutico estará dirigido al brote o bien a evitar las recidivas (profilácticas). En el primer caso, a nivel de aplicación local son recomendables las cremas de -- cortisona con antibióticos para acelerar la curación y evi-- tar cicatrices, en el caso del herpes intrabucal se recomien-- da el uso de triancinolona en base; la novocaína y xilo-- caína al 2% inyectada in situ, es de gran acción en el brote. Por vía general son útiles los antiinflamatorios y las tetr_a ciclinas. Se puede utilizar derivadas de las biguanidas a ra-- zón de 2000 mg diarios (Bi-oxine, virustat, flumidón). Tam-- bién es eficaz la lisozima en dosis altas (hasta 2000 mg dia-- rios), se utiliza por vía intramuscular cada doce horas du-- rante los primeros días, después se puede pasar a la vía bu-- cal en forma de comprimidos. Sin embargo, quizá la más útil es la gamma₂ globulina (300 a 600 u.i. en una sola inyección - intramuscular) y su asociación con lisozima incrementa su - eficacia.

En el segundo caso, el problema es difícil, el tratamiento es meramente profiláctico. Las recidivas pueden ser producto de focos sépticos o parasitarios, infecciones crónicas o --- trastornos metabólicos que favorezcan o predispongan el po-- der patógeno del virus. Eliminar estos factores es la única forma de combatir estas recidivas. Quizá sea necesario evi-- tar también el sol, corregir articulaciones dentarias trauma-- tizantes. En los herpes catameniales puede usarse densoibi-

lización con sangre premenstrual. También se usan vacunas - antivariólicas, antipoliomielíticas y antirrábicas de 4 a - 5 vacunaciones. La psicoterapia puede ser útil. La experien-
cia con estas medicaciones ha dado lugar a un gran adelanto
la vacuna anti-herpética (Laboratorios Diamant Paris) que -
en inyecciones semanales subcutáneas (6 en total) se obtie-
nen resultados muy significativos.

ii. Enfermedades Infecciosas Causadas por Bacterias.

Reciben el nombre de bacterias los organismos unicelulares, de forma alargada (bacilos) o esférica (cocos). Dentro de - las enfermedades que producen se encuentran la sífilis, tu-
berculosis, lepra, enfermedad de Plaut-Vincent, fiebre ti-
foidea (salmonelosis), gonorrea y otras de menor frecuencia. Como estas enfermedades raramente producen lesiones en la -
boca, su interés para el cirujano dentista es mínimo. Sin -
embargo, la sífilis sí resulta importante por su frecuencia y su alto grado de infecciosidad. Según Burket, el dentista
debe conocer las manifestaciones bucales de las distintas -
etapas de la enfermedad, para su protección personal, para el bienestar de su paciente, y como un servicio para la so-
ciedad. Como pueden existir lesiones bucales en todas las -
etapas de la enfermedad, y sólo las sobrepasa en frecuencia la localización genital, el dentista tiene una oportunidad
excepcional para identificar una sífilis que todavía no ha
sido sospechada 10/

10/Burket, Dr. Lester W. (et. al.). Medicina Bucal, 3a. ed. en español de la 7a. ed. en inglés, Nueva Editorial Interamericana, México, 1980. pág. 450.

Sífilis.

Causada por el bacilo de forma espiral o espiroqueta conocida con el nombre de *Treponema Pallidum*, la sífilis puede ser congénita o, mucho más frecuentemente, adquirida. La sífilis congénita se "adquiere" de una madre infectada in útero, aun que en la actualidad es relativamente rara, por la mejor --- atención prenatal. Se sabe que si el tratamiento con antibióticos es iniciado con la mujer embarazada infectada antes -- del cuarto mes del embarazo, el 95% de los hijos nacerán sanos 11/. La sífilis adquirida resulta de contactos sexuales, -- generalmente con un compañero o compañera infectados, aunque también puede ser transmitida al dentista, al médico o a las enfermeras durante la atención profesional a un enfermo. Dentro de éstos, los dentistas son los más comúnmente infectados. Y el peligro no proviene del paciente con sífilis conocida, sino de aquél cuya enfermedad no ha sido diagnosticada.

La sífilis adquirida puede clasificarse según el tipo de lesión, y el curso temporal de la enfermedad, en sífilis primaria, secundaria y terciaria.

La sífilis primaria es la manifestación inicial de la enfermedad, y su lesión es el chancro, que se desarrolla en el lugar de inoculación aproximadamente tres semanas después del contacto con la infección. Esta lesión aparece más comúnmente en el pene, en el hombre, y en la vulva o cuello del útero en la mujer. Según Shafer, alrededor del 95% de estas lesiones están en genitales, el 5% restante se las encuentra

11/ Shafer, Dr. William (et. al.). Tratado de Patología Bucal, 3a. ed., Nueva Editorial Interamericana, México, -- 1977. p. 321.

en otras zonas^{12/}. Jawetz difiere ligeramente de Shafer afirmando que en cerca del 10% de los casos la lesión primaria es extragenital (generalmente oral)^{13/}. De particular interés para el odontólogo son las de lengua, labios, paladar, región faríngea, encía y amígdalas. No se conoce el mecanismo exacto de penetración del T. Pallidum, aunque es probable que lo haga a través de las mucosas intactas o a través de pequeñas soluciones de continuidad de las epidermis. Las espiroquetas se multiplican localmente en el sitio de entrada, y algunas se diseminan a los ganglios linfáticos locales y alcanzan la corriente sanguínea. La lesión primaria común es un nódulo elevado y ulcerado, casi siempre redondo, con induración local y bordes salientes que produce linfadenitis regional. Aparece como una pápula antes de causar ulceración, y puede variar de dimensiones desde 5 mm a varios centímetros de diámetro. Suele ser indolora, a menos que sufra infección sobrecuada. En los labios esta lesión puede tener aspecto pardusco y costroso. La lesión suele ser única, pero también son posibles las lesiones múltiples, aunque sin importar cual sea el caso desaparecen espontáneamente, sin tratamiento, al cabo de unos 10 días. Esta desaparición de las lesiones da al afectado una falsa sensación de seguridad, y si el mal no ha sido diagnosticado y no se le ataca, continúa su proceso rumbo a las manifestaciones de la sífilis secundaria. El cirujano dentista debe poner especial atención en las manifestaciones bucales de la sífilis primaria. Los chancros de la cavidad bucal no presentan las mismas carac-

^{12/} Ibid. pág. 319

^{13/} Jawetz, Ernest. (et. al.) Manual de Microbiología Médica, 6a. ed., Ed. El Manual Moderno, México, 1975. pág. 267.

terísticas de los genitales, por la humedad de la región, los traumatismos continuos y la flora microbiana que contiene la boca.

Las lesiones secundarias aparecen en forma de diversas dermatosis en plazo de tres a seis semanas después de las lesiones primarias. Al aparecer en la piel se manifiestan como exantema macular fino o papuloso, acompañado a veces de alopecia. En las mucosas hay tres tipos posibles de lesión: la placa mucosa, la pápula hendida, y el condiloma late; este último también existe en la piel en zonas húmedas como ingle y axila. A veces la enfermedad sólo se presenta como fiebre y linfadenopatía generalizada. La participación laríngea puede ser causa de ronquera. Las placas mucosas pueden aparecer en la lengua, mucosa bucal, amígdalas, región faríngea y labios. Estas lesiones son tan infecciosas que la sífilis puede transmitirse por gotitas de saliva contaminada. Las lesiones son ligeramente elevadas, de color blanco grisáceo, rodeadas por una base eritematosa. Suelen ser indolores, o causar dolor ligero o moderado. Las pápulas hendidas son lesiones papulosas que se desarrollan a nivel de las comisuras de los labios, creando una fisura o hendidura que separa la porción existente en el labio superior de la porción de la pápula que hay en el labio inferior. Los condilomas laterales que pueden presentarse en la piel o en mucosas son planos, de color gris de plata, con aspecto verrugoso, a veces dejando una superficie ulcerada. Todas estas lesiones de la sífilis secundaria son casi siempre indolores y también caen espontáneamente en algunas semanas, y

si tampoco la enfermedad es diagnosticada y atendida, el proceso sigue su evolución hacia su tercera fase, afectando el sistema cardiovascular, nervioso central y otros tejidos y órganos. Según Jawetz, tanto las lesiones primarias como las secundarias son ricas en espiroquetas y son muy infecciosas; las lesiones contagiosas pueden ocurrir dentro de los primeros cinco años después de la infección, pero a partir de entonces el individuo no es ya infeccioso. La infección puede permanecer subclínica, pasando el paciente por el estadio primario, por el secundario, o por ambos, sin síntomas ni signos; sin embargo, tales individuos pueden desarrollar las lesiones terciarias tardías^{14/}.

Alrededor del 25% de los individuos con infecciones sifilíticas tempranas evolucionan espontáneamente hacia la recuperación total sin tratamiento; un porcentaje similar de los no tratados no sigue desarrollando síntomas ni signos, pero la infección permanece latente (lo cual puede ponerse de manifiesto principalmente por las reacciones serológicas positivas). En el resto de los enfermos la enfermedad evoluciona hacia el periodo terciario, caracterizado por el desarrollo de lesiones granulomatosas (gomas) en la piel, huesos e hígado, cambios degenerativos en el sistema nervioso central (parésis, tabes), o lesiones cardiovasculares sifilíticas, aortitis particularmente (algunas veces con formación de aneurismas) e insuficiencia valvular aórtica^{15/}.

La sífilis terciaria suele ser asintomática. La lesión es el goma, que puede presentarse en cualquier parte del cuerpo, -

14/ Loc. Cit.

15/ Loc. Cit.

incluyendo cavidad bucal. En esta, las lesiones o gomas se observan en general en el paladar o la lengua, pero también pueden atacar las glándulas salivales y los maxilares. Muchas veces existe una lesión aislada de gran tamaño. La participación de los sistemas cardiovascular o nervioso -- central produce las lesiones peores. La neurosífilis origina una amplia variedad de síntomas según la localización y la extensión de la lesión; se manifiesta como tabes dorsal, como parálisis general o como ambas juntas. La parálisis general es la participación sífilítica del tejido del cerebro; la tabes dorsal es la participación sífilítica de los ganglios posteriores de la médula. La falta de tratamiento o un tratamiento inadecuado son los causantes de este tipo de sífilis. Por eso sólo en un 3% de los pacientes sífilíticos se desarrolla la parálisis general. En tanto que la tabes dorsal se desarrolla en un 2 a 3% de los mismos. Esto indica que sólo entre un 5 y 6% de los pacientes afectados de sífilis alcanza la fase terciaria^{16/} Y dada la aguda sintomatología de ambos procesos de sífilis terciaria y su escasa frecuencia resulta prácticamente imposible que un dentista encuentre algún caso en su consultorio.

Las lesiones de la sífilis primaria y secundaria de la mucosa intrabucal son altamente contagiosas por lo que el cirujano dentista debe extremar sus precauciones, principalmente utilizando guantes de caucho al tratar un paciente de este tipo y aplicándole antibiótico antes del tratamiento. En esto reside la principal labor social y sanitaria del dentista, descubriendo casos, dando tratamiento terapéutico y evitando su difusión.

^{16/} Loc. Cit.

Diagnóstico.

Varias son las pruebas de laboratorio empleadas para diagnosticar la sífilis. Estas pruebas de selección para sífilis reciben en conjunto el nombre de "prueba serológica de sífilis". Todas las pruebas de selección para sífilis miden una sustancia parecida al anticuerpo, llamada reagina, que se desarrolla en el suero después de la infección con *Treponema Pallidum* y que reacciona en forma cruzada con algunos extractos de músculo cardíaco que se utilizan como antígeno en la prueba. Se piensa que las reaginas se producen a consecuencia de la combinación de espiroquetas con los tejidos del paciente; probablemente sean anticuerpos para componentes tisulares modificados, más bien que anticuerpos para *treponema*.

Dentro de las pruebas serológicas se encuentran la llamada "Venereal Disease Research Laboratory" (VDRL), que se positiva en el 76% de los casos primarios, y la "Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test" (FTA-AES) en el 86%.^{17/} También puede recurrirse a un examen de campo oscuro, utilizando exudados de la lesión y examinándolos en busca de *treponemas* vivos con microscopio de campo oscuro. Pero este examen es más útil en las lesiones genitales que en las bucales, por la presencia de otros *treponemas* en la boca, que no pueden distinguirse del *treponema pallidum* si no es por el especialista más experimentado. En las lesiones intrabucuales, el diagnóstico diferencial debe tomar en cuenta un posible herpes labial, aunque en general, la costra que cubre una lesión herpética es amarilla, y la que se encuentra en un chanero es más oscura y pardusca. La lesión herpética siempre es de un periodo de duración más-

^{17/} Burket, Lester. Op. Cit. Cap. 34 "Métodos de Laboratorio", págs. 657-658.

corto y mucho más dolorosa que el chancro, pero si su duración, sobrepasa las dos semanas y si se acompaña de adenopatía unilateral podría muy bien ser de origen sifilítico. Un cáncer incipiente puede también presentar muchas de las características mencionadas para el chancro sifilítico.

En la primera fase de la sífilis, el análisis de sangre puede no ser positivo. Sin embargo, en la fase secundaria, los diversos tipos de análisis sanguíneos, de reagina y treponémicos, utilizados para el diagnóstico de la sífilis son positivos en un 98 a 100% de los casos. Sin embargo, las placas mucosas de la sífilis secundaria se pueden confundir con lesiones de herpes, traumáticas, por fusospiroquetas o de eritema multiforme en vías de curación. En este caso hay que tener en cuenta que las pápulas hendidas también pueden confundirse con la queratitis angular.

Tratamiento.

Epidemiología, profilaxis y control. Las medidas de control se basan en:

1. Tratamiento temprano y adecuado de todos los casos descubiertos, para hacerlos no contagiosos;
2. El rastreo de las fuentes de infección y los contactos, para ponerlos en tratamiento;
3. Higiene sexual;
4. Profilaxis en el momento de la exposición;

Aunque tanto los profilácticos mecánicos (condones) como la quimioprofilaxis (p. ej. la penicilina después de la exposición) tienen grandes limitaciones. El lavado de los genitales

después de la exposición puede proporcionar cierta protección al varón.

Aplicación de antibióticos. El tratamiento usual de la sífilis es mediante penicilina por vía intramuscular. El tipo de penicilina y la dosis, dependerán de la etapa de la enfermedad, y de si hay o no participación neurológica comprobada. En caso de alergia a la penicilina puede utilizarse la eritromicina o la tetraciclina por vía bucal, aún cuando sus resultados son menos eficaces. En el tratamiento de la sífilis secundaria, cuando hay un gran número de espiroquetas en el cuerpo, se presenta una reacción febril general con escalofríos, la llamada reacción de Herxheimer, en plazo de 12 a 24 horas después de la primera inyección, y las lesiones parecen empeorar antes de resolverse.

iii. Enfermedades causadas por hongos.

Los hongos como agentes patógenos potenciales, son miembros del reino vegetal que no tienen raíces, tallos, hojas ni clorofila. Se les conoce comunmente como mohos y levaduras. Las enfermedades causadas por hongos se pueden dividir clínicamente en micosis superficiales y micosis profundas. Ambos tipos de micosis tienen poco que ver con la mucosa bucal. Sin embargo, dentro del primer tipo sobresale la candidiasis pseudomembranosa aguda y esta es la única que por su interés para el cirujano dentista analizamos a continuación.

Candidiasis pseudomembranosa aguda.

La candidiasis (moniliasis o muguet) es una enfermedad infecciosa cuyo agente etiológico es el microorganismo de tipo levadura llamado "Candida Albicans"^{18/}. Este microorganismo es un miembro normal de la flora bucal en muchos individuos. En la boca del portador sano, este microorganismo es escaso (menos de 200 células por ml. de saliva). Por esta razón no se ha logrado encontrar el mecanismo por el cual el hongo invade las capas superficiales del epitelio de la boca en la candidiasis. De la observación clínica únicamente se han logrado establecer los factores predisponentes. Entre éstos se encuentran, principalmente, el uso exagerado en los últimos años de antibióticos por vía bucal como penicilina, aureomicina y cloranfenicol. También se pueden mencionar la terapia con corticosteroides, insuficiencia renal, diabetes, cancer e inmunodepresión.

Los tipos más comunes de lesiones son superficiales, localizados en las membranas mucosas y el epitelio. El muguet puede afectar también el tubo digestivo, vías respiratorias, vagina, piel y en ocasiones corriente sanguínea y válvulas del corazón. Las regiones de la piel que son particularmente susceptibles a la infección son los pliegues cutáneos, zonas in

^{18/} Los nombres levadura y de tipo levadura son muy diferentes. El primero incluye aquellos hongos que se reproducen por gemación, pero no producen las estructuras de raíces entretreídas, ramificaciones filamentosas conocidas como micelios, que son características de los mohos. El segundo incluye los hongos que pueden aparecer en las lesiones, bajo ciertas condiciones ambientales como células de levadura (estado parasitario), no obstante al crecer in vitro, en algunos medios artificiales bajos en nutrientes, se desarrolla un micelio y las células de levadura se adhieren a él (estado saprofitico o de micelio).

tertriginosas, como debajo de las glándulas mamarias, axilas y entre los dedos de las manos o los pies. Las áreas se tornan rojas e inflamadas y las células epiteliales anteriores tienden a exfoliarse rápidamente. Hoy día este padecimiento es más frecuente en los adultos.

En el niño, el muguet presenta un cuadro clínico bastante homogéneo pero en el adulto, presenta 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 circumbucuales. Estas lesiones blancoazulosas son relativamente indoloras. Se quitan -- con dificultad, quedando luego una superficie sangrante y -- descarnada.

En el adulto, la enfermedad se acompaña de inflamación, eritema y zonas erosionadas dolorosas (candidiasis atrófica aguda); a veces hay pocas lesiones típicas, en placas blancas, perladas o blancoazulosas. Puede estar afectada cualquier zona de la mucosa bucal. Llegan a encontrarse zonas blancas o eritematosas, por debajo de prótesis parciales o totales. -- Las lesiones pueden afectar a toda la mucosa bucal, o zonas bastante localizadas, donde los mecanismos normales de limpieza actúan mal: techo de la boca, surco gingivogeniano, región retromolar. Como regla, no hay síntomas generales, o -- son muy leves en comparación con otras variedades de estomatitis y faringitis (gingivoestomatitis de Vincent, infección primaria por herpes simple y estomatitis medicamentosa). Según Shafer, la candidiasis bucal o muguet suele ser una enfermedad localizada, pero a veces se extiende a faringe o hasta

pulmones, y entonces suele ser mortal^{19/}.

Diagnóstico.

Es una característica importante para el diagnóstico el que sea posible desprender la placa moniliásica blanca de la superficie del tejido y que al hacerlo quede una superficie viva sangrante. La mayor parte de las otras lesiones de placas blancas que se encuentran en la boca, como leucoplasia, leucoedema y liquen plano no pueden ser desprendidas.

Tratamiento.

Antes de que el dentista inicie una terapéutica de lesiones bucales de candidiasis, es preciso suspender antibióticos locales o generales, y en su caso los esteroides corticosteroides. Se suspenderán también los lavados bucales antibacterianos, y se deben substituir o corregir las prótesis mal ajustadas.

La nistatina y la anfotericina B son antibióticos eficaces contra *Monilia Albicans*^{20/}. Sus propiedades químicas y biológicas son semejantes; ambas actúan fundamentalmente por contacto con el hongo. La pomada de Anfotericina B al 2% puede aplicarse en la prótesis, permitiendo un contacto prolongado del fármaco con el agente causal. Se puede aplicar la Nistatina de la misma manera. Se pueden mantener también en la boca varias veces al día pequeñas cantidades de suspensión de Nistatina (o Micostatín) de 100 a 200 mil u/ml., y aplicar algunas

^{19/} Shafer, William G. (et. al.) ... pág. 358.

^{20/} Burket, Lester. Op. Cit. pág. 69. Cfr. Shafer. Op. Cit. pág. 360.

gotas sobre las prótesis después de las comidas. Se requiere aplicación repetida del medicamento, pues estos fungicidas -- tienen una acción fundamentalmente local.

Se puede recomendar el yogurt y la leche agria, que contienen cultivos de lactobacilos, como coadyuvantes útiles en el tratamiento de la candidiasis bucal y digestiva.

Es frecuente que vuelvan a presentarse las lesiones después de terminado el tratamiento, si no se han eliminado los factores predisponentes. En pacientes con Xerostomía, o en los que no pueden suspender la terapéutica con esteroides, la regla -- es que sólo pueda emplearse en forma continua una prótesis, -- sin caer en el problema de la candidiasis, si se sigue un tratamiento continuo con Nistatina.

En los demás casos de candidiasis, ya sea generalizada, o en sus variedades respiratoria y digestiva, es conveniente que -- el cirujano dentista que haya encontrado y diagnosticado la -- enfermedad, los remita al médico o al especialista correspondiente.

3. Enfermedades Cutaneomucosas.

Entre las enfermedades adquiridas de localización preferentemente cutaneomucosa se encuentran principalmente las enfermedades ampollares y el líquen rojo plano. Ambas son de particular importancia para el estomatólogo y, en consecuencia, para el cirujano dentista. En primer lugar, su frecuencia es grande; en segundo término, algunas son graves, especialmente si no se les diagnostica y trata a tiempo; por último, algunas --

veces sólo se localizan en la boca y allí deben ser diagnósticas. Las enfermedades ampollares se clasifican en pénfigos y penfigoides. Los pénfigos son afecciones que dan ampollas - acantolíticas de evolución subaguda o crónica, de etiología desconocida y de evolución mortal en caso de no ser tratados. Los penfigoides son enfermedades que pueden parecerse clínicamente a los pénfigos; tienen, sin embargo, grandes diferencias en especial histológicas. Entre los pénfigos analizamos únicamente la forma vulgar y la vegetante, pues son las que afectan la mucosa bucal. Entre los penfigoides nos interesa únicamente el penfigoide benigno de mucosas, que por su localización gingival origina confusión con otras gingivitis además de pasar inadvertida si no se le sabe reconocer.

El liquen rojo plano constituye una entidad mórbida que da lugar a diversas alteraciones en la piel, las faneras y las mucosas. A algunos otros procesos se les dio la misma denominación de liquen por algunos de sus caracteres, entre los que se mencionan: liquen escleroso y atrófico, liquen estriado, - liquen monoliforme, etc.

i. Ampollares ^{21/}

Pénfigo Vulgar.

Algunos dermatólogos clasifican el pénfigo vulgar en agudo y crónico. Se caracteriza por la rápida aparición de vesículas y ampollas, cuyo tamaño varía de unos milímetros a varios centímetros, en cantidades tales que llegan a cubrir grandes zonas cutáneas. Estas lesiones contienen un líquido acuoso poco espeso a poco de formadas, el cual puede convertirse pronto -

21/ Grinspan, David. Op. Cit. Cap. XXX "Enfermedades adquiridas de localización preferentemente cutaneomucosa", págs. 1310-1333.

en purulento o sanguíneo. Cuando las ampollas se rompen, dejan una superficie erosionada viva. La duración de cada elemento es de 8 a 15 días. Si no se trata el paciente las ampollas pueden persistir durante semanas y meses. La pérdida del epitelio ocasionada por el tratamiento de la piel aparentemente sana se denomina signo de Nikolsky (es un rasgo característico del pénfigo y está causado por el edema perivascular que rompe la unión entre dermis y epidermis).

El pénfigo aparece por lo general en personas con salud aparente; cuando el pénfigo está muy generalizado los enfermos tienen un olor sui generis que recuerda al de la orina del ratón, y cuando está muy extendida, las grandes pérdidas de sustancia hacen que el paciente experimente dolor, pero no hay prurito.

El pénfigo vulgar se observa con mayor frecuencia en personas entre los 40 y 60 años, principalmente en mujeres. No es enfermedad familiar ni contagiosa.

Manifestaciones bucales.

La localización en las mucosas es muy frecuente en el pénfigo vulgar especialmente en la mucosa bucal, donde las lesiones pueden preceder a las lesiones de la piel, en un gran número de casos, se ve el comienzo en la boca, se inicia con una ampolla o varias que se rompen con facilidad, cuyo techo, si continúa cubriéndolas es firme, tiene cuerpo y puede levantarse con una pinza a la manera de opérculo, si el techo se -

desprende la superficie del piso de la ampolla es erosiva, — rojo carne, poco sangrante y algo dolorosa. A veces puede ver se un collarote epitelial marcando la periferia de la ampo— lla desaparecida. Este accidente inicial se localiza en cual— quier parte de la mucosa pero especialmente en sitios de — traumatismo masticatorio o dental: mucosa yugal, preferente— mente en su tercio posterior, oncia, paladar y cara mucosa — de los labios, esta lesión puede mantenerse durante meses — antes de aparecer lesiones cutáneas.

Cuando por falta de tratamiento adecuado el proceso se gene— raliza, toda la boca se llena de lesiones ampollares rotas en su mayoría, con su techo levantado o desaparecido, dejando — erosiones al descubierto. Entonces las lesiones son muy dolo— rosas, la lengua aparece edematosa y muestra las impresiones dentales, hay sialorrea, halitosis y mal estado general. Pue— de producirse la propagación hacia la faringe, laringe y — tráquea, el dolor es intenso y la masticación y la deglución son difíciles.

Etiología.

Se desconoce el verdadero origen de los pénfigos. Se cree que la enfermedad se produce a través de alteraciones endócrinas, ya que su aparición es más frecuente en la menopausia y en — grávidas. Algunos autores creen que las diversas causas actua— rían a través de alteraciones nerviosas; también se le ubica como enfermedad de autoinmunidad. El proceso es continuo, des— de su aparición existen lesiones en actividad, con brotes de reactivación.

Histopatología.

El pénfigo es una entidad que se caracteriza microscópicamente por la formación de una vesícula intraepitelial, determinada por una fisuración acantolítica entre la capa de células basales y el estrato espinoso. El edema perivascular debilita esta unión y los puentes intercelulares entre las células epiteliales desaparecen. Esto resulta en la pérdida de la cohesividad o acantólisis y debido a ello, suelen encontrarse grupos de células epiteliales libres dentro del espacio vesicular. Se les denomina "células de tzanck" y se caracterizan por cambios degenerativos que incluye la hinchazón de núcleos y pigmentación hipereromática. También hay un marcado aumento de RNA en el citoplasma de éstas células acantolíticas, así como en células epiteliales del piso de la vesícula.

El líquido de la mayor parte de las vesículas en particular de las que tienen más de uno o dos días contienen cantidades variables de leucocitos polimorfonucleares y linfocitos, tanto en el líquido vesicular como en el tejido conectivo de la base de la vesícula, una vez producida la infección secundaria, esta característica queda enmascarada.

Diagnóstico.

El diagnóstico de un pénfigo avanzado no reviste dificultad. El tegumento se halla cubierto de ampollas; el signo de Nikolsky es positivo; el paciente presenta mal estado general; lesiones bucales acompañan a las cutáneas, el proceso es subagudo o crónico.

El diagnóstico diferencial deberá hacerse especialmente en -
 casos no avanzados o iniciales con los otros pénfigos verda-
 deros, con los penfigoides y con diversas afecciones ampolla-
 res. Las lesiones bucales constituyen un rango importante -
 del pénfigo, y por ello, ha de ser siempre considerado en el
 diagnóstico diferencial de las erupciones de tipo vesicular
 de las mucosas bucales.

Puede haber cierta dificultad en diferenciar el pénfigo de -
 otras enfermedades como la dermatitis herpetiforme, el erite-
 ma multiforme ampollar, el liquen plano ampollar, la gingivi-
 tis descamativa crónica y la epidermólisis ampollar. Sin ---
 embargo, la experiencia clínica, junto con el aspecto histo-
 lógico de las lesiones, suele ser suficiente para distinguir
 las enfermedades,

Tratamiento.

Siempre que se establece el diagnóstico de pénfigo hay que -
 empezar inmediatamente el tratamiento con dosis elevadas de
 corticosteroides por vía general. La dosis inicial necesaria
 para suprimir la formación de lesiones suele ser mayor de ---
 100 mg. de prednisona al día, como éste tratamiento suele -
 tenerse que prolongar, el paciente debe mandarse a un clíni-
 co experimentado. (Generalmente en 7 a 10 días se consigue -
 detener el proceso y en un mes un relativo control.)

Otra medicación reciente, muy útil, y que permite además ---
 periodos de descanso o disminución o discontinuidad de la --
 cortisona (prednisona) y evitar así la aparición de un ----

síndrome de Cushing, es el metotrexato, medicación con muchos efectos indeseables, pero que pueden evitarse o disminuirse en importancia, si se toman las precauciones necesarias.

Pronóstico.

El pénfigo vulgar no tratado, suele ser mortal en el 90% de los casos. Actualmente la mortalidad es de un 3 a 5% gracias a la acción terapéutica de los corticoides y más recientemente del metotrexato.

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 biopsia. Si las lesiones están 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 pueden observarse zonas características de acantólisis por el patólogo.

El examen citológico descrito por tzanck, puede ser útil para diagnóstico del pénfigo vulgar, aunque los resultados no son tan definitivos como los de la biopsia. Cuando el frotis es positivo se observan varias células epiteliales aisladas acantolíticas, redondas, con núcleos grandes que se tiñen intensamente, y nucleolos manifiestos.

Pénfigo Vegetante.

Se trata de una variante relativamente benigna del pénfigo vulgar, también se considera al pénfigo vegetante como una forma subaguda del pénfigo vulgar, con características clínicas comparables pero algo menos intensas. Esta forma de enfermedad puede limitarse a la cavidad bucal varias semanas o meses antes que afecte a la piel. En el pénfigo vegetante las lesiones bucales dominan el cuadro; en las zonas intertriginosas se ven lesiones costrosas de la piel. Este pénfigo tiene caracteres propios no solo clínicos e histológicos sino de pronóstico y tratamiento.

Características clínicas.

La lesión elemental es primero ampollar y pasa luego a transformarse en vegetante. Referente a edad y sexo su incidencia no difiere de la del pénfigo vulgar, pero su frecuencia es mucho menor. Comienza como la variedad vulgar, con lesiones ampollares en la boca o bien cutáneas; pero llama la atención su localización: la comisura labial y los pliegues, en especial el inguinocrural, el hueco axilar, los surcos mamarios y a veces el ombligo. Puede ser vegetante inicialmente, pero por lo general aparece en la etapa involuta o de mejoramiento de un pénfigo crónico.

Los lugares citados se cubren de vegetaciones voluminosas, secretantes y malolientes, siempre hay alguna lesión erosiva, secuela de una ampolla en la vecindad de las vegetaciones.

Puede hallarse el signo de Nikolasky en la proximidad de las vegetaciones y son varias las molestias subjetivas; en los péñfigos vegetantes de mucho tiempo las vegetaciones se desecan y parecen verrugosidades, sin tratamiento adecuado evoluciona en forma más lenta que el péñfigo vulgar, pero así como comparativamente es más lento en su evolución espontánea, resulta más rebelde que aquél a la terapéutica.

Manifestaciones bucales.

El péñfigo vegetante comienza muchas veces en la boca y persiste allí aún después de la desaparición de las lesiones cutáneas. Se localiza especialmente en las comisuras bucales que ofrecen un aspecto vegetante y también en el dorso de la lengua, las encías, y menos frecuente en la mucosa yugal y paladar. En lesiones viejas el aspecto es verrugoso.

Histología.

La lesión inicial es similar a la de un péñfigo vulgar, pero rápidamente el epitelio se vuelve hipertrófico, hay acantosis de crestas interpapilares con invasión de colecciones circunscritas de polinucleares, neutrófilos y eosinófilos. La superficie de la lesión se torna irregular, vegetante por hipertrofia de las papilas conectivas. En el corion se observan densos infiltrados inflamatorios plasmolinfocitarios con eosinófilos y escasos polinucleares neutrófilos.

En la boca se observa, a veces, una marcada hiperplasia de los cuerpos interpapilares que pueden llegar a formar reticu-

los, sobre la superficie de las lesiones a menudo hay muchos eosinófilos, hallazgo de importancia en el diagnóstico precoz de ésta variedad de pénfigo.

La citología es complemento del examen histológico, porque muestra las células malpighianas grandes, redondas o poligonales con citoplasma basófilo y con algunas alteraciones nucleares.

Diagnóstico.

No es difícil hacerlo dada la característica localización de las lesiones vegetantes y la existencia de lesiones ampollares a su alrededor. La diferenciación con moniliasis vegetante, sífilis secundaria tardía, brómides, yódides y papilomatosis florida, requiere a veces el examen histológico.

Tratamiento.

Es semejante al del pénfigo vulgar pero la curación es mucho más rebelde. En ciertos casos pueden hacerse inyecciones in situ de triancinolona o bien puede recurrirse a la electrocoagulación de las lesiones. Las tetraciclinas son útiles asociadas a los corticoides.

Pronóstico.

Es de menor severidad que el del pénfigo vulgar. Es menos útil la terapéutica empleada y a veces persisten durante meses y hasta años lesiones pequeñas, acantonadas en las comisuras.

Penfigoide benigno de mucosas^{22/}.

A éste proceso se le llama también dermatitis ampollar mucosi nequiente o atrofiante; pénfigo benigno ocular. Se trata de un proceso ampollar de etiología desconocida, que se caracteriza por lesiones bulosas que se limitan a la mucosa bucal, a veces hay lesiones oculares y vaginales, concomitantes con las bucales, que se distinguen por ser fijas y recidivantes en el mismo lugar y por dejar generalmente cicatriz. Las lesiones de piel no son comunes.

La enfermedad se produce con el doble de frecuencia en las mujeres que en los varones, y el punto máximo está entre los 40 y 50 años.

Las lesiones vesiculoampollares aparecen en mucosa bucal, conjuntiva y piel, en particular alrededor de los peritales y cerca de los orificios orgánicos. Estas lesiones curan por formación de una cicatriz, en particular en conjuntiva; están afectadas también otras superficies mucosas como: nariz, laringe, faringe, esófago, vulva, vagina, pene y ano.

Las lesiones oculares probablemente son la complicación más grave de ésta enfermedad, pueden desarrollarse adherencias entre la conjuntiva bulbar y la palpebral, es frecuente la lesión de la córnea. La participación del esófago puede originar estenosis que dificulte la deglución. Las lesiones cutáneas sólo existen en algunos casos.

^{22/} Grinapan, David. Op. Cit. pp. 1349-1356.

La lesión elemental es ampollar y se localiza en cuero cabelludo, piernas, región umbilical y con menos frecuencia en zonas suprapúbicas y genitoperineal, cara y la región interescapular. Hay fijeza de las lesiones en los sitios mencionados, con brotes sucesivos en el lugar anteriormente afectado; dejan atrofas cicatrizales, que diferencian este proceso de otras formas de enfermedad como la de Duhring-Brocq y del pénfigo. Algunas lesiones curan sin cicatriz, otras dejan pigmentación y el signo de Nikolsky es inconstante.

Manifestaciones bucales.

Las lesiones mucosas son de naturaleza vesículoampollar, pero tienen paredes relativamente gruesas y por ello alcanzan a durar entre 24 y 48 horas antes de romperse y descamarse. Al romperse son dolorosas tienen color blanco grisáceo, de superficie erosionada y sangrante con exudado de aspecto diftericoide.

Las encías, el paladar blando, los pilares amigdalinos y la mucosa yugal son sitios de frecuente localización, pero la encía es sitio preponderante de lesiones en los dentados. La encía se muestra edematosa, con eritema persistente durante semanas y hasta meses de cicatrizadas las lesiones originales, por ésta razón la enfermedad ha sido mal diagnosticada como gingivitis descamativa crónica, en particular si las lesiones cutáneas u oculares son pocas.

Histopatología.

La imagen microscópica es inespecífica, pero difiere del grupo de pénfigo verdadero. Hay infiltrado inflamatorio crónico inespecífico en el tejido conectivo, principalmente de linfocitos, plasmocitos y eosinófilos. Las vesículas y ampollas son subepiteliales, no hay indicios de acantólisis. En las áreas sin ampollas el epitelio es delgado y presenta diversos grados de degeneración.

Diagnóstico diferencial.

En éste diagnóstico hay que considerar una serie de enfermedades, las más importantes son: pénfigo vulgar, penfigoide ampollar, liquen plano erosivo, eritema multiforme ampollar y gingivitis descamativa crónica. El penfigoide benigno de mucosas cuando está completamente constituido tiene como elementos característicos su localización en los ojos y la boca, a veces en otras mucosas. Los enfermos son generalmente mujeres adultas con buen estado general.

Tratamiento.

La terapéutica con corticosteroides es eficaz, pero a veces solo en forma parcial y los efectos colaterales de la droga pueden ser más problemáticos que las lesiones bucales.

Localmente el tratamiento odontológico es indispensable, lo mismo que medicaciones tópicas analgésicas, en especial previas a la alimentación. La afección mejora al eliminar los efectos complicantes de la inflamación de la encía marginal, causada por la irritación local.

Pronóstico.

El pronóstico es bueno en relación a la vida del paciente, pero las lesiones oculares suelen ser graves y de permanente -- cuidado, ya que provocan grandes molestias, lo mismo que las bucales al impedir una normal alimentación. Se trata de un -- proceso severo por los trastornos permanentes que ocasiona.

Eritema multiforme o polimorfo^{23/}

También conocido como: eritema multiforme exudativo, síndrome de Stevens-Johnson, ectodermosis erosiva pluriorificial. Es un proceso de interés por su frecuencia y por la magnitud de las lesiones de la mucosa que a veces dominan el cuadro clínico y preceden a la erupción cutánea y porque pueden constituir la única expresión de la enfermedad, y cuyas características de no conocerse, se prestan a confusión con otros procesos en especial ampollares. Es una enfermedad sistémica de naturaleza benigna y etiología desconocida, caracterizada por lesiones polimorfas de la piel.

El eritema polimorfo es un proceso que afecta especialmente piel y mucosas juntas o independientemente, es de aparición brusca o aguda y a veces sobreaguda, en la mayoría de los casos las ampollas son sub-epidérmicas o sub-epiteliales y existe necrosis epidérmica o epitelial.

Las zonas cutáneas más frecuentemente afectadas son: manos, pies y superficies extensoras de codos y rodillas. La cara y el cuello también es frecuente que estén afectados, pero sólo

23/ Ibid. pp. 1363-1375. Cf. Shafer, pp. 763-766, y Burket, pp. 34-36.

en casos graves enferma el tronco. Las lesiones comienzan -- como una pápula rojo- violáceo edematosa, redondeada, circunscrita, cuyo centro se va aplanando y se hace cianótico, mientras que la lesión se extiende y se agranda por la periferia y se une a otros elementos vecinos adoptando contornos policíclicos. Por transformación, la lesión inicial adquiere aspectos variados, el centro puede hacerse purpúrico o ampollar, a veces las ampollas pueden aparecer en la periferia o distribuidas irregularmente u ocupar todo el elemento. La disposición de las lesiones suele ser simétrica, los elementos descaman a los 8 días ó 10 días y pueden dejar máculas pigmentadas que duran algunos meses. El aspecto anular concéntrico de éstas lesiones, que originan tonalidades variables de eritema, dio origen a los términos "blanco", "iris", "centro de blanco" para describirlas.

Es común que esté afectada la mucosa bucal. Las lesiones -- aparecen con rapidez, en un día o dos, y persisten entre varios días y algunas semanas, después se van atenuando y por último desaparecen. La recidiva de la enfermedad en un periodo de años es común.

La enfermedad puede manifestarse a cualquier edad pero es -- frecuente en niños y adultos jóvenes, con predilección en el sexo masculino.

El eritema multiforme vesiculoampollosa generalizado de piel, boca, ojos y genitales se llama síndrome de Stevens- Johnson y es una forma rara de eritema multiforme que se caracteriza por lesiones eritematosas, hemorrágicas y bulosas. Este tipo hemorrágico de eritema multiforme está asociado con fiebre --

alta y postración, y puede ser mortal en un pequeño porcentaje de casos.

Manifestaciones bucales.

La localización más frecuente es en los labios, la lengua y la mucosa yugal. Las manifestaciones bucales pueden comenzar con lesiones aisladas y progresar gradualmente hasta invadir extensamente la mucosa después de varios días, por lo general aparecen bruscamente ocupando la mayor parte de la mucosa bucal desde su iniciación. Las lesiones bucales comienzan como ampollas sobre una base eritematosa, es raro observar ampollas intactas, ya que se rompen rápidamente dejando úlceras regulares.

En un caso clínicamente establecido los labios presentan extensas erosiones y grandes partes de la mucosa bucal están desnudas de epitelio. Las lesiones bucales se acompañan de dolor intenso, dificultad en la apertura bucal y la fonación, puede haber disfagia, la sialorrea es un signo constante, y casi siempre se infectan causando halitosis y acentuando los síntomas previos. Frecuentemente existen adenopatías inflamatorias cervicales, en especial en los casos secundarios infectados. En plazo de dos a tres días las lesiones labiales empiezan a formar costras, la curación se logra en unas dos semanas en la mayor parte de los casos, pero en ocasiones la enfermedad grave es extensa y puede persistir varias semanas.

Las lesiones de la boca suelen aparecer junto con las lesiones de la piel. Cuando no hay lesiones cutáneas y las lesio-

nes bucales son ligeras, el diagnóstico es más difícil y suele efectuarse excluyendo otras enfermedades.

Etiología.

La etiología del eritema polimorfo no está definitivamente aclarada. Las teorías para explicarlo son las siguientes: tóxicas, inmunológicas o infecciosas, se describen formas idiopáticas y sintomáticas. Las drogas más frecuentemente relacionadas con la reacción de eritema multiforme son antibióticos, barbitúricos y fenilbutazona. Algunas reacciones se han relacionado con diversas infecciones por bacterias, hongos y virus incluyendo micoplasmas. Algunos se atribuyen a causas emocionales; la mayor parte se catalogan de idiopáticos.

Histología.

Según Shklar señala cinco características histológicas principales:

- 1.- Degeneración de licuación intensa en las capas superiores del epitelio.
- 2.- Formación de vesículas intraepiteliales.
- 3.- Adelgazamiento o ausencia de membrana basal.
- 4.- Vesículas intraepiteliales que se vuelven subepiteliales por degeneración del suelo de la vesícula.
- 5.- Inflamación del corion.

Diagnóstico diferencial.

La naturaleza variada de la enfermedad puede presentar dificultades en el diagnóstico, en particular cuando las lesiones cutáneas son mínimas. Cuando existen lesiones bucales, hay que considerar la estomatitis aftosa, dermatitis o estomatitis por contacto, --- gingivitis ulceronecrotisante aguda, así como pénfigo, dermatitis herpetiforme, liquen plano ampollar, herpes zoster y varicela.

Tratamiento.

Los corticoides solos o en asociación con los antibióticos, en --- caso de infección agregada son las medicaciones generales de elección. Se dan 30 a 60 mg. diarios de prednisolona, triancinolona u otros corticoides, para reducir dicha dosis a la mitad en cuanto la enfermedad declina, luego se continua con dosis mínimas mientras existan lesiones. Localmente están indicados buches antié---pticos y corticoides en comprimidos a disolver en la boca o sus---pensiones de los mismos. En los casos graves convendrá tratar el estado tóxico y la deshidratación. A veces debe recurrirse a la --- alimentación por sonda dado que las lesiones bucales son de tal --- magnitud que impiden la ingestión directa de los alimentos.

Pronóstico.

La mortalidad por eritema polimorfo es baja y sólo ocurre en los--- casos graves por complicaciones viscerales, en especial pulmona---rea.

Existen procesos considerados como eritemas polimorfos, pero aspectos clínicos propios, de localización especialmente en las mucosas: Síndrome de Stevens-Johnson, ectodermosis erosiva pluriorificial y dermatostomatitis de Baader. Otros de - preferentemente localización cutaneomucosa: Síndrome de Lyell o necrólisis tóxica epidérmica, y Síndrome de Reiter. Estos procesos son considerados por la mayoría de los autores como eritemas polimorfos de localización especialmente muco-óculocutánea, por la participación ocular.

ii. Liquen Rojo Plano^{24/}.

El liquen rojo plano es un proceso bien definido y caracterizado. Fue denominado liquen rojo plano por Erasmus Wilson - en 1867 y estudiado en detalle más tarde por Brocq. Se trata de una entidad mórbida que da lugar a diversas alteraciones en la piel, faneras y las mucosas.

El liquen rojo plano es de particular interés para el ciruja no dentista porque las lesiones de la mucosa bucal preceden, por lo común, a la aparición de las cutáneas. Es una de las enfermedades más comunes que se manifiestan en la cavidad bucal, y por ello, debe ser completamente familiar al odontólogo, en particular porque es posible establecer el diagnóstico sin biopsia.

Características clínicas.

Las lesiones cutáneas del liquen plano son pápulas pequeñas, del tamaño de una cabeza de alfiler o algo mayores, planas, 24/ Ibid. pp. 1383-1408. Cf. Burket, pp. 77-83, y Shafer, 757-761.

chatas, poligonales, brillantes y umbilicadas. Suelen agruparse en placas y tener estrias de Wickman y puntuaciones de color blanco o grisáceo. Al comienzo de la enfermedad, las lesiones son rojas, pero pronto adquieren un tono purpúreo o violáceo. Más tarde, aparece un color pardusco sucio.

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 sacra. La cara no suele ser atacada. En casos crónicos, se forman placas hipertróficas, en especial sobre la tibia. El síntoma primario del liquen plano es un intenso prurito que llega a ser intolerable.

A veces en brotes violentos el liquen adquiere aspecto ampollar por levantamiento epidérmico.

Los pelos también pueden ser afectados por el proceso a nivel de la matriz pilosa. Caen en ocasiones sin cicatriz visible (axila y pubis) y otras veces con grandes cicatrices (seudopelada de Brocq). Las uñas se alteran en forma variada y hasta pueden desaparecer (exoniquia). Las mucosas, tanto las genitales como las bucales, se afectan frecuentemente en el liquen plano.

Es más frecuente en personas adultas, entre los 30 y 50 años. La raza negra y amarilla resultan poco afectadas. Las mujeres son afectadas con frecuencia algo mayor que los varones.

Manifestaciones Bucales.

El liquen de la mucosa bucal acompaña, precede o subsigue a las lesiones cutáneas o es localización exclusiva de la mucosa bucal. El liquen de localización exclusivamente bucal es más frecuente que el cutáneo puro.

En la cavidad bucal, la enfermedad adquiere un aspecto algo diferente que en piel, y clásicamente se caracteriza por pápulas radiantes blancas o grises, aterciopeladas y filiformes, con — disposición lineal, anular o reticular que forma placas con aspecto de encaje o reticulares, anillos y bandas sobre la mucosa vestibular. Los sitios más comunes son la mucosa bucal que se relaciona con el plano oclusal de los dientes, lengua, la superficie vestibular de la encía, el paladar duro y el labio inferior. Las pápulas tienen, por lo general, el tamaño de la cabeza de un alfiler. Las lesiones presentan erosión en los lugares de traumatismo por fricción. Estas áreas son de color rojo brillante y propensas a causar síntomas como sequedad y dolor.

Según la experiencia clínica de muchos investigadores, la mayoría de pacientes no tienen lesiones cutáneas cuando se originan las bucales.

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

Son muchas las descripciones de las manifestaciones clínicas del liquen plano en la boca, clasifican esas manifestaciones en for

mas típicas y formas atípicas, entendiéndose por las primeras las clásicamente señaladas en forma de manchas blancas en red o semejantes, localizadas especialmente en la mucosa yugal. Las formas atípicas, se llaman así por escapar a los aspectos comunes descritos ya sea por una forma o disposición no corriente o por una lesión elemental que no es una mancha blanca.

Liquenes típicos: En red, arboriforme; en hoja de helecho, punteado.

Liquenes atípicos: a) Por su distribución: zoniformes, anulares;
b) Por las lesiones elementales: ampollares, erosivos, penfigeoides, atróficos, esclerotróficos, vegetantes, córneos o queratóticos, nitidos, papulosos, invisibles, xerostómicos, neurálgicos, verrugosos circinados.

Liquen zoniforme. Se produce en el territorio inervado por ramas del nervio maxilar inferior (3a. rama del trigémino) lengua, o la erupción del tercer molar como causa desencadenante en zonas cercanas, en sitios traumatizados.

Liquen anular. Las manchas blancas adoptan tal configuración, no siendo raro hallar ampollas o erosiones en la parte central de las lesiones.

Liquen ampollar. Una intensa degeneración hidrópica de la capa basal del epitelio mucoso puede producir un despegamiento epitelial, con formación de ampollas de distinto tamaño.

Liquen erosivo. Cuando las ampollas se rompen y su techo desaparece

ce, se ve el piso de la lesión ampollar dando lugar a la forma erosiva.

Liquen penfigoide. Al romperse ampollas de gran tamaño, el techo puede cubrir total o parcialmente al piso de la lesión presentando un aspecto penfigoide.

Liquen atrófico. Se producen atrofiás papilares linguales debido al liquen, porque al ir descamando los vértices de las papilas, éstas terminan por desaparecer, pudiendo presentarse el dorso de la lengua con bandas despapiladas, o bien con zonas o bandas de auténtica atrofia cicatrizal.

Liquen escleroatrófico. En especial, el liquen involuciona para dar cicatrices escleroatróficas en forma de bandas que se ven por debajo del nivel de la mucosa. Su color es blanco nacado con reflejos azulados.

Liquen vegetante. Sobre la mucosa atrófica otro brote ampollar o un simple traumatismo puede dejar o provocar una erosión o ulceración atónica, cuyo fondo va elevándose semejando una vegetación.

Sin embargo, hiatológicamente no se trata de una lesión vegetante sino necrobiótica. Estas lesiones tienen lenta evolución pudiendo persistir durante meses y hasta años.

Liquen córneo. Se observa queratosis blanco-grisácea, de forma lenticular, estrellada, etc., de distinto tamaño, que asientan generalmente en la mucosa yugal, en zonas retrocomisurales y -

en el dorso de la lengua, con aspecto leucoplasiforme. A pesar de este aspecto, la histología demuestra alteraciones que corresponden a un líquen.

Líquen nitidus. Se puede presentar en la mucosa yugal, cara ventral de lengua y piso de la boca, como un delicado puntillado blanquesino, cuyos elementos tienen el tamaño de puntas de alfiler, que no confluyen y que dan la sensación de vérselos por transparencia a través del epitelio. Puede ser observado en los niños.

Líquen papuloso. Se observa en la mucosa yugal, con el aspecto de múltiples pápulas, del tamaño de una cabeza de alfiler y de color blanquesino.

Líquen invisible, xerostómico y pigmentógeno. El líquen pigmentógeno de la mucosa se observa como manchas azul pizarra, con dibujos liquenianos. El líquen xerostómico se presenta con el aspecto de una mucosa seca. El líquen invisible se refiere a hallazgos de estructuras del líquen sólo histológicamente, en lugares de la boca donde no se ve clínicamente el proceso.

Las formas erosivas son las más corrientes entre las atípicas. Son además comunes los líquenes queratóticos, en especial en el dorso de la lengua, asociados a despilación lingual de origen liqueniano.

Cuando es típico, el líquen plano bucal provoca pocas molestias subjetivas. En cambio cuando es atípico y en especial erosivo, duele y acarrea a veces perturbaciones serias que obligan a una terapéutica antiálgica.

Histopatología.

La lesión fundamental se halla representada por una pápula mixta epitelial y conectiva, que muestra variantes en relación con los diferentes tipos clínicos.

Desde el punto de vista microscópico el liquen plano se caracteriza por el espesamiento del epitelio, infiltración de leucocitos en el tejido conectivo subyacente inmediato y cambios degenerativos en la porción basal del epitelio. El epitelio engrosado presenta hiperqueratosis y acantosis. Hay degeneración hidrópica — con edema intracelular y extracelular e infiltración leucocitaria en la parte basal del epitelio y destrucción de la membrana fundamental. En el tejido conectivo subyacente hay infiltrado — linfocitario denso, característicamente confinado a una banda — ancha inmediatamente debajo del epitelio. La invasión del epitelio por células inflamatorias y líquido tiene por consecuencia la degeneración epitelial y una obliteración parcial de la demarcación clara entre el epitelio y el tejido conectivo. En casos — de edema pronunciado, la licuefacción de las células epiteliales rotas produce vesículas.

Los estudios con microscopio electrónico indican que el liquen plano puede ser dividido en tres estadios. El primer estadio es la degeneración del citoplasma de las células epiteliales con el agregado de material particulado. Los espacios intercelulares están agrandados y hay infiltración linfocitaria. En el segundo estadio hay pérdida de fibras colágenas en la lámina propia superficial. El estadio final presenta degeneración y necrosis de las capas basal y espinosa inferior del epitelio, con excepción de los desmosomas, que permanecen en su mayor parte inalterados en

su estructura. La lámina propia superficial también degenera y se necrosa, y ya no se observa la lámina fundamental. Con frecuencia es posible ver la invasión bacteriana del tejido necrosado.

Diagnóstico diferencial.

El diagnóstico clínico, en los casos típicos, no ofrece dificultades, porque el aspecto de manchas blanquecinas en red con localización especial en el tercio posterior de la mucosa yugal es patnómico. En cualquier caso de duda la histopatología es muy característica.

Entre las lesiones que deben considerarse en el diagnóstico diferencial del liquen plano se hallan la leucoplasia, candidiasis, pénfigo, eritema multiforme, sífilis, aftas recurrentes y lupus eritematoso.

Etiología.

Dentro de las múltiples etiologías de orden general que se invocan como causas de liquen, son tres las que más destacan: La naturaleza psíquica es muy evidente ya que en su mayoría los casos de liquen, se instalan como consecuencia de una situación de "stress" o choques emotivos importantes. Otra causa menos corriente, sobre todo en la actualidad, es la medicamentosa, se ven con mayor frecuencia los producidos por atebina y otros antipalúdicos de síntesis. También por estreptomycin, tetraciclina, tolbutamida y ácido paraaminosalicílico. La diabetes y en ocasiones la hipertensión, se asocian al liquen. El

traumatismo bucal desempeña un papel digno de tenerse en cuenta.

Tratamiento.

No hay tratamiento específico. Es necesario investigar el origen del liquen plano en el enfermo y evitar o tratar todos los elementos irritativos. Comenzar con vitamina A en dosis de 500 mil unidades diarias por vía bucal. Si no hay inflamación y no existen contraindicaciones se usan corticoides en dosis de 30 mg diarios que se van disminuyendo paulatinamente, de acuerdo a los resultados, hasta retirarla por completo o mantener pequeñas dosis. Localmente son útiles las cremas adhesivas a base de triancinolona (0.01% al 0.5%) cada 4 hrs.

Pronóstico.

El pronóstico del liquen bucal es benigno en general, salvo en las formas muy extendidas y atípicas, en especial erosivas, por la posible transformación epiteliomatosa y su resistencia al tratamiento.

4. Exclusivas de las Mucosas.

Las enfermedades exclusivas de las mucosas constituyen un grupo de tres procesos con exclusiva localización en las mucosas, incluso la bucal: i. Leucoplasias, ii. Aftas, aftosis y aftoides, y iii. Plasmocitosis de mucosas. De estos tres procesos sólo estudiaremos el primero.

Leucoplasias^{25/}. Son lesiones blancas, pero con una histología especial. Se presentan clínicamente como manchas (cambio de co

^{25/} Grinspan, David. Op. Cit., cap. XXXI.

loración sin relieve); queratosis (lesiones elevadas con cuerpo) y verrugosidades (elementos elevados, irregulares, papilomatosos). Estas lesiones constituyen grados de leucoplasia I, II y III, respectivamente. Histopatológicamente el grado I se caracteriza fundamentalmente por hiperqueratosis del tipo ortoqueratosis y/o paraqueratosis y discreta acantosis; el grado II tiene una gran hiperqueratosis y el grado III es un grado II con papilomatosis. En ocasiones existe atrofia en lugar de acantosis. El corion en ninguno de los tres grados acusa modificaciones significativas. Estos tres tipos de leucoplasia pueden complicarse o transformarse. Una primera complicación sería la erosión o fisuración de la leucoplasia; en esos casos aparece un infiltrado en el corion. A veces puede existir el proceso inflamatorio del corion por traumatismos repetidos sin pérdida de substancia.

La leucoplasia puede transformarse y evolucionar hacia un epitelio ma in situ. Entonces aparecen en las capas inferiores del epitelio, cambios de atipia epitelial o disqueratóticos. En grados más avanzados en estos epiteliomas intraepiteliales se pueden observar mitosis atípicas y atipias celulares en toda la altura del epitelio acompañadas de infiltrados inflamatorios en el corion.

Otra transformación de la leucoplasia es el carcinoma o epitelio ma infiltrante o invasor. La basal resulta entonces rota y el corion invadido por los cordones epiteliales que se disgregan; aparecen a veces, mitosis atípicas y se observa la reacción del estroma (estroma reacción) o infiltración leucocitaria del corion que rodea a los cordones epiteliales.

Por último, sobre una leucoplasia puede aparecer la llamada pa pilomatosis florida o carcinoma verrugoso de Ackerman, que histológicamente no presenta caracteres de epitelioma pero que lo es, en bajo grado de malignidad.

Etiopatogenia.

Generalmente, las leucoplasias pueden ser adquiridas o congénitas. Las adquiridas pueden ser primitivas o secundarias. Las -- congénitas obedecen a leyes genéticas y aparecen a temprana ---- edad. Además tienen aspectos histológicos especiales que permiten separarlas de las verdaderas leucoplasias. Por esta razón, se estudian en forma especial dentro de las llamadas "Enfermedades Malformativas", cuyo análisis no tiene cabida dentro de ---- nuestro estudio.

Las leucoplasias adquiridas primitivas son originadas por causas de orden general y local. Las generales son variadas y las locales de tipo irritativo. Es preciso que ambos factores estén asociados para dar origen a una leucoplasia. La opinión generalizada sostiene que "las leucoplasias se producen por irritaciones crónicas en personas sensibles".

Factores generales (internos): Edad; sexo; raza; enfermedades generales: sífilis, hipovitaminosis A y B, hipercolesterolemia, arsenicismo crónico, hipoclorhidrias, menopausia, hormonales, carencias alimenticias, anemias.

**Factores irritativos
locales (externos):**

Por el hábito de fumar: mecánicos, físicos, químicos. Masticación del tabaco y betel; vinculados a dientes y prótesis: caries, fracturas, abrasiones, -- desviaciones. prótesis, sepsis oral. Otros factores: mecánicos (profesionales en especial), físicos (galvanismo, radiaciones), químicos (rapé, aspirina, menta, alcohol, antiasmáticos, alimentos), leucoplasia y candidiasis, despapilación lingual.

Las leucoplasias adquiridas secundarias son consecuencia de la involución de lesiones de moniliasis, líquen, pénfigo y penfigoides preexistentes. Las leucoplasias secundarias a un líquen se observan en especial en la lengua y mucosa yugal. En la lengua las papilas desaparecen. Si vemos papilas, la lesión blanca no es una leucoplasia ya que esta última conduce a su ausencia.

Las leucoplasias secundarias a ciertas enfermedades ampollares como el pénfigo vulgar, el penfigoide benigno de mucosas y la epidermólisis ampollar, se observan mas comunmente en el labio, el surco vestibular y la lengua. Estas leucoplasias son blanco azuladas y pueden desaparecer espontáneamente porque no son -- tan estables.

Aspectos clínicos de la leucoplasia bucal.

La incidencia de la leucoplasia está vinculada a hábitos, vicios, costumbres, estado sanitario, nivel nutricional, etc. , aunque en general puede encontrarse entre el 1.6% y el 4.0%

de la población. Por lo regular, el mayor número de afectados corresponde a pacientes entre los 40 y los 70 años. Entre el 75 y el 90% de los afectados son hombres. Es más frecuente en personas de cabellos rubios y ojos celestes.

La leucoplasia puede localizarse en cualquier parte de la mucosa y semimucosa bucal. Tiene mucho que ver con la localización el agente irritativo local que la provoca y el terreno. La mucosa yugal en su mitad anterior es, sin duda, la localización más importante. Para algunos autores, en los hombres - el 42% de las leucoplasias son retrocomisurales y el 22% se observan un poco más hacia atrás de las comisuras. En las mujeres las cifras de incidencia se invierten: 40% en la mucosa yugal y 19% en la región retrocomisural.

La localización que sigue en frecuencia a la mucosa yugal es la lengua para la mayoría de los autores; para otros, los labios. Vienen después el paladar y los rebordes alveolares, en especial el inferior. El paladar blando y el vientre de la lengua son sitios menos atacados.

Las diferentes localizaciones guardan relación con las causas locales que favorecen su aparición. En la mucosa yugal, cuando la leucoplasia es bilateral y retrocomisural, podemos afirmar que el paciente es fumador o ha fumado; cuando es unilateral se trata de irritaciones dentarias, protéticas, etc. En el dorso de la lengua, cuando la leucoplasia es difusa, suele haber antecedentes de sífilis antigua, con serología positiva en cifras significativas. En el paladar duro, es el hábito de fumar invertido o en pipa o bien las prótesis las que provo-

con leucoplasias por accion irritativa. En la semimucosa labial, especialmente la inferior, es el traumatismo de la pipa, boquilla o cigarrillo que con frecuencia provoca leucoplasia en el sitio donde el paciente los apoya; esta leucoplasia desaparece en días o meses si se deja de fumar, pero puede cancerizarse.

En los rebordes alveolares y surcos, como consecuencia del traumatismo masticatorio, se ven pequeñas placas blancas en los sitios de mayor apoyo de la prótesis removible, particularmente a nivel de los últimos molares inferiores y en la zona retromolar en los casos de falta de prótesis.

En el piso de la boca la leucoplasia se observa especialmente en fumadores que tienen el hábito de dejar el humo debajo de la lengua, también se manifiesta en algunos músicos ejecutantes de instrumentos de viento.

En los surcos vestibulares la leucoplasia se ve asimismo en instrumentistas de viento, zapateros remendones y tapiceros.

Las leucoplasias pueden ser observadas bajo tres aspectos clínicos fundamentales que muchas veces constituyen meras etapas evolutivas:

1. Leucoplasia maculosa (grado I), caracterizada por una mancha de color blanco homogéneo, mate o amarillenta, con una delimitación precisa, en casi todo su contorno y solo difusa en algunos sectores, a veces con una superficie que pareciera dispuesto en empedrado o "parquet"; la lesión es indolora y presenta cierta dureza superficial a la palpación. Al tocarla con la lengua el enfermo experimenta una sensación de sequedad en ese sitio.

2. Leucoplasia queratótica (grado II), que muestra como lesión elemental una queratosis, es decir, un engrosamiento marcado del epitelio, de color blanco amarillento. A veces se combina con el grado I. La lesión se eleva sobre la superficie mucosa y tiene límites precisos. El aspecto es seco, por falta de leucoedema.
3. Leucoplasia verrugosa (grado III), que se presenta como una lesión de superficie irregular, blanquecina, verrugosa. Es seca al tacto y a la vista.

Estas formas de leucoplasia pueden complicarse con fisuras y erosiones, o bien transformarse en epitelomas "in situ" o infiltrantes o bien en el tipo especial de carcinoma conocido con el nombre de papilomatosis florida.

Fuera de estas generalidades, la leucoplasia puede tener aspectos clínicos especiales de acuerdo a su localización. Por ejemplo, en la lengua y mucosa retrocomisural puede tener aspecto lenticular o un "parquet" o mosaico; en el paladar duro puede adoptar aspecto papuloide (leucoplasia papulosa o palatitis nicotínica). Otro tipo particular de leucoplasia es la llamada moteada, de ubicación preferentemente retrocomisural y comisural (dos tercios de los casos), caracterizada por manchas blancas sobre base eritematosa. Este último tipo de leucoplasia tiene mayores posibilidades de transformación cancerosa.

La mayor parte de las leucoplasias son asintomáticas, pero algunas tienen sensación de sequedad, aspereza, en especial al tocarlas con la punta de la lengua. En las erosivas o moteadas suele haber ardor. Llevan consigo también algunas lesiones asociadas, como en el caso de la leucoplasia del fumador: depósitos de tártaro (cálculos) supra y subgingival, enfermedad periodontal y gingivitis; en la sífilis tardía lingual la leucoplasia se acompaña de lesiones esclerosas y esclerogomasas, etc.

Histología.

El epitelio muestra una metaplasia epidermoide con aparición de una hiperqueratosis de diferente espesor según el grado de desarrollo de la leucoplasia. La hiperqueratosis es en base a ortoqueratosis con focos de paraqueratosis, hipergranulosis y acantosis del cuerpo mucoso, con conservación o tendencia al alargamiento de las crestas o cuerpos interpapilares. Puede haber casos con atrofia epitelial. La membrana basal PAS-positiva es -- continua. En el grado II la hiperqueratosis es acentuada. En el grado III se agrega papilomatosis.

En el corion los infiltrados suelen ser escasos y tienden a rodear los vasos del plexo subpapilar: se hallan representados -- por linfocitos y plasmocitos.

Si además de todo lo anterior hay atipia celular (poiquilocariosis, poiquilocitosis, células multinucleadas, etc.) debe considerarse que la leucoplasia se ha transformado en carcinoma -- "in situ", que pueda alcanzar su mayor grado al aparecer mitosis atípicas. Si sólo hallamos hiperplasia de la capa basal que se estratifica sin tener todavía una definida atipia celular, -- admitimos en tal caso que se trata de una leucoplasia en probable transformación cancerosa.

El diagnóstico diferencial histológico es necesario hacerlo --- principalmente con el liquen rojo plano queratótico y erosivo, el lupus eritematoso, el leucoedema, la moniliasis crónica, la papilomatosis florida y las queratosis congénitas.

El diagnóstico diferencial con el líquen rojo queratótico y erosivo se hace esencialmente, en base a que en esta última lesión hay degeneración hidrópica de la capa basal y un infiltrado linfocitario con escasos plasmocitos; la membrana basal es discontinua. En casos de leucoplasia erosiva, la diferenciación histológica es a veces difícil con el líquen plano y debe recurrirse al auxilio clínico.

El lupus eritematoso muestra atrofia epidérmica con ortoqueratosis. La membrana basal PAS-positiva está engrosada. Existen cúmulos de linfocitos en el corion profundo o reticular. Sin embargo, también a veces surgen dificultades diagnósticas; es la asociación anatomoclínica la que tratará de ubicar la lesión.

En el leucoedema no hay queratinización y las células espinosas son vacuoladas, grandes, con núcleo claro o picnótico.

En el diagnóstico diferencial histológico entre la moniliasis crónica y la leucoplasia moteada habrá que balancear la clínica, la histología, la micología, la serología y la terapéutica, para establecer el verdadero diagnóstico.

El diagnóstico histológico entre una leucoplasia grado III (varruga) y una papilomatosis florida se puede discernir por las siguientes características. En la leucoplasia grado III, la superficie de la lesión es irregular, debido a que el epitelio mucoso es proyectado irregularmente hacia la superficie, por la hipertrofia de las papilas del corion. El epitelio muestra hiperqueratosis con hipergranulosis y acantosis de crestas interpapilares. La membrana basal PAS-positiva, se conserva normal.

En el corion superior, se agregan discretos infiltrados inflamatorios laxos, linfocitarios, con escasos plasmocitos. Es frecuente demostrar la presencia de focos de exocitosis de polinucleares neutrófilos, que se condensan en los estratos superiores del epitelio, determinando paraqueratosis, muchas veces con el agregado de pseudohifas de *Candida Albicans*. Esta leucoplasia cuando va a sufrir transformación maligna, presenta a veces una acantosis irregular de crestas interpapilares, como iniciación de un crecimiento infiltrativo precoz de un epiteloma in situ, con atipicidad neoplásica.

En la papilomatosis florida, pseudoleucoplásica, la superficie de la lesión suele ser también irregular, por la hipertrofia de las papilas del corion, pero el epitelio mucoso, presenta un acentuado leucoedema de los estratos epiteliales superiores, asociado a una acantosis de crestas interpapilares. En ocasiones se puede demostrar en la periferia que el epitelio presenta hiperqueratosis, hipergranulosis y acantosis, como se observa en una leucoplasia verrugosa (grado III). Es frecuente también observar focos de polinucleares neutrófilos con *Candida* en la superficie acompañada de paraqueratosis. En el corion, las papilas muestran tendencia a la división de sus vértices lo que determina un límite festoneado entre el epitelio y el corion. También se agregan infiltrados inflamatorios linfoplasmocitarios con algunos eosinófilos.

Finalmente, las queratosis congénitas pueden tener rasgos histológicos característicos, como ocurre en el nevo blanco esponja, en cuyo epitelio los estratos superficiales muestran leucoedema, pero que solamente se desarrolla en la periferia del citoplasma, respetando una corona perinuclear de citoplasma normal.

Evolución de las leucoplasias y cáncer.

La leucoplasia puede transformarse en cáncer. Los porcentajes de transformación son muy diversos. Según Grinspan, sobre 100 leucoplasias clínicamente diagnosticadas, el 20% correspondían ya histológicamente a un epiteloma "in situ" o inicialmente -- infiltrante. Para otros autores sus resultados estadísticos di fieren grandemente, debido principalmente a la época en que -- fueron realizadas, el lugar, los hábitos de los pacientes, el criterio para clasificar la lesión como leucoplasia, etc.

Por lo anterior, se hace necesario insistir sobre la necesidad de efectuar biopsias en todos los casos de leucoplasia. Eviden-- temente las leucoplasias que presentan atipias epiteliales, -- atrofia y paraqueratosis son más cancerizables.

En lo que respecta a la evolución de las leucoplasias en gene-- ral y dejando de lado su posibilidad de transformación, dire-- mos que corrientemente la lesión es crónica, persistiendo du-- rante meses y años con brotes evolutivos y complicaciones se-- cundarias, en especial la infección por Candida Albicans, par-- ticularmente en la región retrocomisural.

Diagnóstico y diagnóstico diferencial.

En el diagnóstico de una leucoplasia debe asociarse lo clínico a lo histológico. En la práctica dicho diagnóstico puede hacerse en base al examen clínico únicamente, al encontrar típicas -- manchas blancas o queratosis en la mucosa yugal, la lengua, los labios, etc. Pero para diagnosticarla con certeza, así como pa-- ra conocer sus complicaciones o transformaciones malignas inci-- pientes, es preciso recurrir al estudio histológico respectivo.

El diagnóstico diferencial debe tener en cuenta primeramente al liquen rojo plano y a la moniliasis crónica y siguiendo, en orden decreciente de importancia, las queratosis malformativa, psoriasis, pitiriasis rosada, liquen escleroso y atrófico, algunos lupus eritematosos, la mucosa mordiscada, etc.

El liquen rojo plano, cuando se presenta típicamente en su forma clásica lo hace como una mancha blanca en red, ubicada especialmente en el tercio posterior de la mucosa yugal. Pero cuando el liquen es atípico la cosa ya cambia, en casos de liquen queratótico o leucoplasiforme es necesario recurrir al examen histopatológico. En el liquen rojo la membrana basal es discontinua, hay infiltrado yuxtaepitelial y degeneración hidrópica de la capa basal. También hay que recordar que la leucoplasia es más frecuente entre los hombres y que, las mejillas en su tercio anterior, la lengua y el reborde alveolar, suelen ser los sitios más atacados. El liquen se ve más en mujeres y es frecuente en el tercio posterior de la mucosa yugal y en la lengua.

El lupus eritematoso crónico en su forma fija y localización yugal, puede confundirse en un examen superficial con un liquen o bien con una leucoplasia. Sin embargo, en el lupus eritematoso la mucosa aparece deprimida, hay atrofia, y la lesión es bastante congestiva, bien circunscrita y en los bordes de la misma hay como estrías o radiaciones rojizas. La palpación denota dureza. La histología es bien característica con su atrofia epitelial e hiperqueratosis y engrosamiento de la membrana basal PAS-positiva. También las pruebas inmunológicas pueden detectarlo.

La moniliasis crónica presenta un problema de diagnóstico, especialmente en la localización retrocomisural. Resulta difícil saber si se trata de una leucoplasia moteada o de una moniliasis leucoplasiforme o Candida leucoplasia como se acostumbra llamarla. Para ello como ya lo hemos mencionado habrá que balancear la clínica, la histología, la micología, la serología y la terapéutica para establecer el verdadero diagnóstico.

El muguet es bien diferenciable de la leucoplasia. Se trata de una lesión blanca fácilmente eliminable con una gasa, lo que no sucede con la leucoplasia.

Las leucoplasias malformativas no son verdaderas leucoplasias. Por excepción se transforman en cáncer; aparecen a edad temprana y son muy extendidas en la boca y toman otras mucosas y sectores cutáneos. Histológicamente hay edema intracelular accentuado y otras alteraciones que no se observan en las leucoplasias adquiridas.

La psoriasis es excepcional en la boca. Solo en la localización yugal puede confundirse con una leucoplasia.

La pitiriasis rosada también es excepcional en la boca. El diagnóstico clínico presuntivo de la lesión bucal puede surgir de la asociación con lesiones cutáneas, pero sólo la histología puede afirmarlo.

El liquen escleroso y atrófico sólo insólitamente puede verse en la boca y su histología es típica: lo fundamental es una fibroialinosis del corion superficial.

Tratamiento.

El tratamiento de la leucoplasia de la mucosa bucal depende del grado que haya alcanzado o de sus complicaciones posibles. Puede ser general y local.

El tratamiento general consiste en tratar las causas generales que pudieran haberse comprobado durante el examen clínico: sífilis, hipercolesterolemia, hipovitaminosis A y/o B, carencias -- alimenticias en general, anemia, etc. Como medicación de orden general aún con índices hematológicos normales es útil el empleo de la vitamina A; la dosis es de 500 000 unidades diarias durante 30 a 45 días. Pero se producen recidivas al retirar la medicación. Los efectos tóxicos, de la vitamina, son mínimos y reversibles: alguna elevación de transaminasas hepáticas y en la piel sequedad, prurito y descamación.

El tratamiento local consiste en eliminar los factores irritativos bucales, en especial los vinculados al tabaco (fumado o masticado), a los dientes y prótesis, a los traumatismos profesionales y de otro origen, a las sustancias químicas diversas (menta, alcohol, etc.), a las comidas condimentadas y al galvanismo. Si hay monilia sis ésta deberá tratarse convenientemente. Es necesario tener el mayor cuidado personal de la boca y concurrir al odontólogo para su tratamiento y control. Tratándose de leucoplasias de grado I y a veces de grado II incipiente, la mera modificación de las causas generales y locales determinantes, puede hacerlas involucionar hasta desaparecer.

Algunos autores usan la vitamina A en tabletas de 150 000 unidades, 3 veces al día, durante 6 semanas. En los grados II y III, y en especial cuando hay signos de "irritación" basal, - hay que proceder a la eliminación de la lesión ya sea por --- electrocoagulación bajo anestesia local infiltrativa, previa anestesia de superficie con xilocaína; o bien quirúrgicamente si se trata de leucoplasias circunscritas de mucosa yugal y labio. En menor grado se utiliza la radioterapia, crioterapia o mucobrasión, también el 5-fluorouracilo local como en las queratosis seniles o solares.

Pronóstico.

El pronóstico de las leucoplasias se vincula a su posible --- transformación carcinomatosa que según Grinspan ocurre en el 21.4% de los casos en el grado mínimo (irritación nuclear) o como epitelio infiltrante. Según estudios de J.J. Pinborg -- confirmados por la OMS, la transformación sólo se da entre el 3 y el 6% de los casos.

Solamente los infiltrantes tienen pronóstico reservado, en relación con su localización, grado de degeneración celular y - penetración, metástasis, etc.

las leucoplasias (a) con ortoqueratosis; (b) sin atipias epiteliales; (c) que no tienen atrofia epitelial; (d) las secundarias; (e) las homogéneas; (f) las de grado I, y (g) la papulosa de paladar, con las de mejor pronóstico. Las que tienen (a) paraqueratosis; (b) atipia epitelial; (c) atrofia epitelial; (d) las que son de evolución aguda; (e) en localización

extrapalatina (en especial lingual y labial); (f) las primitivas; (g) las verrucosas (grado III); (h) las erosivas; (i) -- las moteadas y (j) las que se acompañan de melanoplaquia, --- ofrecen mayor posibilidad de cancerización.

Según algunos autores, con tratamiento médico, el 20.1% de -- las leucoplasias desaparece, el 17.8% mejora, el 45.3% permanece inalterable, el 3.3% progresa y el 4.4% se transforma en cáncer en el plazo de 4 meses a 6 años (3.7 años en promedio). Se registró un 9.5% de recurrencia después del tratamiento -- quirúrgico.

Sin tratamiento, en un lapso de 4 a 8 años, entre el 33% y el 36% de los casos se transforman en cáncer. De las leucopla--- sias de labio no tratadas, el 95% se transforma en cáncer.

5. Enfermedades de la Mucosa Bucal.

Dentro de este grupo se consideran todas las enfermedades o procesos que son propios de la mucosa y semimucosa bucal, es decir, que sólo se observen en ellas y no en otros sectores del organismo. Estas enfermedades se pueden clasificar de la siguiente manera: i. propias de los labios; ii. propias de la lengua; iii. propias de la encía; iv. propias del paladar y v. otras.

De todo este grupo estudiaremos únicamente las enfermedades propias de los labios, dentro de las cuales nos interesan -- las queilitis glandulares, las no glandulares y la dermatitis perioral.

Queilitis ^{26/}.

Se denomina queilitis a aquellas lesiones inflamatorias de los labios, inespecíficas, que con una morfología común (de de ca mación, er osión, fi sura ción, etc.) y un cuadro histológico inespecífico, obedecen a causas muy diferentes. Pueden ser -- consideradas como verdaderos síndromes (manifestaciones clínicas similares de distinta etiopatogenia, pronóstico y tratamiento).

Las queilitis se ubican especialmente en la semimucosa del labio, llamada también zona libre del labio, zona roja o ber mellón, o zona de transición de Klein. La mayor parte de las queilitis se localizan con predilección en el labio inferior. Esto se debe a que la semimucosa del labio inferior es de -- mayor extensión que la del superior; se encuentra más expues

26/ Grinpen, David. Op. Cit. págs. 1577-162).

ta a la acción de los diversos irritantes crónicos: luz solar, agentes mecánicos, físicos, químicos, etc.; y posee menor defensa por falta de glándulas y verdadera queratinización. Las queilitis pueden ser glandulares o no glandulares.

Queilitis glandulares.

Se conocen tres tipos principales: 1. Queilitis glandular simple de Puente-Acevedo; 2. Queilitis supurada superficial de Baelz-Unna; y 3. Queilitis supurada profunda o queilitis apostematosa de Volkman. De estos tres tipos de queilitis glandular sólo veremos los dos primeros.

Queilitis glandular simple. Los primeros que realizaron una descripción muy detallada de la forma simple fueron Puente y Acevedo en 1927, en españoles que habían emigrado a la Argentina.

Incidencia. Se manifiesta más comunmente entre los 20 y 40 años. No parece tener predilección por determinado sexo. Es más común entre los españoles, aunque ha sido encontrada en casi todo el mundo.

Manifestaciones clínicas. Se observa principalmente en la unión de la semimucosa con la mucosa del labio inferior ya que allí existen normalmente glándulas. Se localiza casi siempre en el labio inferior y respeta, por lo general, a las comisuras. Excepcionalmente puede ubicarse en el labio superior o en ambos lados.

Caracteres clínicos. La lesión es indolora, sensación de tumefacción y de labio pegajoso. El labio se presenta ligeramente hipertrofiado y evertido, y el paciente puede adquirir el hábito de mordisquearlo; exponiéndolo a la acción de diversos agentes irritantes exteriores.

En la línea de Klein del labio inferior se ven puntos rojos deprimidos, umbilicados, del tamaño de una cabeza de alfiler, distribuidos en forma irregular, ubicados preferentemente en la parte central. Estos puntos rojos corresponden a depresiones donde desembocan los orificios de salida de los conductos excretores de las glándulas salivales menores. A veces los rodea un halo blanquecino leucoplasiforme.

Es frecuente observar sobre dichos orificios gotitas de saliva de mayor consistencia que la normal. La palpación permite identificar hipertrofiadas a las glándulas salivales menores del labio. No es corriente hallar adenopatías determinadas - por la enfermedad que estamos considerando.

Puente halló asociadas a este proceso querosis de la piel de la cara (dilatación de los orificios pilosebáceos y aumento de la pigmentación y del grosor de la piel) y coexistencia con una piel oscura y gruesa con arrugas. La iniciación del proceso es lenta y a veces sólo se percibe cuando alcanza su total desarrollo. No es lesión cancerizable. Se le ve asociada a epitelomas, pero sin darles origen.

Histología. Epitelio con discretísima hiperqueratosis ortokeratótica, con hipergranulosis. Cuerpo mucoso con tendencia a la acantosis de crestas interpapilares. Capa basal con

escaso pigmento melánico. En el corion, presencia de infiltrados inflamatorios constituidos por linfocitos y plasmocitos, que se condensan alrededor de algunos vasos discretamente dilatados. Escaso edema difuso intersticial. Tejido conectivo con degeneración basófila de las fibras elásticas, que se condensan en el corion reticular. En ocasiones, dicha reacción inflamatoria puede ser reemplazada por una discreta fibrosis difusa posiblemente residual de un episodio de inflamación aguda.

En la submucosa, a nivel de la almohadilla adiposa, pueden demostrarse lobulillos glandulares salivales, sero-mucosos, hipertróficos, con discreta hiperplasia acinosa y edema con escasos linfocitos intersticiales. El hallazgo microscópico de estos lobulillos glandulares salivales permite el diagnóstico de certeza.

La toma de la biopsia debe ser realizada en los dos tercios posteriores del borde libre del labio inferior, debiendo ser marcada la superficie a biopsiar en un sentido anteroposterior, para una mayor identificación histológica del proceso patológico.

Etiopatogenia. Se atribuye el proceso inflamatorio que se produce en las glándulas salivales menores del labio a la sepsis bucal, y en especial a la enfermedad periodontal; a disturbios emocionales y otras causas de menor importancia (mecánicas, físicas e infecciosas).

Diagnóstico. Es muy sencillo. En la línea de transición entre la semimucosa y la mucosa y, en especial, en el labio inferior, se ven puntos umbilicados con gotas de saliva en algu-

nos de ellos. A la palpación se identifican las glándulas salivales hipertróficas.

Tratamiento. La queilitis glandular simple es bastante resistente al tratamiento. Deberán tratarse los focos sépticos bucales y eliminar las causas mecánicas, físicas, etc. que pudieran haberle dado origen.

La inyección de corticoides en el lecho de la lesión, realizada 1 o 2 veces por semana, logra mejorías, lo mismo que las pomadas con corticoides y antibióticos, aplicadas masajando la zona afectada.

Pronóstico. Está en relación con la rebeldía del proceso a los tratamientos.

Queilitis glandular supurada superficial o de Baelz-Una. Este tipo de queilitis es la forma supurada de la glandular simple, es decir, que casi siempre es secundaria a la misma.

El labio se presenta algo doloroso y se forman gotas de pus en los orificios de salida de los conductos excretores que, al desecarse, forman costras impetigoides, las cuales al desprenderse permiten a veces ver una mucosa erosionada.

Pueden formarse costras en la semimucosa, espesas, adherentes, que se reproducen sin cesar si se las desprende, lo que ocasiona dolor. Al arrancarlas aparece una superficie fisurada, sangrante y a veces papilomatosa.

El ataque a las distintas glándulas no es simultáneo sino sucesivo. Puede dejar cicatriz. Es excepcional la adenopatía satélite.

El diagnóstico diferencial puede prestarse a discusión con las piodermitis no glandulares, rarísimas, pero una observación atenta permite localizar su topografía en el orificio del conducto excretor salival. La compresión de las glándulas salivales permite observar la salida de una secreción con aspecto purulento a dicho nivel.

Histología. El epitelio semimucoso, tiende a ser invadido por una exocitosis terebrante de polinucleares neutrófilos, hasta ser reemplazado por costras fibrino-leucocitarias hemorrágicas.

En el corion, el tejido conectivo aparece edematizado, con infiltrados inflamatorios linfo-plasmocitarios y escasos polinucleares neutrófilos, perivasculares. Edema difuso, con sectores fibróticos.

En la submucosa, de una manera similar a lo observable en la queilitis glandular simple, pueden demostrarse lobulillos glandulares salivales, sero-mucosos, hipertróficos, con infiltrados inflamatorios intersticiales linfocitarios.

En síntesis, se trata de una inflamación aguda del corion superficial, que invade al epitelio semimucoso hasta destruirlo, desarrollada sobre una queilitis glandular simple. El tratamiento y el pronóstico son iguales al de la queilitis glandular simple.

Queilitis no glandulares.

Según vayan evolucionando gradualmente, estas queilitis pueden ser agudas, subagudas y crónicas.

Queilitis agudas y subagudas. La frecuencia de este tipo de enfermedades se debe a la multitud de factores etiológicos que existen, cuya mayoría puede producir también queilitis crónicas.

Los agentes causantes son generalmente de origen externo y, por lo común, contactantes, pero también pueden ser elementos físicos y medicaciones administradas por vía general.

Entre los agentes contactantes destacan los cosméticos, alimentos y golosinas, dentríficos y cepillos para dientes, medicamentos, metales, prótesis y plantas; entre los físicos, se encuentran la luz solar (fototraumatismo y fotosensibilización) el frío y el calor, y las terapias con rayos X, radium y radioisótopos; entre las medicaciones generales se citan las sulfamidas, penicilina, tetraciclina, mercurio y yodo; y entre los elementos tóxicos podemos mencionar algunos de tipo heterotóxico como el etilismo agudo y de tipo autotóxico como la uremia y la diabetes.

Manifestaciones clínicas. Generalmente las lesiones son superficiales, pero pueden profundizarse, provocando aumento del volumen del o de los labios.

Los labios se presentan con síntomas inflamatorios agudos. Aparecen edematosos, rojos, calientes y dolorosos. Se ven ve

sículas y hasta ampollas. Se cubren posteriormente de costras serohemáticas que, al ser arrancadas, dejan ver fisuras verticales. Hay dolor y prurito.

En la mayoría de los casos, las lesiones se producen en ambos labios y se extienden a la piel. Cuando la queilitis aguda es provocada por la luz solar se observa afectado en especial el labio inferior, pero ambos se ponen rojos, tensos y dolorosos. Ocasionalmente existe supuración superficial, con formación de costras por desecación. Las lesiones se localizan en la semimucosa. La piel resulta menos atacada, aunque también se enrojece.

El proceso termina con descamación en 8 a 15 días, si sólo existió acción fototraumática. En los casos de fotosensibilidad las lesiones continúan mientras no se elimine la sustancia responsable.

Histología de las queilitis agudas y subagudas no glandulares. Las queilitis causadas por irritantes primarios se caracterizan porque las vesículas corresponden a un pequeño grupo de células de la parte superior de la capa espinosa que entran en necrobiosis y determinan secundariamente la formación de vesículas espongióticas. En el corion hay infiltrados linfocitarios con edema, que rodean a los vasos papilares y del plexo subpapilar.

En las causadas por acción química, el epitelio y corion papilar sufren necrosis de coagulación para quedar englobados en una escara, que tiende a ser eliminada por una corona de

infiltrados inflamatorios constituidos casi exclusivamente por polinucleares neutrófilos, que van produciendo la proteólisis de las zonas de unión entre la escara y el corion profundo.

Las causadas por contacto o alérgicas, presentan el epitelio semimucoso recubierto por escamas para-queratóticas -- asociadas con costras serosas, con escasos polinucleares -- neutrófilos. El cuerpo mucoso de Malpighi puede mostrar -- discreta acantosis de crestas interpapilares, con presencia de focos espongióticos, más o menos circunscritos, que se concretan en pequeñas vesículas de contenido seroso, -- con linfocitos y escasos neutrófilos. Capa basal sin alteraciones. En el corion superior discretos infiltrados inflamatorios linfocitarios, que rodean a los vasos papilares y del plexo subpapilar. Corion profundo con discreto -- edema. Las costras pueden ser hemorrágicas o purulentas, según el grado de fragilidad capilar o contaminación microbiana agregada.

En la queilitis producidas por quemaduras y congelaciones se distinguen tres grados de acuerdo a su intensidad: las de grado I o queilitis eritematosa, que se caracteriza por que en el corion los vasos superficiales aparecen dilatados, poco congestivos, rodeados por escaso edema, que se -- extiende a los intersticios conectivos vecinos. Las de grado II o queilitis ampollar, donde el epitelio semimucoso -- sufre fenómenos necrobióticos, con espongiosis difusa. En la capa basal, las células se retraen y se separan del corion, para determinar formaciones ampollares subepitelia--

les. En el corion, vasos congestivos, con discreto edema difuso. En la de grado II o queilitis necrótica, hay necrosis del epitelio semimucoso y de sectores de la zona papilar del corion. Los vasos del plexo subpapilar aparecen congestivos rodeados por linfocitos y polinucleares neutrófilos, que tienden a producir delimitación, para eliminar los sectores necróticos, coagulados por la acción del calor o del frío.

Diagnóstico diferencial. Las queilitis agudas pueden ocasionalmente confundirse con el eritema polimorfo, en especial cuando este es producido por intoxicación alcohólica. Es necesario considerar también al herpes simple, herpes zoster o zona, pénfigo vulgar y el impétigo.

Tratamiento. Se eliminará la causa productora de la queilitis, si ha sido posible hallarla. Se utilizan corticoides por vía general y antiinflamatorios, durante varios días. Lo comúnmente fomentaciones tibias y cremas con corticoides. En caso de infección secundaria o cuando la lesión es de etiología infecciosa se utilizarán antibióticos o quimioterápicos correspondientes.

Pronóstico. El proceso se controla en cuestión de días. Hay que eliminar el agente causal buscándolo con toda insistencia para que no haya recidivas. No siempre es fácil su hallazgo.

Queilitis crónicas. Las queilitis crónicas no glandulares pueden ser angulares o no angulares. Las no angulares pueden ser superficiales o profundas (elefantíacas). Las angulares están representadas por la queilitis comisural o perleche.

De las queilitis no angulares estudiaremos únicamente las de tipo superficial, dentro de las que sobresalen en importancia la queilitis exfoliativa (descamativa crónica) y la queilitis abrasiva o erosiva .

De las queilitis angulares estudiaremos la denominada comisural o perleche.

Queilitis exfoliativa. El signo más ostensible es la descamación o exfoliación del labio que es por lo general la única lesión elemental visible. Puede, sin embargo, acompañarse de otras lesiones (edemas, costras, eritema) y de otros tipos - de queilitis crónica (fisurada, erosiva, etc.).

Manifestaciones clínicas. Las queilitis exfoliativas se localizan por lo general en el labio inferior. Como signo característico se observa una descamación superficial del labio. Al querer arrancar la escama que ya está desprendida en parte, se puede producir una ligera hemorragia. El tamaño, la forma y la extensión de las laminillas son muy variables de un caso a otro. Suele si se asocia a fisuras.

En las queilitis exfoliativas de origen solar y carenciales la descamación es lo más ostensible.

En las queilitis exfoliativas de origen mecánico o traumático, el labio está edematoso, rojo, la descamación es parcial. Las lesiones no se ven solamente en la semimucosa, sino también en la mucosa y en la piel, que aparece congestionada y eczematizada. Se observa especialmente en niños con aparatos de ortodoncia o en los que tienen la costumbre de chu---

parse los dedos u otros objetos; también en adolescentes que tienen el hábito de mordiscarse los labios y producir desprendimientos epiteliales.

En las queilitis exfoliativas de origen físico (solar o actínica), la cancerización es posible. La lesión abarca, prácticamente, toda la semimucosa del labio inferior y representa la lesión tipo dentro de las queilitis exfoliativas. Puede acompañarse de queratosis circunscritas localizadas en la semimucosa del labio. La mayoría de los pacientes son hombres de edad, con piel blanca y ojos claros, particularmente si han estado expuestos durante largo tiempo a la luz solar (marineros, campesinos, trabajadores de la construcción, etc.). Frecuentemente se asocia a otros tipos de queilitis (fisurada, erosiva, etc.). Según Grinspan, el 34.4% de los epitelomas espinocelulares de labio se instalaron sobre una queilitis exfoliativa.

En las queilitis exfoliativas de origen carencial es posible encontrar también queilitis angular y glositis con hipertrofia papilar.

La queilitis exfoliativa infecciosa se acompaña de perleche y de lesiones cutáneas bastante características: fisuras del surco retróauricular cubiertas, a veces, de costras de aspecto melicérico, caspa abundante, impétigo facial, etc. Las escamas son más fáciles de desprender que las de la queilitis solar, y su color es más amarillento.

Histología. El cuadro microscópico es muy semejante al de una queilitis solar crónica, con el agregado de discretos in

filtrados inflamatorios linfocitarios perivasculares, con es caso edema y focos de espongirosis en el epitelio semimucoso.

Diagnóstico. El diagnóstico de queilitis exfoliativa es sencillo, lo difícil es establecer a veces su causa.

El liquen plano, el lupus eritematoso crónico y la psoriasis, pueden presentar aspectos clínicos casi idénticos a los de la queilitis exfoliativa, pero esos procesos tienen una histología característica y algunos detalles objetivos de valor para el diagnóstico.

Tratamiento. Lo primero y más importante es tratar de determinar la causa que produjo la queilitis para proceder a su eliminación. Las cremas con corticoides y las infiltraciones con la misma medicación practicadas una vez por semana suelen ser útiles como medicaciones locales para aliviar al paciente.

La radioterapia superficial o el radium en casos rebeldes -- pueden dar resultados buenos, pero debe recurrirse a ellos excepcionalmente y sólo cuando haya fracasado el tratamiento medicamentoso. Cuando existen antecedentes de transformaciones epiteliomatosas anteriores y la queilitis recidiva, debe efectuarse la extirpación de la semimucosa.

Pronóstico. Algunos casos pueden ser de difícil curación definitiva con tratamientos médicos. En las solares, que son las menos fáciles de erradicar definitivamente, si no se quiere utilizar métodos quirúrgicos es preciso mantener constante vigilancia por si se produjera transformación carcinomatosa.

Queilitis abrasiva o erosiva. Es una erosión de la semimucosa localizada casi exclusivamente en el labio inferior sin llegar a la comisura del mismo. Su forma es frecuentemente ovalada, de curca de 1 cm. de diámetro, no infiltrada, poco o nada inflamatoria, siendo su color rojo brillante.

El piso de la lesión con frecuencia se eleva sobre el nivel de la mucosa. El dolor espontáneo es escaso. Se acompaña a veces de queilitis exfoliativa. El proceso se ve casi exclusivamente en hombres, y su aparición oscila entre los 50 y 60 años de edad.

Histología. El epitelio semimucoso es invadido por una exocitosis terebrante de polinucleares neutrófilos que disgrega las células del cuerpo mucoso de Malpighi hasta desintegrarlo y determinar la formación de erosiones recubiertas por exudados fibrinoleucocitarios. En la periferia, el epitelio semimucoso presenta paraqueratosis, con muy discreta exocitosis de polinucleares neutrófilos.

En el corion superior hay infiltrados difusos, constituidos por plasmocitos, linfocitos, histiocitos y escasos mastocitos. Vasos dilatados con endotelios tumefactos. En las lesiones en fase de reparación, el epitelio periférico puede volverse discretamente acantósico y sus crestas interpilares hipertróficadas mostrar signos de atipicidad neoplásica maligna en su células, con caracteres de un carcinoma in situ.

Etiopatogenia. La queilitis abrasiva se debe fundamentalmente al mal estado higiénico bucal. Puede ser una manifestación bucal de alteraciones generales.

Diagnóstico. Es sencillo. La diferenciación fundamental clínica es con el epiteloma infiltrante incipiente. El estudio histopatológico permite el diagnóstico de certeza. El diagnóstico diferencial deberá hacerse con leucoplasias erosivas, candidiasis, el liquen rojo plano erosivo, chancro sifilítico, pénfigo vulgar, aftas y el eritema polimorfo.

Tratamiento. Eliminar las causas que puedan haber originado la queilitis. Tratar los focos sépticos bucales y el paciente debe abstenerse de fumar. Colocar sobre el labio una pomada boricada o con corticoides. Puede infiltrarse la base de la lesión con estos últimos.

Nunca dejar de hacer biopsia. El lugar en que debe practicarse será aquél que demuestre infiltración o induración clínica ya que ella puede ser el signo inicial de la transformación epiteliomatosa.

Si se producen recidivas se procede a la extirpación de la lesión o aún de la semimucosa. Si hay transformación maligna se trata a la queilitis como a un epiteloma.

Queilitis comisural (perleche). La queilitis comisural constituye uno de los procesos estomatológicos más frecuentes.

El proceso es prácticamente inflamatorio, por lo que no se justifica el nombre de "queilosis" con que también ha sido designado, ya que el sufijo "osis" significa histopatológicamente degeneración (distrofia).

Etiología. En el estudio de los factores etiológicos se ha comprobado lo siguiente: a) Cuando existe disminución de la

dimensión vertical subnasal-submentoniana, es factor frecuente de queilitis y con menor frecuencia en las alteraciones de la oclusión por prognatismo, atrición dentaria de distintas causas, y falta o malposición de piezas dentarias; b) las prótesis favorecen la aparición del proceso; c) la disminución en la dimensión vertical; d) la *Candida Albicans* es frecuente en esta afección; e) se discute si la hipovitaminosis B es factor productor de "perleche"; f) la acción microbiana (estreptococos básicamente) en el perleche, se ve principalmente en niños desnutridos y quizá sea el terreno que favorece fundamentalmente la infección; y g) otras etiologías como el escurrimiento salival y la vejez son de menor importancia.

Muchas veces las causas se combinan y habrá que tenerlas en cuenta en el tratamiento.

Manifestaciones clínicas. Las manifestaciones clínicas varían según el agente etiológico. Un hecho muy común es que los pacientes se laman y pasan la lengua continuamente sobre la lesión.

A nivel de las comisuras labiales se observa un proceso inflamatorio que posteriormente se fisura. De allí la lesión se extiende hacia la piel. En caso de candidiasis, la mucosa vecina al ángulo resulta poco atacada. La fisura comisural es blanquecina, como macerada, rodeada de eritema, recubierta por una suave capa cremosa, que desaparece al frotarla con una gaza. A veces se observan fisuras perpendiculares a las comisurales.

En los diabéticos es mayor la incidencia, quizá por favorecer dicha alteración metabólica el desarrollo de Candida Albicans.

Iguales caracteres clínicos se observan con frecuencia en la queilitis por disminución de la dimensión vertical y es común que se infecte por Candida o por diversos gérmenes. En los casos puros de dimensión vertical disminuida, pero sin infección, el surco es ancho y de color rojizo.

En las queilitis que acompañan a síndromes carenciales y a hipovitaminosis B, la comisura se presenta pálida y brillante, después el aspecto es de una pseudoerusión, de superficie violácea. Aparecen fisuras y algunas costras que, al desprenderlas, no producen hemorragia. Se acompaña de lengua despilada violácea, fisurada, dolorosa y otros síntomas y signos de orden general.

La queilitis estreptocócica (microbiana) se ve principalmente en niños. La comisura está cubierta de escamas y/o costras. La lesión parece más cutánea que mucosa. Hay dolor al hablar, comer, etc. porque se abre la grieta o fisura que se halla en el fondo de la lesión. La asociación con otras lesiones piodérmicas facilita el diagnóstico. Puede palparse un pequeño aumento de los ganglios linfáticos suprahioides.

La queilitis angular por escurrimiento salival muestra una comisura brillante, inflamada, edematosa, y constantemente húmeda, con eczema microbiano agregado, en la piel vecina.

Hay casos mixtos y otros en los que no se puede determinar clínicamente el factor causal de la queilitis angular.

Histología. En la queilitis angular estrepto-estafilocócica la epidermis aparece cubierta por escamocostras fibrino leucocitarias, secundarias a la existencia de ampollas subcórneas constituidas por polinucleares neutrófilos. El cuerpo mucoso puede estar invadido por una leucocitosis con polinucleares neutrófilos con exocerosis. Dermis superficial edematosa, con infiltrados inflamatorios laxos constituidos por linfocitos y polinucleares neutrófilos. Vasos papilares y del plexo subpapilar dilatados, congestivos.

En las formas candidáicas la superficie es irregular, vegetante, por la hipertrofia de papilas conectivas del corion. El epitelio mucoso muestra paraqueratosis y acantosis de crestas interpapilares. Discreta espongiosis difusa. En la capa córnea, pequeñas colecciones de polinucleares neutrófilos. En el corion infiltrados inflamatorios predominantemente plasmocitarios. Papilas edematosas, con capilares congestivos.

Diagnóstico. Es importante determinar el origen de la queilitis angular o perleche. Hay que pensar en las causas que más frecuentemente la originan. El diagnóstico diferencial más importante del perleche y de mayor cuidado es con la sífilis secundaria.

Tratamiento. Está condicionado a la causa o causas determinantes. Cuando hay Cándida usar Nistatina local, o pincelaciones con azul de metileno o fucsina básica al 1% en solu-

ción hidroalcohólica (en partes iguales). Las dentaduras postizas deben sacarse de noche y colocarse en solución de Nistatina, o también hipoclorito de sodio en solución al 2%.

Si hay picococos, aplicar en la comisura labial, cremas con antibióticos (neomicina, terramicina, cloranfenicol, etc.) asociadas a corticoides.

Pronóstico. A veces no es fácil la curación de la queilitis - comisural, salvo cuando la causa es bien clara. Si bien la lesión es benigna su persistencia puede provocar molestias subjetivas que llegan hasta estados de neurrosis.

Dermatitis Perioral o Peribucal^{27/}

Mihan y Ayres (1964) denominaron dermatitis perioral a un proceso de frecuencia importante. En nuestro país, según estadísticas del Centro Dermatológico Pascua, únicamente en diciembre de 1984 se atendieron 14 pacientes de primera vez y se dieron 23 consultas subsiguientes. De los 14 pacientes de primera vez, 12 fueron mujeres y 2 varones (véase cuadro 12). Y pese a que las edades fueron muy variadas, este proceso se observa especialmente en mujeres jóvenes, localizado alrededor del orificio bucal.

La lesión elemental es una pápula que, formando grupos, se instala sobre una base eritematosa. Subjetivamente da ardor, sensación de quemaduras. Difiere del acné, rosácea, lucitis, eczema seborreico y dermatitis por contacto. Es además resistente a los tratamientos corrientes y se desconoce su causa.

27/ Ibid. págs. 1678-1688.

Manifestaciones Clínicas. Su localización es especialmente mentoniana en casi todos los casos; le siguen los surcos nasolabiales, que se ven también afectados en muchas ocasiones, y la cara cutánea del labio inferior. El labio superior y la nariz son sitios de más rara ubicación. No se ve en mejillas ni frente.

La lesión elemental es una pápula hemisférica firme, rosada, no mayor de 2 mm de diámetro, en cuyo centro aparece una vesícula o pústula. El número de elementos es apreciable y se hallan agrupados irregularmente. Asientan sobre una base eritematosa difusa. Existe leve descamación. No hay prurito verdadero, sino sensación de quemazón y ardor. Al involucionar las pápulas dejan como secuela una mancha eritematosa y algo de pigmentación.

Frumess y Lewis describen tres etapas: inicialmente las pápulas son rojas, algunas de ellas pustulosas; y a los pocos días, las pápulas se aplanan y sólo se destaca el eritema y la descamación. Finalmente queda el eritema en el sitio de las primitivas pápulas.

Es frecuente que la dermatitis perioral se asocie a seborrea del cuero cabelludo.

Las alteraciones menstruales son corrientes en las enfermas. Se trata muchas veces de mujeres neuróticas, cuya dermatosis contribuye a empeorar su estado psíquico, estableciéndose así un círculo vicioso. Por lo contrario, otras veces el proceso condiciona la neurosis.

La colitis espasmódica suele coincidir en forma llamativa. La dermatitis perioral se presenta por brotes caprichosos en su aparición y persistencia, que duran de 2 a 3 semanas. Estos brotes se producen por meses y a veces durante años. Después el proceso desaparece espontáneamente y entonces se atribuye su curación a la última medicación dada al paciente.

Histología. Son fundamentales para el diagnóstico los infiltrados del corion, tanto perivasculares como perifoliculares, con algo de agresión a la vaina externa del folículo pilosebáceo.

El infiltrado está constituido especialmente por escasos linfocitos y polinucleares, histiocitos, células epitelioides y raras eosinófilos. El corion papilar aparece edematoso y los vasos ligeramente dilatados. La dermis reticular es normal y la hipodermis no presenta alteraciones. Los anexos pilosebáceos están hipotróficos o normales. Los glomérulos sudoríparos no se alteran.

Diagnóstico diferencial. Se plantea con el acné, la rosácea, la lucitis, la dermatitis seborreica, los contactos por cosméticos y la dermatosis pigmentaria peribucal de Brocq.

Etiopatogenia. Aún no está debidamente aclarado el origen de la dermatitis perioral, ya que las causas posibles, aludidas por algunos autores, no han podido ser comprobados por otros. Sin embargo, podemos mencionar el factor lumínico, alergias a cosméticos, corticoides, anticonceptivos, *Candida Albicans* y alto índice de ácido úrico.

Tratamiento. De la misma manera que se ha señalado en la etiopatogenia, la terapéutica aconsejada por algunos autores es desestimada por otros.

Entre las medicaciones más aceptadas para el tratamiento del proceso figuran las tetraciclinas por vía sistémica, con antifúngicos locales en caso de comprobar candidiasis, y con la combinación de antibióticos y corticoides locales en otros casos.

Pronóstico. Aunque la lesión es benigna, el pronóstico no es bueno por las dificultades en su control con las terapéuticas conocidas y por sus frecuentes recidivas.

6. Tumores de la Mucosa Bucal.

El estudio de los tumores de la cavidad bucal por el cirujano dentista debe constituir una parte esencial de su acervo cognoscitivo para que pueda diagnosticar y tratar este tipo de lesiones, o bien remitir a sus pacientes al terapeuta adecuado. Si bien los tumores constituyen sólo una pequeña - minoría de los estados patológicos observados por el odontólogo, son de gran importancia porque tienen la capacidad potencial de amenazar la salud y la longevidad del paciente.^{28/}

Definido con simpleza, un tumor es tan sólo una hinchazón - del tejido. Sin embargo, un tumor puede ser el estímulo que origine o de lugar a las condiciones para el nacimiento de un proceso neoplásico, esto es, de una neoformación independiente e incoordinada de tejido que es potencialmente capaz de proliferar ilimitadamente, y que no cede una vez eliminado el estímulo que produjo la lesión. De aquí nacen los conceptos de tumores benignos y malignos. Los primeros no implican un proceso neoplásico, los segundos sí.

En general, los tumores pueden ser de origen epitelial, conectivo, muscular y nervioso. Cierran el cuadro los tumores metastáticos de los maxilares, los tumores benignos y malignos de las glándulas salivales y los quistes y tumores de origen odontógeno.

Dentro de los casos de tumores en pacientes de primera vez identificados en el Centro Dermatológico Escua únicamente

^{28/} Shafer, William G. Op. Cit. Capít. 2 "Tumores benignos y malignos de la cavidad bucal", págs. 82-123. Cfr. -- Burket, capít. 32 "Cáncer bucal", págs. 533-576.

en el mes de diciembre de 1984, se encuentran: tumores benignos, como papiloma, leucoedema, epulis, molusco fibroso y enfermedad de Von Recklinghausen; y tumores malignos, como carcinoma espinocelular, meloma, lipoma, xantoma tuberoso, hemangioma, angioma, angiofibroma, fibroma péndulo y mieloma.

1. Tumores Benignos.

Los tumores benignos comprenden diversas lesiones de etiologías varias que no guardan relación con las neoplasias verdaderas, son llamadas tumores únicamente porque se manifiestan como hinchazones. Dentro de las lesiones que analizaremos en este apartado se encuentran únicamente las de origen epitelial, entre las que se encuentran el papiloma y el queratoacantoma.

Papiloma.

Características Clínicas. Es una neoplasia benigna común que se origina en el epitelio superficial, consistente en una proliferación exofítica compuesta de numerosas proyecciones dactiliformes pequeñas que producen una lesión cuya superficie es rugosa, verrugosa o "en coliflor". En la boca, se le encuentra más comunmente en la lengua, labios, mucosa bucal, encía y paladar. La mayoría de los papilomas tienen solamente unos pocos milímetros de diámetro, pero se encuentran lesiones que miden varios milímetros. Estas proliferaciones aparecen a cualquier edad y se observan hasta en niños pequeños.

Características Histológicas. Esta lesión consiste en muchas proyecciones dactiliformes largas y delgadas que se extienden sobre la superficie de la mucosa, cada una está compuesta por una capa continua de epitelio escamoso estratificado y que contiene un núcleo central delgado de tejido conectivo que sostiene los vasos sanguíneos nutritivos. Algunos papilomas presentan hiperqueratosis, aunque probablemente, este hallazgo sea secundario a la localización de las lesiones y a la cantidad de traumatismo o irritación por fricción experimentados. La característica esencial es una proliferación de las células espinosas en estructura papilar; el tejido conectivo es nada más que estroma de sostén y no es considerado como parte del elemento neoplásico. La actividad mitótica de las células epiteliales algunas veces tienen una prevalencia anormal.

Tratamiento y pronóstico. El tratamiento del papiloma consiste en la excisión, incluida la base de la mucosa en la cual se inserta el pedículo. La remoción nunca se hará mediante una incisión que pase a través del pedículo. Si la excisión del tumor es apropiada, la recidiva es rara. La posibilidad de la degeneración maligna del papiloma bucal es remota, aunque siempre hay que mirar con desconfianza la fijación de la base o la induración de los tejidos más profundos.

Queratoacantoma.

Características Clínicas. Esta lesión se asemeja clínica e histológicamente al carcinoma epidermoide; sin embargo es un tumor epitelial benigno de etiología desconocida. Su fre

cuencia es dos veces mayor en varones que en mujeres y, en la mayoría de los casos, se presenta entre los 50 y 70 años. El 90% de estos tumores se localizan en las mejillas, nariz y dorso de las manos; sólo un 8.1% en los labios. Es probable que las lesiones intrabuccales no existan o sean sumamente raras.

Las lesiones son elevadas, umbilicadas o crateriformes, con un núcleo o tapón central hundido. A veces sobrepasa 1.0 a 1.5 cm de diámetro. La lesión suele ser dolorosa y puede haber linfadenopatía regional. La evolución clínica de la lesión es uno de sus aspectos desusados. Comienza como un nódulo pequeño y firme que adquiere su tamaño máximo en un periodo de cuatro a ocho semanas, persiste como una lesión estática por otras cuatro a ocho semanas, luego remite espontáneamente en el siguiente periodo, que abarca de seis a ocho semanas, por expulsión del núcleo de queratina y resorción de la masa. Sin embargo, se han registrado lesiones cuya duración total fue de dos años. La recidiva es rara.

Características Histológicas. La lesión está formada por epitelio escamoso estratificado que prolifera hacia el tejido conectivo subyacente. La superficie está cubierta por una capa engrosada de paraqueratina u ortoqueratina con taponamiento central. Las células epiteliales por lo común no son atípicas, pero ocasionalmente se encuentran características displásicas. En el borde más profundo del tumor, hay islas invasoras de epitelio y con frecuencia no es posible diferenciar esta zona de un carcinoma epidermoide. El tejido conectivo de esta zona presenta infiltrado inflamatorio crónico. Los -

rangos más característicos de estas lesiones se hallan en los márgenes, donde el epitelio adyacente normal se eleva hacia la porción central del cráter; después se produce un cambio abrupto en el epitelio normal a medida que se acerca al epitelio acantótico hiperplásico. Por esta razón, si en la biopsia no se incluye el borde adyacente a la muestra, es imposible hacer el diagnóstico.

Tratamiento. Se trata por excisión quirúrgica, a causa de que no se tiene la seguridad absoluta de su naturaleza por su aspecto clínico. La regresión espontánea no se produce en todos los casos; cuando ocurre, deja cicatriz residual.

ii. Tumores Malignos.

En general, las neoplasias malignas comparten éstas características en común: una intensidad elevada de crecimiento celular, mayor que el de los tejidos normales del cual proviene el cáncer; incapacidad de conservar los límites de tejidos — órganos normales; aspecto microscópico de falta de madurez y tendencia a la difusión a partes distantes del cuerpo. No todos los tumores malignos presentan estas características, pero son típicas de la mayor parte de formas de cáncer.

Los tumores malignos integrados bajo el término de cáncer bucal, constituyen un grupo complejo de enfermedades que se ob-

servan en todas las razas y en todas las edades, no sólo en el hombre, sino en todas las especies animales. La OMS en 1973 identificó en su Clasificación Internacional de Enfermedades Relacionadas con Odontología y Estomatología 57 neoplasias malignas y 88 neoplasias benignas o procesos de aspecto tumoral en la cavidad bucal y faríngea.

Dentro de las lesiones malignas de origen epitelial se encuentra el carcinoma epidermoide o de células escamosas, que es la neoplasia maligna de mayor frecuencia en la cavidad bucal, por lo que es la única que analizaremos, dado su interés para el cirujano dentista.

Carcinoma Epidermoide o Espinocelular.

Es la neoplasia maligna más común de la cavidad bucal. Según Tiecke y Bernier (1954), la lengua presenta la mayor frecuencia con un 52%, le sigue el piso de la boca con un 16%, la mucosa alveolar con un 12%, el paladar con un 11% y la mucosa vestibular con un 9%. En este apartado, únicamente estudiaremos los carcinomas de labio, de lengua, del piso de la boca y el carcinoma gingival.

Etiología. Según Winder y otros investigadores, los factores etiológicos ambientales más comunes a los que se atribuye la formación del cáncer bucal son: 1) tabaco, 2) alcohol, 3) sífilis, 4) deficiencias nutricionales, 5) luz solar (en el caso de cáncer de labio), y 6) factores varios, que incluyen al calor (particularmente el calor de la boquilla de la pipa en el caso de cáncer de labio), traumatismo, sepsis e irritación originada por dientes y prótesis agudas.

Características histológicas. En los carcinomas epidermoides intrabucuales hay considerables variaciones histológicas, aun que por lo general tienden a ser neoplasias moderadamente diferenciadas con ciertas manifestaciones de queratinización. Se producen lesiones altamente anaplásicas, pero son raras; estas lesiones tienden a dar metástasis temprano y en gran extensión, y causan la muerte con rapidez.

El carcinoma epidermoide bien diferenciado se compone de capas y nidos de células cuyo origen obvio es el epitelio escamoso. Estas células suelen ser grandes y presentan una membrana celular definida, aunque con frecuencia es imposible observar puentes intercelulares o tonofilamentos. Los núcleos de las células neoplásicas son grandes y tienen gran variabilidad en la intensidad de la reacción tintorial. Los núcleos que se tiñen intensamente con hematoxilina se denominan hiper cromáticos. En las lesiones bien diferenciadas se pueden encontrar figuras mitóticas, pero no suelen ser muy abundantes. Muchas de estas figuras mitóticas son atípicas, aunque esto sólo es evidente para el histopatólogo experimentado. Una de las características más sobresalientes del carcinoma epidermoide bien diferenciado es la presencia de queratinización celular individual y la formación de numerosas perlas epiteliales, o de queratina, de diversos tamaños. En una lesión típica, se observan grupos de estas células malignas que invaden activamente el tejido conectivo, algunas veces de manera caprichosa.

El carcinoma epidermoide menos diferenciado pierde ciertas características, de manera que su semejanza con el epitelio

escamoso es menos pronunciada. Puede estar alterada la forma característica de las células, así como la típica disposición de una respecto a la otra. El ritmo de crecimiento de las células individuales es más rápido, y esto se refleja en la mayor cantidad de figuras mitóticas, aún la mayor variación de tamaño, forma y reacción tintorial y el incumplimiento de la función de una célula escamosa diferenciada: la formación de queratina.

El carcinoma mal diferenciado conserva poca semejanza con sus células originales y suele presentar dificultades diagnósticas debido al aspecto primitivo e inespecífico de las células malignas de división rápida. Estas células presentan aún mayor falta de cohesividad y son sumamente caprichosas.

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

Graduación Clínica del Cáncer Bucal. Como el carcinoma epidermoide presenta diferentes grados de diferenciación, se ideó un sistema de graduación de tumores que determina la extensión de la enfermedad antes de emprender el tratamiento y que tiene como finalidad; 1) selección del tratamiento más adecuado, y 2) comparación valorada de los resultados finales

obtenidos de diferentes fuentes. El sistema de graduación -- aquí utilizado es conocido como sistema TGM (T -tumor primario; G -ganglios linfáticos regionales; M -metástasis a distancia) y en 1967 fue adoptado para su aplicación al carcinoma de la cavidad bucal.

Carcinoma de labio.

Es una enfermedad que se produce principalmente en varones - de edad avanzada. Ataca el labio inferior más comúnmente que el labio superior.

Etiología. Entre los factores etiológicos más comunes destacan el consumo de tabaco, principalmente por fumar en pipa. De menor importancia son la sífilis y la mala higiene bucal.

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

El carcinoma de labio suele tardar en hacer metástasis, y --

puede producirse una lesión voluminosa antes que haya manifestaciones de la afección de los ganglios linfáticos regionales. Sin embargo, algunas lesiones, en particular las anaplásicas, hacen metástasis más temprano. Cuando se produce la metástasis, suele ser ipsolateral y ataca los ganglios submentonianos o submaxilares. Puede haber metástasis contralateral, especialmente si la lesión está cerca de la línea media del labio, donde hay drenaje cruzado de los vasos linfáticos.

Características Histológicas. La mayoría de los carcinomas de labio son lesiones bien diferenciadas; por lo general, clasificadas como de grado I. Este tipo de cáncer tiende a hacer metástasis en las fases tardías de la evolución.

Más raramente es posible encontrar carcinoma foveocelular, que es una variante histológica interesante del carcinoma epidermoide; y carcinoma espinocelular adenoide, que es un tumor interesante de la piel que también se produce con considerable frecuencia en los labios. Ambos guardan algunas diferencias con el carcinoma de labio típico, principalmente desde el punto de vista histológico.

Tratamiento y pronóstico. El carcinoma de labio ha sido tratado por excisión quirúrgica o con rayos X con éxito aproximadamente igual, según, en cierta medida, la duración y la extensión de la lesión y la presencia de metástasis. Cross reporta un índice total de curación de los pacientes con cáncer de labio tratado por cirugía de un 81%. Widman reporta un índice total de pacientes con el mismo tipo de neoplasia tratados por irradiación con rayos X del 83%.

Entre los principales factores que influyen en el éxito o el fracaso del tratamiento del carcinoma de labio y que deben ser considerados por el terapeuta al planificar su enfoque del problema neoplásico, se encuentran el tamaño de la lesión, su duración, presencia de ganglios linfáticos metastáticos, o su ausencia y el grado histológico de la lesión.

Carcinoma de lengua.

Comprende entre el 25 y 50% de todos los cánceres intrabucales, con mayor frecuencia en varones que en mujeres. Es esencialmente una enfermedad de los mayores, pero puede producirse en personas relativamente jóvenes.

Etiología. Difícilmente pueden establecerse los factores etiológicos. Sin embargo, hay una definida relación entre el cáncer de lengua y algunos trastornos, como la sífilis y la leucoplasia. También son importantes la mala higiene bucal, traumatismo crónico y el consumo de alcohol y tabaco, aunque son tan prevalentes que casi impiden la posibilidad de sacar conclusiones sobre una posible relación de causa y efecto.

Características Clínicas. El signo más común del carcinoma de lengua es una masa o una úlcera indolora, aunque en algunos pacientes la lesión se hace finalmente dolorosa, especialmente cuando se infecta en forma secundaria. El tumor comienza como una úlcera indurada en la superficie, con bordes levemente elevados y evoluciona hasta convertirse en una masa fungosa exofítica o se infiltra en las capas profundas de la lengua, produciendo fijación e induración sin grandes alteraciones superficiales.

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

La metástasis se produce con mayor frecuencia en casos de cáncer de lengua. Según Gibbel, en 302 pacientes analizados, las metástasis cervicales de las lesiones de lengua estaban presentes en el 69% en el momento de la admisión al hospital. Las lesiones metastáticas son ipsolaterales, bilaterales o debido al drenaje linfático cruzado, contralaterales respecto de la lesión de la lengua.

Tratamiento y pronóstico. Su tratamiento es difícil, no es posible hacer afirmaciones específicas sobre la eficacia de la cirugía comparada con la irradiación de rayos X, aunque la combinación acertada de ambas brindarán mayores beneficios al paciente. Muchos radioterapeutas prefieren el uso de agujas de radio o perlas de radón a los rayos X porque les permiten limitar la irradiación del tumor, cuidando el tejido normal adyacente. Los nódulos metastáticos son factores altamente complicantes, pero es inútil tratarlos sin controlar primero la lesión primaria.

El pronóstico del cáncer de lengua no es bueno. El factor más importante que afecta el pronóstico de estos pacientes es la presencia de metástasis cervical, o su ausencia. Según Gibbel, el índice de sobrevivencia cuando no ha habido metástasis es de un 81%, 43% cuando no había metástasis en el momento de la admisión al hospital y de sólo el 4% cuando las metástasis existían en el momento de la admisión o aparecían después de la admisión. De este modo, es obvia la necesidad del diagnóstico temprano y la función del odontólogo en el reconocimiento de la lesión cancerosa es, por supuesto, de importancia relevante.

Carcinoma del piso de la boca.

Constituye alrededor del 15% de todos los casos de cáncer intrabucal. Es más frecuente en los varones, en edad promedio de 57 años según Tiecke y Bernier, y de 67 según Ash y Millar. Sus factores etiológicos pueden ser el fumar pipa o cigarro, la mala higiene bucal y la irritación dental, aunque las evidencias no son muy claras. En esta localización se produce leucoplasia y hay ciertos datos para pensar que la displasia epitelial y la transformación maligna de la leucoplasia ocurre aquí con mayor frecuencia que en otros sitios de la boca.

Características Clínicas. Es una úlcera indurada de tamaño variable, situada a un lado de la línea media. Puede ser dolorosa o no. Esta neoplasia es, por lo común, más frecuente en la porción anterior del piso de la boca en la zona posterior. Debido a esta localización, la extensión temprana hacia la mucosa lingual de la mandíbula propiamente dicha, al igual que hacia

la lengua, se produce con apreciable frecuencia. El carcinoma del piso de la boca puede invadir los tejidos más profundos e incluso extenderse hacia las glándulas submaxilares y sublinguales. La cercanía de este tumor a la lengua, que produce cierta limitación del movimiento de ese órgano, suele inducir un peculiar engrosamiento o embotamiento de la voz.

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

Tratamiento y pronóstico. Su tratamiento es difícil y frecuentemente infructuoso. Las lesiones grandes, debido a la anatomía de la región, no suelen constituir un problema quirúrgico. Incluso los tumores pequeños tienen propensión a recidivar después de la excisión quirúrgica. Por ello, la irradiación con rayos X y el uso de radio suelen brindar resultados mucho mejores que la cirugía. El problema se complica, empero, si concomitantemente está atacada la mandíbula.

El pronóstico es regular. La sobrevida de cinco años con cáncer en esta zona es del 43% según Ash y Millar, y de 21% según Martin y Sugarbaker.

Carcinoma gingival.

Constituye un grupo sumamente importante de neoplasias. La similitud de las lesiones cancerosas incipientes de la encía con infecciones dentales comunes ha llevado a la demora del

diagnóstico o incluso el diagnóstico equivocado. Por lo tanto se retrasa la iniciación del tratamiento y el pronóstico final del tratamiento es peor. Aproximadamente entre el 10 y el 12% de todos los tumores malignos de la cavidad bucal se originan en la encía. Su frecuencia es también mayor en hombres, en una edad promedio de 61 años.

Etiología. Los factores etiológicos tampoco son bien conocidos. La sífilis y el consumo del tabaco no son tan importantes como en el caso del carcinoma de lengua. Y la encía es ya de por sí sitio de constante irritación crónica o inflamación por lo que se puede especular sobre el posible papel de la irritación crónica en la formación del cáncer gingival.

Características Clínicas. Se manifiesta como una zona ulcerada que puede ser una zona puramente erosiva o, si no, una proliferación exofítica, granular o verrucosa. A menudo se observa como una neoplasia no maligna, dolorosa o no. El tumor aparece más frecuentemente en zonas desdentadas, aunque también lo hace en sectores donde hay dientes. La encía fija suele presentar lesiones primarias más a menudo que la encía libre.

La cercanía del periostio y del hueso subyacentes invita a la invasión temprana de estas estructuras. Aunque muchos casos sufren la invasión y la infiltración irregular del hueso, a veces se observa una erosión superficial que nace aparentemente como un fenómeno de presión. En el maxilar superior, el carcinoma gingival va hacia el seno maxilar o se extiende hacia el paladar o hacia los pilares amigdalinos. En la mandíbula, la extensión hacia el piso de la boca o, en sentido

lateral, hacia los carrillos (mejillas) así como hacia el hueso es bastante común. A veces, en las fases tardías, se producen fracturas patológicas.

Las metástasis son una secuela común del carcinoma gingival: más frecuente la del maxilar superior que la del inferior. En el 50% de los casos se producen las metástasis en los ganglios submaxilares o los cervicales, independientemente de si la lesión era de uno u otro maxilar.

Tratamiento y pronóstico. La utilización de rayos X lesiona el hueso, por lo que en general, el tratamiento del carcinoma en este sitio se lleva a cabo por la cirugía.

El pronóstico del cáncer gingival es regular. Según Martin, el 25% de los pacientes tratados vivía y no tenía la enfermedad cinco años después de realizado el tratamiento. Sin embargo, en los pacientes que habían tenido metástasis en los ganglios linfáticos en el momento de la admisión en el hospital no se registra sobrevida. Esto nuevamente ilustra la imperiosa necesidad del diagnóstico temprano de estas neoplasias.

Bibliografía.

- Burket, Dr. Lester W. (et. al.). Medicina Bucal, 3a. ed. en español de la 7a. ed. en inglés, Nueva Editorial Interamericana, México, 1960. cap. 5 "Lesiones ulcerosas, vesiculares y ampollosas", cap. 6 "Lesiones blancas", cap. 9 "Tumores benignos de la cavidad bucal", cap. 26 "Enfermedades granulomatosas y otras infecciones", cap. 32 "Cáncer bucal", cap. 34 "Metodos de Laboratorio".
- Grinspan, David. (et. al.). Enfermedades de la Boca, 4 Tomos, Buenos Aires, 1970, Tomo II: Cap. XVIII "Lesiones físicas de la mucosa bucal", cap. XIX "Lesiones químicas de la mucosa bucal", cap. XXI "Enfermedades por virus y rickettsias", cap. XXIII "Sífilis o lues", - cap. XXVII "Micosis superficiales y profundas de la boca", cap. XXX "Enfermedades adquiridas de localización preferentemente cutaneomucosa", cap. XXXI "Enfermedades propias de las mucosas". Tomo III: Cap. - XXXII "Enfermedades propias de la mucosa y semimucosa bucal".
- Jawetz, Ernest. (et. al.). Manual de Microbiología Médica, - 6a. ed., Ed. El Manual Moderno, México, 1975.

Shafer, Dr. William. (et. al.). Tratado de Patología Bucal, -
3a. ed., Nueva Editorial Interamericana, México, 1977.
Cap. 2 "Tumores benignos y malignos de la cavidad bu-
cal", cap. 6 "Infecciones bacterianas, virales y micó-
ticas", cap. 10 "Traumatismos físicos y químicos de -
cavidad bucal", cap. 16 "Enfermedades de la piel".

III. INCIDENCIA EN MEXICO DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES DE LA MUCOSA BUCAL O EN VINCULACION CON ELLA DE INTERES PARA EL CIRUJANO DENTISTA.

A. Análisis Estadístico.

1. Metodología.

Implica casi siempre un arduo trabajo el descender de la generalidad a los niveles más bajos de abstracción. En el caso que nos ocupa no resulta fácil hacer un estudio detallado de las enfermedades más comunes de carácter estomatológico que aquejan a la población. Inclusive el reunir la información correspondiente de los organismos públicos y privados es muy poco factible. Unicamente el Hospital General publica un Anuario Estadístico desde 1980, y su experiencia como proveedor de información es casi inexistente, de modo que no se da el descenso a niveles más bajos de abstracción, quedando tal publicación en el marco de la generalidad. De esta manera, no nos quedó otro camino que el de tener acceso a los archivos de alguna institución. La institución que nos abrió sus puertas fue el Centro Dermatológico "Dr. Ludislaw de la Paaua", dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA).

Es por esta razón que la información que aquí analizamos corresponde únicamente al mes de diciembre de 1984. Tres factores impidieron que la información procesada abarcara todo el año: 1. El tiempo que representa la recuperación de la información (únicamente para recuperar la informa--

ción del mes de diciembre se invirtieron 5 semanas trabajando 5 horas diarias); 2. La monumentalidad de la información estadística contenida en el Archivo de Informes diarios de Consulta; y 3. El objetivo del presente trabajo de establecer tan solo una primera aproximación al estudio de las manifestaciones estomatológicas de enfermedades dermatológicas. Esta última razón fue la que más pesó en la decisión de analizar únicamente la información correspondiente al mes de diciembre, lo que no impidió que se alcanzaran los objetivos planteados inicialmente. La información estadística procesada permitió desarrollar una primera aproximación al estudio de las principales enfermedades de la mucosa bucal o en vinculación con ella que son de interés para el cirujano dentista.

Los criterios que se utilizaron para la recuperación de la información contenida en el Archivo de Informes Diarios de Consulta del Centro Dermatológico Pascua y vaciada en los cuadros 10 al 17 del Anexo Estadístico, y que se analiza a lo largo de este capítulo III, son los siguientes:

1. No se consideraron las enfermedades que poca o ninguna relación tienen con la mucosa bucal como son acné, dermatitis del área del pañal, etc., aunque su frecuencia es muy alta en la consulta diaria del Centro Dermatológico Pascua.
2. No se consideraron las enfermedades diagnosticadas que no estaban correctamente especificadas, ni tampoco las correspondientes a áreas de Psiquiatría, Oftalmología y Odontología.

3. La estructura por grupos de edad y sexo según enfermedad diagnosticada, únicamente se desglosó para el caso de los pacientes de primera vez.
4. Una vez terminado el listado se eliminaron las enfermedades que poco o nada tenían que ver con la mucosa bucal. El primer listado aproximativo (cuadro 14) se volvió a cotejar con los criterios de diversos especialistas como Grinanan, Shafer y Burket, a partir de lo cual se obtuvo el listado de enfermedades más importantes que inciden en la mucosa bucal y que son de interés para el cirujano dentista (cuadro 23). -- Las enfermedades de este último listado son las que se analizaron en el capítulo II de este trabajo de tesis.

En este capítulo III no solamente analizamos las evidencias estadísticas, también hacemos un estudio somero sobre la importancia de la práctica odontológica y presentamos algunas características importantes sobre la naturaleza de la atención médica que se proporciona a los afectados por este tipo de enfermedades en el Centro Dermatológico Pascua y sobre el papel del cirujano dentista en la detección, diagnóstico y tratamiento de las mismas. Este último fue el resultado del cuestionario que se aplicó al personal médico de la institución.

2. El Proceso Salud- Enfermedad.

La salud es un concepto difícil de definir y por lo tanto de cuantificar. La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud ha señalado que la salud "es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; es un derecho fundamental y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social importantísimo en todo el mundo" (OMS/UNICEF, 1978)^{29/}.

A la anterior definición hay que agregar que la salud es un fenómeno social e históricamente determinado. Para su evaluación o cuantificación hay que considerar que en el hombre no es posible establecer estados físicos o situaciones estáticas, puesto que es un ser dinámico, social, biológica y psicológicamente. Esta situación dinámica es la que hace necesario conceptualizar la salud-enfermedad como un proceso.

El proceso salud-enfermedad es un continuum que se manifiesta simultáneamente como la unidad de dos contrarios, en el sentido de que un aspecto; o elemento no puede existir sin el otro.

29/ CONAFAMA. Necesidades esenciales en México: Situación actual y perspectivas al año 2000, vol. 4 "Salud", Ed. Siglo XXI, México, 1982. pág. 19.

El ser humano no vive aislado, vive en sociedades específicas donde se dan relaciones sociales, de producción y estilos de vida concretos que determinan, en buena medida, su salud-enfermedad. La conceptualización del proceso salud-enfermedad debe, por tanto, incluir sus elementos determinantes no solo individual sino también socialmente. Es un proceso biológico-social, históricamente determinado, que se caracteriza por ser dinámico, complejo y dialéctico.

El proceso salud-enfermedad tiene dos determinantes históricas fundamentales: el dominio que la sociedad haya alcanzado sobre la naturaleza y el tipo de relaciones sociales que se establezcan entre sus miembros, esto es, el grado de igualdad en la distribución de los beneficios -- que de ello deriven. Ambos determinantes explican las condiciones materiales de vida de los diferentes grupos sociales las que, a su vez, son el factor fundamental de la incidencia de la enfermedad y la muerte. Entre los aspectos sobresalientes de las condiciones materiales y culturales de vida están: la alimentación, la vivienda, la educación y las condiciones de trabajo e higiene ambiental.

En México, los actuales niveles de salud son producto de los dos determinantes históricos antes mencionadas del -- proceso salud-enfermedad. Por esta misma razón, los niveles de salud son diferentes entre el medio urbano y el rural (Véase cuadro 1).

Allí donde las intervenciones médicas individuales se di-

rigen a una patogénesis específica, las acciones sociales y ambientales tienen un impacto generalizado. Así por --- ejemplo, si una comunidad dispone de agua potable y educación para la salud, dicha población estará protegida de --- tifoidea y paratifoidea, poliomielitis, hepatitis, shigelosis, embiasis, etc. Si la alimentación es suficiente y balanceada se previenen kwashiorkor-marasmo y las enfermedades por carencia de vitaminas y macroelementos: pelagra, escorbuto, xeroftalmia, beriberi, raquitismo, anemia, etc., además de que se reduce la mortalidad por tuberculosis, sarampión, diarrea infecciosa, etc., ya que la desnutrición disminuye la resistencia a las infecciones. Y las infecciones de todo tipo afectan el estado nutricional. -- En una población desnutrida se encuentran elevadas tasas de morbilidad y mortalidad a causa del sinergismo de la --- desnutrición y la infección, ya que cada una exacerba a --- la otra^{30/}.

Las elevadas proporciones de la población nacional que no satisface las necesidades esenciales de alimentación, vivienda y educación y que no tiene acceso a los servicios de salud, provocan las altas tasas de mortalidad prevalentes en el país. Esto explica que, de acuerdo a las experiencias de países que han satisfecho las necesidades --- esenciales de su población y ofrecen un acceso universal y oportuno a los servicios de salud, el 43% de las muertes ocurridas en México en 1974 resultaran muertes evitables (véase cuadro 2).

30/Ibid. pág. 25

Además de la insatisfacción de las necesidades esenciales, destaca como causa de este exceso de muertes la inadecuada respuesta social al proceso salud-enfermedad. En términos generales, los servicios de salud en México siguen un modelo urbano, hospitalario, que exagera el papel del médico y los fármacos, se apoya en recursos de diagnóstico y de terapéutica importados y caros, y deja en segundo término -- los servicios públicos, esto es, la salud pública. Estos -- servicios no son congruentes con las necesidades de salud de la mayoría de la población. Además, no tienen capacidad ni están organizados para atender a toda la población --- (véase cuadro 1). Las instituciones de seguridad social, -- IMSS, ISSSTE y otras, tenían en 1978, de acuerdo con sus recursos disponibles, capacidad para prestar servicios de salud al 24% de la población, y la asistencia social al 19%. De esta forma, el sector público tenía una capacidad de-- cobertura del 43% y las instituciones particulares del 12%, lo que da un total de cobertura del 55% ; el 45% de la población, casi 30 millones de personas, quedaban sin posibilidades de atención médica^{31/}.

3. Mortalidad General.

El grupo de 15-64 años reúne a la población masculina y femenina que se encuentra en la etapa más dinámica de la vida desde el punto de vista productivo y reproductivo. Las tablas de sobrevivencia para 1972 señalan que al momento de iniciar los 15 años, de cada 100 000 nombres nacidos, ---

31/Coplamar. Necesidades esenciales y estructura productiva en México: Lineamientos de Programación para el Proyecto nacional, publicado por Coplamar, México, 1982. pág 24.-

11 150 han muerto en edades previas, sobreviviendo 88 850, y de cada 100 000 mujeres nacidas, 10 020 mueren antes de los 15 años, sobreviviendo 89 980. Al finalizar este periodo, sólo sobreviven 56 686 hombres y 65 174 mujeres. Así, entre los 15 y los 64 años en México mueren el 36.2% de la población masculina y el 27.6% de la población femenina^{32/}.

Dentro de estas altas tasas de mortalidad, las enfermedades que tienen repercusiones en la cavidad oral ocupan un lugar muy importante. Entre estas sobresalen los grupos: "Tuberculosis", "Enteritis y otras enfermedades diarréicas", "Tumores malignos" y "Otras enfermedades bacterianas". Algunas estimaciones nos dicen que los tumores malignos afectan a más de un cuarto de millón de personas en la actualidad^{33/}. De menor importancia son los grupos "Diabetes Mellitus", "Otras enfermedades digestivas", "Anemias y avitaminosis" y "Deficiencias nutricionales".

4. Morbilidad por Enfermedades Transmisibles.

Respecto de las enfermedades transmisibles, únicamente la SSA y el IMSS generan datos comparables. Según estos, en 1978 las dos instituciones registraron un total de 12.1 millones de casos (véanse cuadros 3 y 4). Si cada caso reportado correspondiera a una persona y si se adopta el supuesto de que la población que estas instituciones no tienen capacidad de atender (68.4% de la total), se enferma a la

32/ COPLAMAR. Salud: Necesidades esenciales en México, situación actual y perspectivas al año 2000, siglo XXI, México, octubre de 1982, pág. 91.

33/ Laguna, José. "Los programas de salud en México", en los diez grandes temas de la medicina mexicana, Simposio Sintex, México, abril de 1977.

misma tasa, se podría inferir que en el mismo año existieron en México 38.3 millones de casos y que el 58.2% de la población en 1978 padeció alguna de estas enfermedades transmisibles.

De acuerdo con estos supuestos, el 82% de la población que el IMSS tiene capacidad de atender, sufrió en dicho año algún padecimiento transmisible. Entre estos, las infecciones respiratorias, las infecciones intestinales y las micosis -- ocupan los primeros lugares de importancia^{34/} (véase cuadros 3 y 4).

La fiebre tifoidea resulta importante en su análisis porque a veces presenta brotes epidémicos, como en 1972 cuando se dieron más de 10 000 casos en el Distrito Federal y los estados de Hidalgo, México, Puebla y Tlaxcala^{35/}. En estos casos, la ayuda que puedan proporcionar los cirujanos dentistas será sin duda alguna valiosa, por lo que es urgente que éstos se preparen para prevenir o, si resulta imposible y se encuentran en el lugar del brote, actuar para impedir la discriminación de los daños a la salud.

La prevalencia de las enfermedades transmisibles en México -- tiene su origen en la falta de saneamiento, en los déficit -- de agua potable y vivienda y en la escasa educación higiénica. Hasta ahora no se ha hecho nada por atacar estos problemas y las proyecciones al año 2000 sobre la mortalidad en México no son muy halagadoras (véase cuadro 5). No existe la infraestructura física suficiente de laboratorios de salud pública, de vigilancia epidemiológica, ni de supervisión y control de vivienda, alimentos y centros de reunión como para emprender acciones eficaces y evitar --

^{34/} COPLAMAR. Salud: Necesidades esenciales... p. 105-6.

^{35/} Loc. Cit.

estos daños a la salud. Por esto mismo, toda la ayuda que se pueda aportar es buena. El cirujano dentista puede contribuir con su granito de arena dando una atención que se aproxime cada vez más a lo integral y así darle la consideración al paciente como ser bio-psico-social.

5. Las Estadísticas del Hospital General.

El número de consultas otorgadas por la Unidad de Dermatología del Hospital General se incrementó a una Tasa Media de Crecimiento Anual (TMCA) de 6.8% entre 1981 y 1983, ligeramente mayor a la media del total de consultas que fue de 6.7%. Debido a esto su participación relativa se ha conservado prácticamente sin variación: 4.6% del total de consultas otorgadas (véase cuadro 6).

Esta baja participación obligaría a pensar en una escasa importancia de las enfermedades dermatológicas a nivel general del proceso salud-enfermedad. Sin embargo, esto no es así. La aparente baja participación de las enfermedades dermatológicas obedece a que tan solo los grupos de "consulta externa central" y "pediatría" representaron en conjunto el 48% de las consultas otorgadas por este organismo. Descontando ambos grupos ya podemos tener un cálculo más aproximado de la verdadera y gran importancia de las enfermedades dermatológicas (véase cuadro 6).

Dentro de las causas dermatológicas más importantes en la morbilidad de la consulta externa destacaron los siguientes grupos: "enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo" 27.1%; "enfermedades de las glándulas endocrinas"

nas del metabolismo y trastornos de la inmunidad" 17.7%; "enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares" 18.1%; "otras enfermedades infecciosas y parasitarias y efectos tardíos de las mismas" 12.9%; "Enfermedades infecciosas intestinales 12.4%; finalmente, la tuberculosis representó el 5.4%, y las enfermedades víricas el 4.5% (véase cuadro 7).

Estos datos revelan la gran importancia de las manifestaciones estomatológicas de enfermedades dermatológicas. Si bien el grupo identificado como "enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares" ocupan el segundo lugar del total de causas dermatológicas, no hay que dejar de lado que gran parte de las demás causas también tienen mucho que ver con la cavidad bucal.

Por otro lado, en 1983 un total de 8512 personas sospechosas de cáncer bucal fueron examinadas. De estas, a 2933 se les hicieron pruebas de citología exfoliativa: 2601 resultaron con pruebas negativas, 324 resultaron con pruebas sospechosas y quedaron bajo observación y 14 resultaron con pruebas positivas. Con esto, la detección oportuna del cáncer bucal significó la vida para estas personas. Hay que notar que en 1979 se detectaron 35 casos, 12 en 1980, 23 en 1981 y 9 en 1982 (véase cuadro 8).

Las estadísticas de este organismo no nos permiten establecer una configuración geográfica de las enfermedades dermatológicas. Empero, podemos tener una aproximación pa-

ra el caso general, ya que del total de consultas de primera vez en 1983, el mayor número, fuera del Distrito Federal y -- el Estado de México, correspondió a los estados de Guerrero, Veracruz, Michoacán, Hidalgo, Puebla, Oaxaca y Guanajuato -- (véase cuadro 9).

6. Las Estadísticas del Centro Dermatológico Pascua.

a. Generalidades.

De acuerdo con las estadísticas sobre el número de consultas de primera vez y subsecuentes, el Centro Dermatológico Pascua dio en 1984 un total de 78 867 consultas dermatológicas 2 443 leprológicas y 607 colagenopatológicas^{36/}. Estas tres -- áreas se encuentran íntimamente relacionadas y las tres son de gran importancia para el estudio de la morbimortalidad de la población, empero resalta inmediatamente el área dermatológica.

Es importante señalar el hecho de que del total de consultas dermatológicas, el 56% correspondieron a consultas subsecuentes y el resto a consultas de primera vez (véase cuadro 10).

Según algunas estimaciones de esta misma institución, las -- principales enfermedades transmisibles en 1984 fueron la tibia (63.4%), impétigo (10.1%), herpes zoster (7.0%), lepra -- subcutánea (6.8%), escabiasis (3.2%), molusco contagioso -- (2.3%), herpes simple (1.9%), erisipela (1.3%) y herpes genital (1.2%) (véase cuadro 11).

^{36/} El Centro Dermatológico Pascua también dio en ese año un gran número de consultas en sus especialidades de Psiquiatría, Oftalmología, Trabajo Social y otras.

b. Manifestaciones Estomatológicas de Enfermedades Dermatológicas: Una Aproximación.

De acuerdo con el listado de enfermedades dermatológicas diagnosticadas^{37/} obtenido directamente del Archivo de Informes Diarios de Consulta, las enfermedades que inciden o repercuten en la cavidad bucal son una realidad (véanse cuadros 12, 13 y 14). Entre estas las neurodermatitis y las dermatitis por contacto ocupan los dos primeros lugares y representaron el 10.1% y el 10.0%, respectivamente del total de consultas otorgadas en el mes de diciembre de 1984 (véase cuadro 15). Si bien la información contenida en el Archivo de Informes Diarios de Consulta no especifica si estas enfermedades incidieron o repercutieron en la cavidad bucal, la bibliografía existente sobre Patología Bucal nos orienta al respecto. Tanto las neurodermatitis como las dermatitis por contacto son importantes en el estudio de las enfermedades que nos ocupan.

Además de los dos anteriores grupos de enfermedades, sobresalen también algunas enfermedades que no guardan relación alguna con la mucosa bucal, como son: tiña de los pies (8.2%), dermatitis seborréica (6.8%), prurigo por insectos (4.1%), piel alíptica (2.0%), eczematide (2.0%), tiña del cuerpo (1.1%), nevos de diversos tipos (1.1%) y alopecia (1.0%) (véase cuadro 15). Hay además muchísimas más enfermedades que no tienen ninguna relación con la mucosa bucal (véase cuadros 12 y 13).

^{37/} En la elaboración del listado no se consideraron algunas enfermedades que poca o ninguna relación tienen con la mucosa bucal, como son acné, dermatitis del área del pañal, etc., que sin embargo, tienen una gran frecuencia en la consulta diaria del Centro Dermatológico Pascua. Tampoco se consideraron las enfermedades diagnosticadas que no estaban correctamente especificadas ni las correspondientes a otras áreas de atención como Odontología, Psiquiatría, Oftalmología y otras.

entre las enfermedades que se guardan relación con la mucosa bucal, además de las neurodermatitis y las dermatitis por contacto, sobresalen las verrugas vulgares (8.1%), dermatitis solar (5.5%), Melasma (4.6%), vitíligo (4.3%), psoriasis (3.2%), herpes zoster (2.3%), síndrome urticariano (2.3%), dermatitis microbiana (2.1%), pitiriasis rosada de Gibert (1.6%), imatitio varios tipos (1.4%), queratosis varios tipos (1.3%), epitelomas basocelular (0.9%), eccabiosis (0.9%), dermatitis perioral (0.8%), condiloma varios tipos (0.7%) y líquen rojo plano y estrizado (0.7%) (véase cuadro 10). Hay también muchísimas otras enfermedades que inciden o repercuten en la cavidad bucal, pero -- que no se mencionan aquí por su escasa incidencia (véase cuadros 12 y 13).

El análisis de la incidencia de estas enfermedades por sexo nos dice que el 56% del total de consultas en pacientes de primera vez correspondieron a mujeres, en tanto que el 44% restante correspondieron a pacientes del sexo masculino (véase cuadro 15). Para cada caso, la distribución de consultas por sexo es muy diferente según la naturaleza de las enfermedades. Según la opinión de los médicos encuestados a este respecto "en algunas enfermedades como en el caso de las tinte, las mujeres y los niños acuden al Centro con más frecuencia porque disponen de mayor tiempo, en tanto que los hombres, por motivo de su propio trabajo, se atienden por otros medios"^{38/}. Esto pudo constatare al analizar la información estadística de este -- "Centro". En algunas otras enfermedades la frecuencia es por naturaleza mayor en los hombres, tal es el caso de --
38/ Véase la parte B de este mismo capítulo.

las enfermedades venéreas. Cada uno de los casos es muy particular y pueden darse múltiples variaciones (véase -- cuadro 12).

Los grupos de edad más afectados por este tipo de enfermedades corresponden al de 15-24 años con un 23.2% del total de consultas de primera vez, y al de 25-34 años con un 18.6% (véase cuadro 16).

Si dividimos todos los grupos de edad en solo tres grupos, el resultado es el siguiente: Al grupo de todos los menores de 15 años le correspondió un 33.2%. Al grupo intermedio de entre 15 y 34 años le correspondió el 41.8%. Finalmente, el grupo de 35 años y más le correspondió el restante 25.0% (véase cuadro 16).

Es importante apuntar que, en cuanto a la distribución de consultas de primera vez por entidad federativa de residencia de los pacientes, el 84.2% correspondieron al Distrito Federal, el 10.3% al Estado de México, y el restante 5.5% correspondieron a pacientes que tienen su lugar de residencia en otros estados. De estos últimos sobresalen Guerrero (0.9%), Michoacán (0.8%), Puebla (0.8%) e Hidalgo (0.7%) (véase cuadro 17).

7. Importancia de la Práctica Odontológica.

Había en 1983 un número aproximado de 35 000 cirujanos dentistas. Creemos que este número no se ha incrementado mucho para este año de 1986. Esto significaría que existe un odontólogo por cada 2 107 personas en nuestro país. Sin embargo, esto no es cierto. La verdad es que por lo menos el 85% de los cirujanos dentistas se encuentran concentrados en las grandes ciudades urbanas, quedando desatendida la mayor parte de la población de las grandes áreas rurales. Pose a todo esto, los servicios de asistencia y seguridad social -- por uno u otro medio alcanzan a una buena parte de la población rural. El instrumento para que esto suceda lo constituyen los grandes hospitales populares, centros asistenciales, clínicas de campo, unidades médicas rurales, etc., donde el costo de la atención es prácticamente simbólico. Muchas de estas instituciones cuentan con servicio dental al público.

Según estadísticas publicadas por la Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP), el número de odontólogos que laboraban en los servicios de asistencia y seguridad social aumentó de 2 926 a 3 207 solamente entre los años de 1982 y 1983. En este último año, del total de odontólogos, el 50% correspondían a la S.S.A., el 31% al I.M.S.S. y el resto a otras instituciones (véase cuadro 19). Dada la naturaleza masiva de la atención que estas instituciones otorgan, en 1983 se dieron un total de 9.9 millones de consultas odontológicas externas. De estas, el 52% fueron otorgadas --

por la S.S.A., el 29% por el I.M.S.S. y el resto por otras instituciones (véase cuadro 20).

Por supuesto, la práctica odontológica privada no es de carácter tan masivo como lo es la de asistencia y seguridad social, no obstante la población que cubre es bastante significativa. Esto puede comprobarse echando una ojeada a -- las estadísticas de las grandes cadenas privadas de clínicas dentales como La Prensa, Excelair, Novedades, Santa Rosa, etc., con sucursales en muchos de las ciudades del país; o a las de los consultorios dentales más o menos --- prestigiados que es fácil encontrar a lo largo y a lo ancho de todas las ciudades importantes del país. Sin embargo, hay también una gran cantidad, difícil de precisar, de cirujanos dentistas de escaso prestigio o que no ejercen y se dedican a otra cosa.

En total, ambos polos de la práctica odontológica, atendieron a un poco más de 5 millones de personas en 1983. De estas, una buena parte padecía alguna enfermedad dermatológica o estomatológica, pero el cirujano dentista no les dió la atención adecuada ni les remitió con el especialista indicado. Solo una pequenísima parte de estos profesionales de la salud dan al paciente la categoría de ser biopsico-social y se preocupan de su salud, manteniéndolo en observación e inspección durante todo el tratamiento a fin de detectar alguna otra enfermedad que afecte o ponga en peligro su vida.

B. Algunas Características Importantes de la Patología Bucal en México y el Papel del Cirujano Dentista.

1. Metodología.

El cuestionario elaborado para ser aplicado al personal médico del Centro Dermatológico Pascua consta de catorce preguntas (véase Anexo Informativo). Los objetivos que se esperaban lograr son los siguientes:

- Conocer cuáles son las enfermedades dermatológicas de más frecuente consulta y el grado de dificultad en su diagnóstico.
- La población mayormente afectada según edad, sexo y condición socioeconómica.
- La importancia que se da a las lesiones orales.
- Los métodos de laboratorio más usados en la elaboración del diagnóstico.
- La naturaleza de los tratamientos.
- Las secuelas.
- Los recursos con que cuenta nuestro país para atenderlas.
- El papel del cirujano dentista en la detección, diagnóstico y tratamiento o remisión de los pacientes afectados por este tipo de enfermedades.
- La importancia del tratamiento odontológico en la generación de enfermedades bucales.
- Las experiencias personales que podrían enriquecer el contenido de la investigación, las instituciones u organismos -- donde se podrían conseguir las estadísticas correspondien--

tes y las recomendaciones que pudieren hacer para el mejor desarrollo del presente trabajo de tesis.

La plantilla de personal médico de la institución es muy pequeña (véase Directorio del Centro Dermatológico Pascua en el Anexo Informativo), por lo que en ningún momento este cuestionario se planeó como una encuesta. Quizá pudiera dársele el nombre de "miniencuesta" a esta forma práctica de recuperar información directamente del personal avocado a la atención médica de las personas afectadas por el tipo de enfermedades que constituyen la esencia del presente trabajo de tesis. Además, en aquellos tiempos en que se aplicó el cuestionario ni siquiera esperábamos que las respuestas de los profesionales entrevistados fuesen tan importantes. Mucho tiempo después, cuando la investigación estaba más avanzada, nos dimos cuenta de que la información arrojada por el cuestionario era en grado sumo valiosa y que enriquecía grandemente el estudio de la problemática que existe en torno a las manifestaciones estomatológicas - de enfermedades dermatológicas.

Por otro lado, cuando algún tiempo después se terminó de recuperar la información estadística del Archivo de Informes Diarios de Consulta de la institución, se encontró que los resultados arrojados por el cuestionario eran correctos. Como hubo excelentes aportaciones y las opiniones vertidas conformaban una visión de conjunto de la problemática que representan las enfermedades de la boca en nuestro país, se decidió que el análisis de los resultados se hiciera por separado.

Hay que anotar que dentro de las personas entrevistadas destacan investigadores de brillante trayectoria, como el Dr. Ama-

do Saul, Subdirector de Turno Matutino del Centro Dermatológico Pascua, Director de la Unidad de Dermatología del Hospital General y autor del libro "Lecciones de Dermatología". También podemos mencionar, entre otros, al Dr. Eduardo Castro, - al Dr. Octavio Flores y al Dr. Roberto Arenas, cuyos estudios han sido publicados ampliamente en diversas revistas especializadas en el tema.

2. Resultados.

Según el cuestionario aplicado al personal médico del Centro Dermatológico Pascua, las respuestas coincidieron en afirmar que el papel del cirujano dentista en la detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades dermatológicas con repercusión en mucosa oral es mínimo. La razón de esto es que no son de fácil diagnóstico. Sólo un médico dermatólogo capacitado que tenga experiencia puede hacerlo. Para un cirujano dentista no es fácil si primero no se relaciona con ellas. Por esto, los encuestados respondieron en forma unánime que este profesionista no remite nunca a los pacientes con enfermedades dermatológicas o estomatológicas.

Entre las enfermedades dermatológicas que con más frecuencia se presentan en la población en las distintas épocas del año, los entrevistados mencionaron las siguientes: acné, prurito solar, pitiriasis, pénfigos, infecciones en la piel, tiña, vitiligo, dermatitis por contacto, neurodermatitis, candidiasis y tumores espinocelulares de carácter maligno. Como muy importantes destacaron a las dermatitis causadas por sustancias medicamentosas, las tiñas y la candidiasis.

La encuesta señaló también que cualquier tipo de gente se puede ver afectada por las enfermedades dermatológicas. Sin embargo, la población que más acude al Centro con este tipo de padecimientos es la clase media y media baja, y una proporción importante de los pacientes que sufren de micosis profundas son del medio rural. La población que atiende el organismo citado se compone fundamentalmente de mujeres y niños, pero no se dio ninguna explicación razonable de este fenómeno. Entre los principales factores sociales externos causantes de la alta morbilidad dermatológica se mencionaron la desnutrición, hacinamiento, carencia de agua potable, etc.

Respecto de la Patología Bucal, se asentó que las lesiones orales tienen diferentes grados de importancia. En ocasiones se da primordial importancia cuando las lesiones orales son las únicas o cuando se asocian a una enfermedad importante de la piel, ya que las lesiones en la boca pueden presentarse en forma aislada o acompañarse de una enfermedad cutánea importante. También en ocasiones son las más importantes para el diagnóstico clínico de una enfermedad dermatológica. Se subrayó la necesidad de que el odontólogo tenga conocimientos acerca de estos padecimientos, ya que en general, la población le da poca importancia a la lesión oral o bien cree que ésta desaparecerá rápidamente. Las lesiones orales son muy importantes, al unos médicos del Centro Dermatológico Pascua les dan tanta importancia que las atienden primero antes que cualquier otra cosa. Un caso ilustrado en la encuesta fue el de los pénfigos en los adultos.

Estos empiezan siempre en la boca y puede pasar un período - que varía de tres a seis meses desde su inicio con una pequeña vesícula o ampolla que deja una zona ulcerada, antes de tener manifestaciones en otras partes del cuerpo. Si se dio un tratamiento oportuno se evitaría encontrar pénfigos -- tan severos que llevan incluso a la muerte. En los niños se encuentran con frecuencia epidermólisis bulosas de forma distrofica que evolucionan rápidamente provocando ampollas a nivel de mucosa y alteraciones en los dientes (anodoncia parcial o total). El manejo de estos pacientes es muy difícil, la sensibilidad y fragilidad de su piel es muy grande, por lo que debe tenerse mucho cuidado, sobre todo en tratamientos odontológicos. Otras enfermedades en las que el cirujano dentista debe poner especial cuidado para la atención de sus pacientes son la enfermedad de Durhing-Brocq, sífilis y herpes simple. Se recalcó que por lo regular cada profesional de la salud establece fronteras a sus áreas anatómicas de atención. En el caso del odontólogo, éste no ve lo que pasa en la piel, y el paciente al ver las lesiones en ella acude directamente al dermatólogo. A pesar de que un porcentaje -- significativo de los pacientes que acuden al cirujano dentista padecen de alguna enfermedad dermatológica o estomatológica, nunca son remitidos al dermatólogo. La razón de esto es simple: el cirujano dentista se limita a atender únicamente el área anatómica para la cual ha sido capacitado y no siente la necesidad ni la preocupación de proporcionar una atención mayor.

En cuanto a los métodos de laboratorio utilizados en la elaboración de los diagnósticos se mencionó que, en general, el diagnóstico se hace clínicamente, pero que cuando se necesita el auxilio del laboratorio se recurre al de Histopatología y al de Micología.

La trascendencia que tienen las secuelas de estas enfermedades para el paciente es grave. Si bien las infecciones más frecuentes no dejan secuela en el paciente, las enfermedades crónicas, que actualmente son las más importantes en México, como lo son los síncosis superficiales y profundas, lepra, tuberculosis y sífilis tardía, entre otras, sí dejan secuelas que pueden ser incapacitantes. En el caso del herpes incurable, no hay nada que hacer, numnamente hablando, el paciente siempre estará inaurdeprimido. En el caso de la epidemólisis ampollar, si progresa más abajo hacia el esófago puede producir estenosis esofágica y provocar incluso la muerte. En casos de tumores de la lengua, y que hubiera que extirparla, la secuela es terrible para el paciente. Y si se trate de pénfigos, si estos no son atendidos adecuadamente, también pueden causar la muerte.

En el Centro Dermatológico Pascua hay una complementariedad entre los diferentes profesionales de la salud. Así, el dermatólogo se encuentra íntimamente relacionado con el estomatólogo, el cirujano dentista, el psiquiatra y el especialista en trabajo social. De esta manera, es común que un paciente atendido por el dermatólogo sea remitido al cirujano dentista y después de ser sometido al tratamiento dental correspondiente se le represa con el dermatólogo o se le remite directamente con el estomatólogo o el psiquiatra según

sea el caso (si se trata de una enfermedad meramente dermatológica, estomatológica o psicodermatológica). El especialista en trabajo social será el último que contribuya con sus recomendaciones al paciente para el cuidado que deberá observar en cuanto a su alimentación, aseo personal y otros cuidados específicos, y prevenir así recaídas y nuevas enfermedades. Los esfuerzos para dar una atención integral al paciente como ser bio-psico-social deben ser secundados por todos los diversos profesionales de la salud tanto en el ámbito institucional como en el privado. Estos esfuerzos deben ser alentados por y desde los ámbitos académicos universitarios.

Una pregunta que causó gran polémica y divergencia de opiniones versó sobre si nuestro país cuenta o no con los recursos suficientes para la atención de las enfermedades dermatológicas y estomatológicas. Entre las respuestas recogidas se reveló que hay recursos suficientes sólo en cuanto a padecimientos de carácter benigno. Con respecto de los padecimientos de carácter maligno, solamente en algunas pocas instituciones como el IMSS se cuenta con el material para dar tratamiento a los pacientes. En la mayoría de las instituciones no se ofrece ningún tratamiento para este tipo de males. Inclusive, no se cuenta con muchos medicamentos que no son producidos en el país, pero cuya importación se encuentra prohibida, quedándose muchos pacientes sin un tratamiento adecuado y privados, por tanto, de su derecho a la vida. Algunos entrevistados extremaron sus opiniones afirmando que en México no hay ninguna consulta buena, citándo-

se el hecho (para el caso de las enfermedades de la boca) de que prácticamente no hay estomatólogos en nuestro país. Tampoco se han realizado esfuerzos concretos para establecer -- una tabla de morbimortalidad de las enfermedades dermatológicas y estomatológicas en México. No se conoce, por tanto, la importancia real de éstas ni su incidencia a nivel general -- de la morbimortalidad del total de la población mexicana. -- Hay unas cuantas estadísticas y su parcialidad no permite establecer generalidades, sino tan sólo una aproximación al estudio de tales enfermedades. Y la falta de información estadística impide casi siempre una buena programación en materia de salud.

Entre los casos de interés que se mencionaron en la encuesta se encuentran el de los pénfigos y la actinomicosis. También se mencionó que en las zonas cafetaleras de México se presentan algunos casos de una enfermedad llamada Paracoccidioidomycosis, producida por hongos, que afecta a los pulmones y -- que tiene sus inicios en la boca. Esta enfermedad cuando aparece se le conoce con el nombre de estomatitis moriforme. Si el odontólogo u otro profesional de la salud que se encuentra se trabajando en la región tuviera conocimientos sobre estos padecimientos (y los pacientes supieran también a donde recurrir) se evitaría el encontrar casos tan graves que inclusive han llegado a causar la muerte.

Finalmente, las recomendaciones más trascendentales enunciadas por los encuestados fueron:

1. La estadística debe ser importante en las instituciones y organismos que proporcionan atención a los pacientes -- que sufren de padecimientos dermatológicos y estomatológicos. Para esto debe instituirse una hoja o tarjeta de consulta que reúna los datos del paciente, su etiología, su patogenia, su diagnóstico y su tratamiento, desglosado por áreas anatómicas de atención. Esta tarjeta de consulta deberá ser común a todas estas instituciones. Debe haber -- también en cada institución, especialistas dedicados a la investigación, que se encarguen de realizar los estudios correspondientes a este respecto.
2. Establecer el vínculo entre los diferentes profesionales de la salud. Mientras no haya remisión de pacientes de un especialista a otro no se podrán abatir los altos niveles de morbimortalidad de la población. Es imprescindible que se promuevan cursos de Dermatología y Estomatología para cirujanos dentistas, y también cursos de Patología Dental para dermatólogos y estomatólogos.
3. Realizar un diagnóstico detallado a nivel nacional sobre las enfermedades dermatológicas y estomatológicas para poder iniciar acciones encaminadas a salvaguardar la salud de la población mexicana sobre bases firmes.

Bibliografía.

- COPLAMAR. Necesidades esenciales en México: Situación actual y perspectivas al año 2000, vol. 4 "Salud", Ed. Siglo XXI, México, 1982. Cap. 2 "Marco Conceptual", Cap. 3 "El proceso salud-enfermedad en México".
- COPLAMAR. Necesidades esenciales y estructura productiva en México: Lineamientos de programación para el proyecto nacional, Publicado por COPLAMAR, México, 1982. Cap. 1 "Satisfacción actual de las necesidades esenciales".
- Lara, Norma y Victor López Cámara. Trabajo Odontológico en la Ciudad de México: Análisis de la Práctica Dominante, UAM-Xochimilco, México, 1984.
- Luna, Martha. "Importancia y características de las manifestaciones estomatológicas de enfermedades dermatológicas en la población mexicana", Miniencuesta levantada entre el personal médico del Centro Dermatológico Pascua, México, 1984.
- SINTEX. "Los diez grandes temas de la medicina mexicana", Simposio celebrado en el Auditorio del Instituto - SINTEX, México, abril de 1977. Dr. José Laguna "Los programas de salud en México". Dr. Luis Peregrina Pellón "Medicina Preventiva: Su importancia en los programas de salud".
- S.S.A. Anuarios Estadísticos del Hospital General, 1981, 1982 y 1983.
- S.S.A. Archivo de informes diarios de consulta del Centro Dermatológico Pascua, México, 1984.

RESULTADOS.

La importancia de los procesos patológicos de la mucosa bucal, reside en su gran incidencia y sus efectos mortales -- cuando no son diagnosticados y tratados a tiempo, por lo -- que la intervención del cirujano dentista es indispensable y urgente para reducir los altos niveles de morbi-mortalidad que son característicos en el grueso de la población de nuestra patria.

Según Pedro Ocampo Flores, Presidente de la Asociación Dental Mexicana (ADM), "...la planeación de salud dental en México ha sido ineficiente porque no se ha visto como un problema de salud pública". Este investigador afirmó también -- que "...en nuestro país, el 95% de la población presenta en enfermedades bucales"^{40/}.

En la detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la boca, pueden jugar un papel importante los 35 mil dentistas que aproximadamente existen en el país. Unicamente los 3 207 odontólogos que laboraban en los servicios de asistencia y seguridad social en 1983, dieron un total de -- 9.3 millones de consultas odontológicas externas. En total,

^{40/} EL UNIVERSAL. Lunes 23 de diciembre de 1985, artículo de Arturo Noriega, corresponsal.

los odontólogos tanto públicos como privados atendieron a un poco más de 5 millones de personas en 1983. Esto muestra la importancia de la práctica odontológica y su enorme potencialidad para colaborar en la solución de esta problemática.

La evidencia estadística, si bien no es precisa en términos numéricos, nos ayuda a tener una idea de cuales son las enfermedades bucales más importantes. En general, sobresalen los tumores malignos y las micosis.

En las estadísticas del Hospital General, las "enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares" ocupan el segundo lugar en importancia. También es importante el número de personas que este centro hospitalario detecta anualmente con cáncer bucal.

Las estadísticas recuperadas del Archivo de Informes Diarios de Consulta del Centro Dermatológico Pascua para el mes de diciembre de 1984 en pacientes de primera vez, arroja más luz sobre la naturaleza de las enfermedades bucales. Según estas estadísticas, entre los grupos de enfermedades con manifestaciones estomatológicas de mayor incidencia en la población se encuentran las dermatitis por contacto, los tumores benignos y malignos, la sífilis, el herpes simple vulgar, la candidiasis, las enfermedades ampollares (pénfigos, penfigoides y liquen rojo plano), las leucoplasias y las queilitis. Por razones metodológicas, se analizaron únicamente las enfermedades más importantes, cuyo conocimiento creemos que debe ser parte del acervo científico del cirujano dentista.

Con lo anterior quedó cumplido el objetivo de establecer una primera aproximación al análisis de las enfermedades bucales en México, acompañando al estudio todos los cuadros estadísticos que se derivaron del proceso de investigación, con lo que creo haber aportado mi grunito de arena en el noble propósito de dar a conocer la realidad de este tipo de enfermedades en la población de nuestra patria, que sirva de base para ulteriores investigaciones y para una mejor programación de los recursos para la salud.

El cuestionario aplicado al personal médico del Centro Dermatológico Pascua (véase Anexo Informativo) mostró algunas facetas poco conocidas sobre la naturaleza de la atención médica de las enfermedades bucales que se otorga a nivel institucional. Se destacaron problemas como el de la mínima participación de los cirujanos dentistas en su detección, diagnóstico y tratamiento; la escasa importancia que la población le da a las lesiones orales; la circunstancia desfavorable de que muchas de las enfermedades bucales sean en sus inicios asintomáticas; la falta de complementariedad entre los diferentes profesionales de la salud; y la carencia de equipo médico y medicamentos que no se producen en el país, que impiden que se proporcione tratamiento a muchos pacientes. Se citó también el hecho de que en nuestro país no hay ninguna consulta buena en materia de Estomatología por la sencilla razón de que el número de estomatólogos en el país es muy reducido. También falta hacer investigación en este terreno para conocer la importancia real de estas enfermedades y su incidencia a nivel general en la morbi-mortalidad del total de la población mexicana.

CONCLUSIONES.

De las cosas encontradas a lo largo de la investigación desarrollada en este trabajo de tesis, son dignas de tenerse en cuenta las siguientes:

1. Las manifestaciones estomatológicas de enfermedades dermatológicas inciden de manera importante en la población de nuestro país.
2. El número de cirujanos dentistas existentes en nuestro país es elevado y representa un gran potencial que traducido en términos de atención médica puede ser de vital importancia en la lucha por abatir los altos grados de incidencia de los procesos patológicos que afectan a la mucosa bucal y al organismo en general.
3. Dentro de la tabla de morbi-mortalidad de las afecciones de la boca se identificaron enfermedades cuyo diagnóstico oportuno dado por el cirujano dentista puede representar la vida para el paciente. Muchas defunciones y secuelas más graves y traumatismos pueden evitarse si el diagnóstico y el tratamiento son oportunos.
4. Además de la participación de los cirujanos dentistas, se requiere también el apoyo del estado, de modo que las afecciones bucales sean elevadas a rango de salud pública.

5. Si bien la problemática que rodea a las altas tasas de incidencia de los procesos patológicos que afectan a la mucosa bucal es en su grado compleja, el estudio de los casos que se presentan diariamente a consulta en el Centro Dermatológico Pascua ilustran la situación general que impera en nuestro país.

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES.

Las pronosis elaboradas hasta ahora sobre la mortalidad en México no son muy halagadoras. Según proyecciones de COPLAMAR para el año 2000, el cáncer ocupará el cuarto lugar de todas las causas de defunción. Las enfermedades de la boca, producto de avitaminosis y deficiencias nutricionales (queilosis de labio, de encía, de lengua y caries dental), y consumo de alcohol y de tabaco, irán en aumento. Creemos que el resto de las enfermedades bucales que afectan la mucosa bucal no reducirán su incidencia, e incluso que las enfermedades dentales y bucales sean elevadas al rango de problema de salud pública y se les otorgue atención prioritaria.

Ante tales perspectivas, es urgente que se tome conciencia de esta problemática en los ámbitos académicos universitarios, que es el punto de partida para instruir a los estudiantes de Odontología y Dermatología sobre las necesidades de salud de la población y dotarlos de una mentalidad abierta que les permita otorgar una mejor atención al paciente.

Para concretizar el propósito anterior, es necesario integrar al Plan de Estudios de la Carrera de Odontología, el mó

dulo "Estomatología o Enfermedades de la boca", de modo que los conocimientos relativos al tema constituyen parte fundamental del acervo cognoscitivo de los cirujanos dentistas y están capacitados para hacer frente a estas enfermedades o remitir a sus pacientes a los especialistas adecuados.

La investigación sobre la incidencia de estas enfermedades a nivel general debe ser un propósito fundamental de todas las instituciones públicas creadas para proporcionar la atención respectiva. En cada una de estas instituciones es necesario que se integren especialistas dedicados a la investigación, que se encarguen de realizar los estudios correspondientes al caso. Es urgente la elaboración de un diagnóstico detallado a nivel nacional sobre las enfermedades dermatológicas y estomatológicas para poder iniciar acciones encaminadas a salvaguardar la salud de la población mexicana sobre bases firmes.

Finalmente, los cirujanos dentistas son del tipo de profesional cuya actualización debe ser continua. Sin embargo, el proceso de actualización sólo se da en algunos cuantos de estos profesionales, puesto que sus niveles de organización no son los adecuados. La mayor parte de los dentistas organizados que tienen acceso a la actualización se agrupan principalmente alrededor de la Asociación Dental Mexicana (ADM) y la Asociación Dental del Distrito Federal, organizaciones a las que pertenecen sólo una mínima parte de los cirujanos dentistas en ejercicio de su profesión. Los cursos de actualización universitaria también llegan a una mínima parte de estos profesionales. Por esto se hace urgente establecer mecanismos más eficientes de organización.

ANEXO ESTADISTICO

RELACION DE CUADROS.

- Cuadro 1 México. La verdad sobre el carácter de la atención médica.
- Cuadro 2 México. Muertes totales evitables e inevitables de la población objetivo y no objetivo, por grupos de enfermedades, 1974.
- Cuadro 3 México. Padecimientos transmisibles registrados por el IMSS y la SSA, 1978.
- Cuadro 4 México. Estructura porcentual de los padecimientos transmisibles registrados por el IMSS y la SSA, 1978.
- Cuadro 5 México. Proyección de la mortalidad en México - para el año 2000.
- Cuadro 6 México. Hospital General: Número de consultas - por unidad otorgante, 1981-1983.
- Cuadro 7 México. Hospital General: Importancia de las causas dermatológicas en la morbilidad de la consulta externa, 1981.
- Cuadro 8 México. Hospital General: Detección oportuna del cáncer bucal, 1979-1983.
- Cuadro 9 México. Hospital General: Distribución de las consultas de primera vez por entidad federativa de residencia, 1981-1983.
- Cuadro 10 México. Centro Dermatológico Pascua: Distribución de las consultas dermatológicas, leprologías y colagenopatológicas, 1984. (Primera vez y subsecuentes).
- Cuadro 11 México. Centro Dermatológico Pascua: Enfermedades transmisibles, 1984.
- Cuadro 12 México. Centro Dermatológico Pascua: Enfermedad diagnosticada por pacientes de primera vez según grupos de edad y sexo, diciembre de 1984.
- Cuadro 13 México. Centro Dermatológico Pascua: Enfermedad diagnosticada por tipo de consulta, diciembre de 1984.

- Cuadro 14 México. Centro Dermatológico Pascua: Clasificación de las enfermedades dermatológicas que inciden o repercuten en la cavidad bucal y que son de interés para el cirujano dentista, diciembre de 1984.
- Cuadro 15 México. Centro Dermatológico Pascua: Enfermedad diagnosticada por pacientes de primera vez según sexo, diciembre de 1984.
- Cuadro 16 México. Centro Dermatológico Pascua: Distribución de las consultas de primera vez por grupos de edad y sexo, diciembre de 1984.
- Cuadro 17 México. Centro Dermatológico Pascua: Distribución de las consultas de primera vez por entidad federativa de residencia de los pacientes, diciembre de 1984.
- Cuadro 18 México. Evolución de la tasa bruta de mortalidad general: Entidades federativas y regiones, 1940-1975.
- Cuadro 19 México. Personal médico que labora en los servicios médicos del sector salud, según especialidad, por institución, 1983.
- Cuadro 20 México. Consultas externas otorgadas según especialidad, por institución, 1983.
- Cuadro 21 México. Principales signos sugestivos de carencias nutricionales en preescolares y escolares, 1963-1974. (Porcentaje de la muestra estudiada).
- Cuadro 22 Ordenamiento de las enfermedades de la mucosa bucal o en vinculación con ella según David Grinspan.
- Cuadro 23 Principales enfermedades dermatológicas con manifestación estomatológica de interés para el cirujano dentista.
- Cuadro 24 Naturaleza y mecanismo del alcohol en el organismo humano.

CUADRO 1

MEXICO. LA VERDAD SOBRE EL CARÁCTER DE LA
ATENCIÓN MÉDICA.

unomásuno

sábado 5 de octubre de 1985

Un México nuevo
El Centro Médico
es del pasado

Rafael Álvarez Cordero

—No quiero más centros médicos.

—¡Blasterno!, ¡ignorante!, ¡malagradecido!, dirán quienes me conocen. Tú, que estudiaste en el Centro Médico, y a él le debes lo que sabes, tú, que atendiste y operaste a miles de enfermos, que publicaste artículos y libros, ¿no quieres más centros médicos?

—No quiero más centro médicos y voy a explicar por qué.

Quince años viví en el Centro Médico, cuna del elitismo médico de la más alta calidad. Justamente orgulloso de mi trabajo y del de mis compañeros, médicos estudiosos y dedicados. Mientras viví ahí supe de la Medicina con mayúsculas, de las operaciones innovadoras, de los adelantos técnicos; mientras viví ahí ignoraba lo que sucedía en el resto del país.

Después, salí de ahí, y como supervisor viajé por todo el país, viví los logros y las carencias de quienes no están en un centro médico; viví, no me contaron la carencia de equipo y material para operar el apéndice en Tepic; viví, no me contaron, la espera de dos meses de un niño de Chihuahua para ser operado en Guadalajara; viví, no me contaron; el desamparo de muchos médicos en las clínicas IMSS-Copiamar; viví, no me contaron, los nobles esfuerzos de médicos, enfermeras y todo el personal de salud para suplir carencias y deficiencias.

Después tuve a mi cargo la atención médica de cerca de un millón de derechohabientes y supe cómo muchas iniciativas para mejorar la atención de los enfermos se desvanecían como las olas en las playas de una burocracia manza e informe. Supe cómo nuestras cifras de consultas, operaciones, etcétera eran maquilladas, "encuadradas", para justificar lo injustificable; supe cómo nuestros enfermos enviados al Centro Médico debían esperar un mes más "porque la ambulancia llegó tarde" o "porque el médico está de vacaciones". Para fines prácticos, Coyocacán y San Ángel son provincia.

Por eso no quiero un Centro Médico.

—¡Pero los centros médicos existen en todo el mundo, y

son la vanguardia de la Medicina!

Si, pero en esos países en donde hay centros médicos, en cada ciudad, en cada población de veinte o treinta mil habitantes existe un hospital y clínicas de consulta donde se resuelven el 95-97 por ciento de los problemas, y entonces sí, el 3 por ciento restante se atiende en un centro médico.

Además, el concepto de centro médico es un concepto obsoleto hace ya décadas; los expertos en administración de hospitales señalan que deben existir pequeños centros hospitalarios, y no monstruos de miles de camas, casi imposibles de administrar y sumamente costosos.

Por eso no quiero un Centro Médico.

Dudo señalar que, al parecer, el director del IMSS había percibido esto al ordenar, hace unos meses, la desaparición de la Jefatura de Centros Médicos. ¿Qué ha pasado ahora? ¿Se olvidará de nuevo la provincia para reconstruir, con una buena tajada del presupuesto, al nuevo templo de la medicina de excepción?

Pero ¿y la investigación biomédica?

Por favor, señores, más seriedad: por años lo ha dicho el señor Ruy Pérez Tamayo; en 1974 lo publicamos Echeverría, Ordóñez y yo; y en 1978 lo acreditó el propio director del IMSS: Salvo excepciones, honrosas excepciones, salvo unos cuantos buenos investigadores que llevan al cabo trabajos originales, útiles y honestos, la gran mayoría de las investigaciones ni es original, ni es completa ni es confiable, y en estos tiempos menos aún; respecto a los buenos investigadores, que saben que nunca se necesitaron grandes centros médicos para usar la inteligencia y la creatividad; no puedo respetar a los mercaderes de la investigación que hacen de la ignorancia de los demás un modus vivendi.

—¡Ingrato!

—No, reitero mi respeto a la seguridad social, mi admiración a sus abnegados equipos de salud, y mi convicción de que es una de las pocas conquistas reales de la Revolución mexicana; por eso anhelo un Seguro Social más digno, más seguro y más social.

Por eso no quiero un Centro Médico.

Porque México, ese México Nuevo que todos queremos, no se puede dar el lujo de tener un Centro Médico del Siglo XXI; para unos cuantos mientras millones de mexicanos tienen atención del siglo XIX o no tienen atención alguna, viven en el siglo XVI. Antes de pensar en un Centro Médico, en una zona superpoblada y peligrosa, hay que plantear, sereno y con las prioridades de atención médica; la solución de los problemas más urgentes y de mayor trascendencia para los mexicanos.

MEXICO. MUERTES TOTALES EVITABLES E INEVITABLES DE LA POBLACION-OBJETIVO Y NO OBJETIVO, POR GRUPOS DE ENFERMEDADES, MEXICO, 1974

Orden de Importancia.	GRUPOS DE ENFERMEDADES 1/	MORTALIDAD REGISTRADA	MUERTES INEVITABLES	MUERTES EVITABLES			MUERTES POR EL NO OBJETIVO	MUERTES POBLACION OBJETIVO 2/		
				NUMERO	% RESPEC. A LA MORTALIDAD	% RESPEC. A CADA GRUPO DE ENFERMEDADES		NUMERO	% RESPEC. DE MUERTES TOTALES	% DE MUERTES EVIT. RESPEC. MUERTES POR. OBJETIVO
	Nacional	432 266	248 123	184 143	42.60	42.60	70 315	361 951	83.7	50.9
1°	Infec.resp. agudas y neumonías (460-466)	59 553	14 266	45 287	10.43	76.07	3 732	55 801	93.7	81.2
2°	Enteritis y otras enf. diarréicas (001-009)	50 842	4 836	46 006	10.64	90.49	1 296	49 546	97.5	92.8
3°	Muertes violentas (Cap. XVII)	48 918	28 346	20 572	4.75	47.05	9 486	39 432	80.6	54.7
4°	Causas de mort. perinatal (Cap. XV) 3/4/	22 024	14 578	7 448	1.72	33.31	2 863	18 163	82.5	41.0
5°	Señalada sin mención de psicosis (794) 5/	18 266	2 853	15 413	3.57	84.38	629	17 637	96.6	87.4
6°	Diabetes mellitus (250)	8 407	3 259	5 148	1.19	61.23	925	7 482	89.0	68.8
7°	Bronquitis, enfisema y asma (490 - 491)	8 275	2 326	5 949	1.38	71.89	660	7 615	92.0	78.1
8°	Tuberculosis del aparato respiratorio (011)	7 660	1 659	5 991	1.39	78.21	508	7 152	93.4	83.8
9°	Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales (260 - 269) 6/	5 841	700	5 141	1.19	68.02	187	5 654	96.8	90.9
10°	Anemias (280-285) 6/	5 057	531	4 526	1.05	89.50	148	4 809	97.1	92.2
11°	Causas de mort. materna (Cap. - XI) 3	2 883	333	2 550	0.59	88.45	130	2 753	95.5	92.6
12°	Enfermedad hipertensiva arterial (400-404)	2 414	1 396	1 018	0.24	42.17	367	2 047	84.0	49.7
	Otras causas reductibles	141 949	71 392	19 094	4.42	13.45	21 656	120 293	84.7	15.9
	Causas que posiblemente aumentarán 7/	30 195	101 658				26 738	23 457	46.7	
1°	Cáncer en todas sus formas (140-239)	21 864	39 905				10 929	10 935	50.0	
2°	Enfermedades cerebrovasculares (430-438)	13 629	19 747				4 920	8 708	63.9	
3°	Cardiopatía isquémica (410-414)	11 266	35 482				9 321	1 943	17.2	
4°	Enf. de las arterias, arteriolas y capilares (440-448).	3 436	6 524				1 566	1 870	54.4	

1/ Entre paréntesis: código de la 8a. revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

2/ La población-objetivo representa el 67% de la población total.

3/ Dependientes en gran medida de la accesibilidad a la atención médica prenatal y perinatal.

4/ En este grupo no se incluyen las causas de mortalidad perinatal ocurridas en el período fetal. Si se incluyeran, la cifra se elevaría a 73 985 muertes y el porcentaje de muertes evitables sería del 73%.

5/ Este grupo incluye fallecidos sin diagnóstico adecuado.

6/ Se incluye cuando es causa directa de muerte y no cuando es condicionante importante.

7/ Para las causas de defunción que posiblemente aumentarán no se calculó el porcentaje de aumento respecto al nivel actual registrado.

FUENTE: OPLANAR, Necesidades esenciales en México: Situación actual y perspectivas al año 2000, vol. 4 "Salud", Ed. siglo XXI, México, 1982

E N F E R M E D A D E S	I. M. S. S.		S. A.	
	NUMERO	TASA/1000 ^{1/}	NUMERO	TASA/1000 ^{1/}
Enfermedades infecciosas intestinales.	2 912 217	244.0	749 015	84.5
Tuberculosis	15 929	1.3	10 158	1.1
Zoonosis bacterianas	2 274	0.2	556	0.1
Otras enfermedades bacterianas	120 364	10.1	20 038	2.3
Poliomielitis	262	0.02	707	0.1
Enfermedades víricas exantemáticas	82 709	6.9	25 103	2.8
Enfermedades víricas transmitidas por artrópodos	192	0.02	26	0.0
Otras enfermedades víricas	51 125	4.3	18 422	2.1
Rickettsiosis y otras enfermedades transmisibles por artrópodos	819	0.1	19 728	2.2
Enfermedades venéreas	25 351	2.1	27 957	3.2
Pinto	74	0.01	37	0.0
Micosis	248 806	20.8	38 202	4.3
Helminthiasis	427 342	35.8	225 206	25.4
Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	176 205	14.3	72 541	8.2
Fiebre reumática	5 848	0.5	1 714	0.2
Enfermedades respiratorias agudas	4 584 273	384.0	941 631	106.2
Influenza	417 940	35.0	134 045	15.1
Neumonías	46 070	3.9	20 946	2.4
Resto de enfermedades transmisibles	683 240	57.2	8 000	0.9
TOTAL:	9 801 040	821.0	2 314 032	260.9

^{1/} La población analizada corresponde a la que tiene cobertura real.

FUENTE: COPLAMAR. Necesidades esenciales en México: Situación actual y perspectivas al año 2000, vol. 4 "Salud", Ed. Siglo XXI, México, 1982.

CUADRO 4.
MEXICO. ESTRUCTURA PORCENTUAL DE LOS PAFECIMIENTOS TRANSMISIBLES REGISTRADOS POR
EL IMSS Y LA SSA, 1978

202

	I. M. S. S. (%)	S. S. A. (%)
Total de enfermedades transmisibles	100.00	100.00
1. Enfermedades infecciosas intestinales	29.7	32.4
2. Tuberculosis	0.2	0.4
3. Zoonosis causadas por bacterias	0.03	0.02
4. Otras enfermedades bacterianas	1.2	0.9
5. Poliomeilitis y otras enfermedades del sistema nervioso central	0.003	0.03
6. Enfermedades víricas con exantema	0.08	1.1
7. Enfermedades víricas transmitidas por artrópodos	0.002	0.001
8. Otras enfermedades víricas	0.5	0.8
9. Rickettsiosis y otras enfermedades transmitidas por artrópodos	0.008	0.9
10. Sífilis y otras enfermedades venéreas	0.3	1.2
11. Otras enfermedades causadas por espiroquetas	0.001	0.002
12. Micosis	2.6	1.7
13. Helminthiasis	4.4	10.0
14. Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	1.8	3.1
15. Aparato circulatorio	0.06	0.07
16. Aparato respiratorio	51.5	47.4
17. Resto de enfermedades transmisibles	7.0	0.05

FUENTE: COPLAMAR. Necesidades esenciales en México: Situación actual y perspectivas al año 2000, vol. 4. "Salud", Ed. Siglo XXI, México, 1982.

MEXICO. PROYECCION DE LA MORTALIDAD EN MEXICO PARA EL AÑO 2000^{*/}

CAUSAS DE DEFUNCION	GENERAL		INFANTIL	
	NUMERO	TASA ^{**/}	NUMERO	TASA ^{**/}
Todas las Causas	834 282	764.21	129 958	4 663.70
Inf. respiratorias agudas	91 244	83.98	36 635	1 314.80
Enf. diarreicas	71 809	65.70	31 082	1 115.40
Bronquitis, enfisema y asma	16 025	14.68	2 430	87.20
Tuberculosis del aparato respiratorio	18 325	16.79	125	4.50
Enf. cerebrovasculares	33 296	30.50	320	11.50
Enf. isquémicas del corazón	28 186	25.82	0	0.00
Anemias	10 272	9.41	638	24.70
Muertes violentas	106 775	97.81	1 850	66.40
Cáncer todas formas	53 323	48.85	212	7.60
Senilidad sin mención de psicosis	45 706	41.87		
Avitaminosis y deficiencias nutricionales ^{***/}	10 131	9.30	2 176	78.10
Enfermedad hipertensiva	5 945	5.45	0	0.00
Enfermedades de arterias, arteriolas y capilares	8 449	7.74	61	2.20
Diabetes mellitus	20 998	19.23	39	1.40
Mortalidad perinatal			24 327	873.00
Mortalidad materna	13 795	495.00	-	-

*/ Aplicando las tasas de mortalidad 1974 a la población programática 2000 de Conapo.

**/ Tasa/100 000 habitantes 0/100 000 NVR

***/ Como causa básica de defunción

FUENTE: COPLAMAR. Necesidades esenciales en México: Situación actual y perspectivas al año 2000, vol. 4 "Salud"
Ed. Siglo XXI, México, 1982.

MEXICO. HOSPITAL GENERAL; NUMERO DE CONSULTAS
POR UNIDAD ORGANIZADA, 1961 - 1963

CÓDIGO	UNIDAD ORGANIZADA	1961		1962		1963	
		NUMERO DE CONSULTAS	PARTICIPACION PORCENTUAL	NUMERO DE CONSULTAS	PARTICIPACION PORCENTUAL	NUMERO DE CONSULTAS	PARTICIPACION PORCENTUAL
	TOTAL	317 693	100.00	352 178	100.00	366 363	100.00
4.01	Consultas externas centrales	219 167	67.27	157 566	44.07	158 096	40.71
2.01	Pediatría	17 734	10.87	37 933	10.52	41 447	10.67
2.02	Otorrinolaringología	21 005	6.57	22 786	6.47	22 682	5.84
2.03	Oftalmología	17 225	5.33	19 344	5.51	19 319	4.97
2.04	Oncología	17 007	5.30	16 979	4.82	17 961	4.63
4.03	Neurología y neurocirugía	16 677	5.22	14 583	4.25	17 379	4.47
1.09	Dermatología	14 775	4.62	16 907	4.80	17 007	4.33
1.06	Ortopedia	11 774	3.66	13 508	3.84	13 866	3.55
4.04	Neumología	10 624	3.30	10 966	3.12	15 761	3.77
2.08	Alergia e Inmunología	6 697	2.07	10 014	2.84	12 111	3.24
4.05	Medicina Física y Rehab.	6 496	2.02	6 354	1.80	6 031	1.55
4.06	Odontología	7 353	2.28	9 383	2.61	6 527	1.60
4.07	Planificación Familiar	6 067	1.89	7 401	2.10	8 936	2.30
5.04	Psiquiatría	5 486	1.72	5 538	1.57	5 112	1.31
1.03	Hematología	3 581	1.12	3 159	0.90	3 764	0.97
5.01	Cirugía, Reconstructiva	3 441	1.05	4 056	1.15	4 402	1.13
5.02	Cirugía Bucodentomaxilar	2 549	0.76	2 439	0.74	2 436	0.63
1.01	Radiocenterología	2 677	0.81	3 316	0.94	3 834	0.99
1.04	Radiología y Fisiología	2 073	0.63	2 705	0.73	2 132	0.55
4.08	Infectología	1 909	0.60	1 366	0.39	2 166	0.54
5.02	Cardiología	1 459	0.43	2 157	0.61	3 192	0.82
5.03	Genética	1 409	0.41	1 169	0.34	2 609	0.67
3.01	Medicina Interna	134	0.04	600	0.17	1 356	0.31

FUENTE: S.S.A. Anuarios Estadísticos del Hospital General, 1961, 1962 y 1963.

MEXICO. HOSPITAL GENERAL: IMPORTANCIA DE LAS CAUSAS DERMATOLOGICAS
EN LA MORBILIDAD DE LA CONSULTA EXTERNA, 1981

CAUSAS	TOTAL	PARTICIPACION RELATIVA %	PARTICIP. RELAT. DE LAS ENF. DERM. %
TOTAL DE CAUSAS	109 648	100.0	
CAUSAS DERMATOLOGICAS	22 557	20.6	100.0
-Enfermedades infecciosas intestinales	2 796	2.5	12.4
-Tuberculosis	1 217	1.1	5.4
-Otras enfermedades bacterianas	76	0.1	0.3
-Enfermedades víricas	1 009	0.9	4.5
-Rickettsiosis y otras enfermedades transmitidas por artrópodos	88	0.1	0.4
-Otras enfermedades venéreas	3	0.0	0.0
-Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y efectos tardíos de las mismas	2 916	2.7	12.9
Tumor maligno de labio, de la cavidad bucal y de la faringe	154	0.1	0.7
-Carcinoma insitu	22	0.0	0.1
-Otros tumores	66	0.0	0.3
-Enfermedades de las glándulas endocrinas del metabolismo y trastornos de la inmu- nidad	4 002	3.6	17.7
-Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	4 090	3.7	18.1
-Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	6 118	5.6	27.1
LAS DEMAS CAUSAS	87 091	79.4	

FUENTE: Elaboración directa con datos de la S.S.A.: Anuario Estadístico del Hospital General, 1981.

MEXICO. HOSPITAL GENERAL: DETECCION OPORTUNA DEL
CANCER BUCAL, 1979 - 1983.

RESULTADOS	1979	1980	1981	1982	1983
Personas examinadas	14 026	10 928	9 349	10 845	8 512
Pruebas totales de ci- tología exfoliativa:	1 548	1 962	1 926	2 469	2 939
- Pruebas negativas	1 461	1 923	1 784	2 374	2 601
- Pruebas sospechosas	51	27	119	86	324
- Pruebas positivas	36	12	23	9	14
- Porcentaje (%)	0.3	0.6	0.2	0.4	0.5

Fuente: S.S.A. Anuarios Estadísticos del Hospital General 1979, 1980, 1981, 1982
y 1983.

MEXICO. HOSPITAL GENERAL: DISTRIBUCION DE LAS CONSULTAS DE
PRIMERA VEZ POR ENTIDAD FEDERATIVA DE RESIDENCIA
1981-1983

ENTIDAD FEDERATIVA	1981		1982		1983	
	NUMERO DE CONSULTAS	PARTICIPACION RELATIVA %	NUMERO DE CONSULTAS	PARTICIPACION RELATIVA %	NUMERO DE CONSULTAS	PARTICIPACION RELATIVA %
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	109,648	100.00	117,269	100.00	132,138	100.00
AGUASCALIENTES	63	0.06	68	0.06	38	0.03
BAJA CALIFORNIA NORTE	42	0.04	31	0.03	37	0.03
BAJA CALIFORNIA SUR	12	0.01	13	0.01	20	0.01
CAMPECHE	30	0.03	17	0.01	25	0.02
COAHUILA	41	0.04	42	0.04	33	0.02
COLIMA	11	0.01	20	0.02	15	0.01
CHIAPAS	672	0.61	645	0.55	706	0.53
CHIHUAHUA	88	0.08	61	0.05	24	0.02
DISTRITO FEDERAL	83,136	75.81	88,406	75.38	103,889	78.62
DURANGO	67	0.06	68	0.06	41	0.03
GUANAJUATO	1,180	1.08	1,042	0.86	1,012	0.77
GUERRERO	2,387	2.18	2,965	2.48	2,425	1.84
HIDALGO	1,486	1.35	1,534	1.31	1,464	1.11
JALISCO	257	0.23	244	0.21	255	0.19
MEXICO	11,667	10.63	13,333	11.36	14,340	10.85
MICHOACAN	1,795	1.64	2,001	1.70	1,735	1.31
MORELOS	845	0.77	834	0.71	719	0.54
NAYARIT	52	0.05	53	0.05	44	0.03
NUEVO LEON	16	0.01	10	0.01	8	0.01
OAXACA	1,061	0.97	1,116	0.95	1,033	0.78
PUEBLA	1,192	1.09	1,166	1.01	1,124	0.85
QUERETARO	165	0.15	184	0.16	163	0.12
QUINTANA ROO	10	0.01	7	0.01	11	0.01
SAN LUIS POTOSI	189	0.17	212	0.18	147	0.11
SINALOA	140	0.13	103	0.09	110	0.08
SONORA	29	0.03	33	0.03	34	0.03
TABASCO	274	0.25	221	0.19	173	0.13
TAMAULIPAS	118	0.11	108	0.09	79	0.06
TLAXCALA	316	0.29	307	0.26	374	0.28
VERACRUZ	2,128	1.94	2,219	1.89	1,886	1.43
YUCATAN	30	0.03	31	0.03	22	0.03
ZACATECAS	155	0.14	211	0.18	152	0.12

FUENTE: S.S.A. Anuarios Estadísticos del Hospital General 1981, 1982 y 1983.

MEXICO. CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA: DISTRIBUCION DE LAS CONSULTAS
DERMATOLOGICAS, LEPROLOGICAS Y COLAGENOPATOLOGICAS, 1984
(PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES)

MES	CONSULTAS DERMATOLOGICAS			CONSULTAS LEPROLOGICAS			CONSULTAS COLAGENOPATOLOGICAS		
	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTES	TOTAL	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTES	TOTAL	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTES	TOTAL
TOTAL	34 823	44 044	78 867	60	2 383	2 443	105	502	607
Enero	4 269	3 873	8 142	12	158	200	3	39	42
Febrero	2 669	3 275	5 944	2	144	146	2	42	44
Marzo	3 143	4 330	7 473	13	206	219	9	30	39
Abril	2 691	5 467	8 158	5	243	248	19	20	39
Mayo	2 300	2 960	5 260	8	219	227	2	30	32
Junio	2 334	2 410	4 744	6	173	179	37	2	39
Julio	3 752	3 741	7 493	6	159	165	8	72	80
Agosto	3 932	4 116	8 048	2	272	274	12	71	83
Septiembre	2 224	3 875	6 099	1	151	152	4	58	62
Octubre	3 273	3 326	6 599	3	130	133	5	66	71
Noviembre	1 731	3 692	5 423	1	199	200	3	57	60
Diciembre	2 505	2 979	5 484	1	199	200	1	15	16

FUENTE: Elaboración directa con datos del Archivo de Hojas de Consulta, Centro Dermatológico "Ladislao de la Pascua", S.S.A.- AMALAC, México, 1984.

MEXICO. CENTRO DERMATOLÓGICO PASCUA: ENFERMEDADES
TRANSMISIBLES, 1984.

ENFERMEDAD	NÚMERO DE CONSULTAS	PARTICIPACION RELATIVA %
TOTAL	4 687	100.0
Tina	2 973	63.4
Molusco contagioso	109	2.3
Impétigo	476	10.1
Candidiasis	22	0.5
Herpes genital	57	1.2
Diabetes Mellitus	36	0.8
Escabiosis	151	3.2
Herpes zoster	329	7.0
Erisipela	62	1.3
Gonorrea	3	0.0
Lepra subcutánea	318	6.8
Sífilis	14	0.3
Varicela	19	0.4
Herpes simple	91	1.9
Chancro simple	4	0.0
Rubéola	2	0.0
Tuberculosis cutánea	17	0.3
Herpes labial	4	0.0

Fuente: Elaboración directa con datos del Archivo de Hojas de consulta, Centro Dermatológico "Ladislao de la Pascua", S.S.A. - AMALAG, México, 1985.

MEXICO. CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA: ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA POR TIPO DE CONSULTA, DICIEMBRE DE 1984.

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA	TIPO DE CONSULTA PRIMERA VIZ	CONSULTA SUBSECUENTES	ENFERM. DE INTERES PARA EL CIRUJANO DENT.	SEMIOLOGIA ^{1/}
TOTAL DE CONSULTAS	1 724	2 446		
Acanthosis nigricans	2	1	X	D
Acromia	0	1		
Alopecia varios tipos	18	18		
Angiofibroma	1	0		
Angioma	1	1		
Atrofia dermatitis idiopática	1	0		
Candidiasis varios tipos	3	10	X	C
Carcinoma espinocelular	2	0	X	M
Condiloma varios tipos	12	24	X	C
Chancro sifilitico	4	1	X	C
Dermatomiositis	0	1	X	J
Dermatitis crónica	5	20		
Dermatitis microbiana	37	52	X	C
Dermatitis numular	0	1		
Dermatitis ocre	1	3		
Dermatitis perioral	14	23	X	P
Dermatitis por contacto	173	214	X	B
Dermatitis seborrédica	117	85		
Dermatitis solar	95	127		
Dishidrosis	4	2		
Eczematide	34	29		
Elastosis	1	0		
Enf. de Von Recklinghausen	1	2		
Epidermólisis	0	1		
Epitelioma basocelular	16	32	X	M
Epitelioma espinocelular	1	1	X	M
Erisipela	7	8		
Eritema nudoso	3	3	X	D
Eritema pigmentado fijo	10	13	X	D
Eritema polimorfo	5	9	X	D
Eritrodermia varios tipos	0	8	X	J
Escabiosis	16	20		
Eclerodermia	0	6	X	J
Fibroma péndulo	9	9	X	M
Foliculitis	8	13		
Fotosensibilidad	0	3		

Granuloma anular	3	2		
Granuloma piógeno	9	6	X	C
Heloma interdigital	2	2		
Hemangioma	6	6	X	D
Hiperqueratosis subling.	0	3	X	F
Herpes simple genital	6	11		
Herpes simple recidiv.	9	3	X	C
Herpes zoster	40	24	X	C
Ictiosis	0	4		
Lapétigo varios tipos	24	23	X	C
Intertrigo	0	5		
Lepra indet. y contactos	18	116		
Lepra lepromatosa difusa	1	86		
Lepra lepromatosa nodular	0	110		
Lepra tuberculoide r.	0	9		
Leucoedema	2	1		
Lipoma	5	1	X	M
Liquen rojo esclerotrófico	0	1	X	D
Liquen rojo plano y est.	12	23	X	D
Lupus varios tipos	4	12	X	J
Melanodermia	5	14		
Melanoma	0	1		
Melasma	80	79	X	D
Mieloma	2	6	X	K
Miliaria	0	1		
Molusco contagioso	6	1	X	C
Mucocela	2	0	X	M
Neurodermatitis	175	254	X	I
Neuritis posthernética	2	5	X	I
Nevo varios tipos	19	9		L
Papiloma	2	3	X	M
Parapsoriasis	1	0	X	D
Pénfigo varios tipos	2	3	X	D
Piel aléptica	35	26	X	
Piodermia	2	3		
Pitiriasis capitis	9	2		
Pitiriasis rosada de G.	27	31	X	D
Prurigo buloso	1	1		
Prurigo por insectos	70	35		
Prurito varios tipos	6	8		
Psoriasis	56	119	X	D
Púrpura henoch scholain	1	3	X	H

Queilitis varios tipos	3	9	X	N
Queiloide	0	2		
Queratodermia	0	2	X	A
Queratosis varios tipos	23	13	X	A
Quiste sebáceo	3	3		
Heiter localizado	2	2	X	D
Rosácea	7	3		
Sífilis secundaria	0	2	X	C
Síndrome urticariano	40	50		
Telangiectasia	0	1		
Tiña de la cabeza	13	13		
Tiña del cuerpo	11	18		
Tiña hiperqueratósica	0	1		
Tiña de la mano	3	29		
Tiña de los pies	142	175		
Tiña palmar	1	2		
Tuberculosis nodular	0	2		
Tumores varios tipos	2	1	X	M
Vasculitis	0	13		
Verrugas vulgares	139	81	X	G
Vitíligo	75	233	X	D
Xanteloma	0	1		
Xantoma tuberoso	2	1	X	G
Xerósis	0	3		

1/ A: Lesiones físicas; B: Lesiones químicas; C: Enfermedades infecciosas; D: Enfermedades cutanomucosas; E: Enfermedades propias de las mucosas; F: Enfermedades de la mucosa bucal; G: Enfermedades metabólicas; H: Enfermedades de la sangre; I: Enfermedades psíquicas; J: Enfermedades del colágeno; K: Enfermedades del sistema reticuloendotelial; L: Enfermedades malformativas; M: Tumores de la mucosa bucal.

FUENTE: Elaboración directa con datos de la C.S.A.; Archivo de Informes diarios de Consulta del Centro Dermatológico Pascua, México, diciembre de 1964. La semiología de las enfermedades que se consideraron como de interés para el cirujano dentista se tomó de la clasificación de enfermedades de la boca según David Grinapan. Es necesario anotar que todas estas enfermedades se relacionan directa o indirectamente con la mucosa bucal, pero no todas son importantes y, por lo tanto, no todas son, en definitiva, de interés para el cirujano dentista. El listado definitivo deberá considerar la postura de otros investigadores del tema.

CUADRO 14
 MEXICO: CENTRO DERMATOLÓGICO PASCUA: CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS
 EN LA CAVIDAD BUCAL Y QUE SON DE INTERES PARA EL CIRUJANO DENTISTA, DICIEMBRE DE 198

CLASIFICACION SEGUN GRINSPAN	ENFERMEDADES
A. Lesiones Físicas:	Fotosensibilización; queratosis pilar, folicular y seborreica; prurigo solar y de otros tipos, etc.
B. Lesiones Químicas:	Dermatitis por contacto, dermatitis crónica, etc.
C. Enfermedades Infecciosas:	Herpes simple vulgar o recidivante; herpes zoster; verrugas virósicas: planas, vulgares, venozas; molusco contagioso; impétigo; granuloma piógeno; piodermitis vegetante; piostomatitis (exfoliativa, glandular apostematosa, vegetante, supurada superficial y profunda); dermatitis candidiasis, etc.
D. Enfermedades Cutaneomucosas:	Acanthosis nigricans; melasma; eritema nudoso, polimorfo y pigmentado fijo; eritrodermia ictericia; parapsoriasis; pitiriasis rosada de Gibert; psoriasis; queratodermia; queratoacantoma; penfigoide; síndrome de Reiter; liquen rojo plano, estriado y esclerotrófico; hemangioma, etc.
E. Enfermedades Propias de las Mucosas:	Leucoplasias, etc.
F. Enfermedades de la Mucosa Bucal:	Queilitis; dermatitis perioral; hiperqueratosis sublingual, etc.
G. Enfermedades Metabólicas:	Xantoma tuberoso, etc.
H. Enfermedades de la Sangre:	Púrpura Henoch Scholein, etc.
I. Enfermedades Psíquicas:	Neurodermatitis; neuritis postherpética, etc.
J. Enfermedades del Colágeno:	Lupus eritematoso; dermatomiositis; esclerodermia, etc.
K. Enfermedades del Sistema Retículoendotelial:	Hiperplasias simples y complejas (linfomas, mielomas, etc.)
L. Enfermedades Malformativas:	Nevos, etc.
M. Tumores de la Mucosa Bucal:	Epiteloma basocelular y espinocelular; fibroma péndulo; mucocelo; lipoma; papiloma; tumor

NOTA: Es necesario anotar que todas estas enfermedades se relacionan directa o indirectamente con la mucosa bucal, pero no todo el cirujano dentista. El listado definitivo considerará la postura de otros investigadores del tema.

FUENTE: Elaborado en base a la Clasificación de Enfermedades según David Grinspan.

ASCUA: CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS QUE INCIDEN O REPERCUTEN EN SON DE INTERES PARA EL CIRUJANO DENTISTA, DICIEMBRE DE 1984.

ENFERMEDADES

queratosis pilar, folicular y seborreica; prurigo solar y de otros tipos, dermatitis solar, etc.

acto, dermatitis crónica, etc.

o recidivante; herpes zoster; verrugas virósicas: planas, vulgares, venéreas (condilomas acuminados) y filiformes; impétigo; granuloma piógeno; piodermatitis vegetante; pioestomatitis vegetante; piodermia oral; queilitis --- ar apostematosa, vegetante, supurada superficial y profunda); dermatitis microbiana; sífilis primaria y secundaria;

melasma; eritema nudoso, polimorfo y pigmentado fijo; eritrodermia ictiosiforme y otros tipos; vitiligo; melanoeder ptiiriasis rosada de Gibert; psoriasis; queratodermia; queratoacantoma; pénfijo vulgar, seborréico y otros tipos; de Reiter; líquen rojo plano, estriado y esclerotrófico; hemangioma, etc.

periforal; hiperqueratosis sublingual, etc.

etc.

lein, etc.

iritis postherpética, etc.

dermatomiositis; esclerodermia, etc.

s y complejas (linfomas, mielomas, etc.)

ar y epinocelular; fibroma péndule; mucocelo; lipoma; papiloma; tumores de Kaonon y de otros tipos, etc.

se relacionan directa o indirectamente con la mucosa bucal, pero no todas son en definitiva de interés para el ciru postura de otros investigadores del tema.

dades según David Grinspan.

MEXICO. CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA; ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA POR PACIENTES DE PRIMERA VEZ SEGUN SEXO, DICIEMBRE, 1984.

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
TOTAL	760	964	1 724	100.0
Neurodermatitis	87	88	175	10.1
Dermatitis por contacto	58	115	173	10.0
Tiña de los pies	64	78	142	8.2
Verrugas vulgares	60	79	139	8.1
Dermatitis suborreaica	46	71	117	6.8
Dermatitis solar	40	55	95	5.5
Melasma	54	26	80	4.6
Vitíligo	35	40	75	4.3
Prurigo por insectos	31	39	70	4.1
Psoriasis	30	26	56	3.2
Herpes zoster	15	25	40	2.3
Síndrome urticariano	18	22	40	2.3
Dermatitis microbiana	12	25	37	2.1
Piel alpíca	23	12	35	2.0
Eczematide	13	21	34	2.0
Fitiriasis rosada de G.	7	20	27	1.6
Impétigo varios tipos	8	16	24	1.4
Queratosis varios tipos	10	13	23	1.3
Tiña del cuerpo	9	10	19	1.1
Nevo varios tipos	6	13	19	1.1
Lepra indet. y Cont.	5	13	18	1.0
Alopecia varios tipos	8	10	18	1.0
Epitelioma basocelular	11	5	16	0.9
Escabiosis	6	10	16	0.9
Dermatitis perioral	2	12	14	0.8
Condiloma varios tipos	9	3	12	0.7
Liquen rojo plano y est.	6	6	12	0.7
Otras	87	111	198	11.5

FUENTE: Elaboración directa con datos de la S.S.A.; Archivo de Informes Diarios de Consulta del Centro Dermatológico Pascua, México, diciembre de 1984.

CUADRO 16

MEXICO. CENTRO DERMATOLÓGICO PASCUA: DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTAS DE PRIMERA VEZ - POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO, DICIEMBRE, 1984.

GRUPOS DE EDAD	CONSULTAS DE PRIMERA VEZ			
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
T O T A L	760	964	1 724	100.0
0 - 1 año	28	26	54	3.1
2 - 4 años	64	92	156	9.0
5 - 9 años	88	93	181	10.5
10 - 14 años	70	112	182	10.6
15 - 24 años	135	269	400	23.2
25 - 34 años	138	183	321	18.6
35 - 44 años	85	94	179	10.4
45 - 54 años	53	56	109	6.3
55 - 64 años	36	46	82	4.8
65 - 74 años	19	19	38	2.2
75 años y +	15	8	23	1.3

FUENTE: Elaboración directa con base en datos de la S.S.A.: Archivo de Informes Diarios de Consulta del Centro Dermatológico Pascua, México, diciembre de 1984.

MEXICO. CENTRO DERMATOLÓGICO PASCUA: DISTRIBUCION DE LAS CONSULTAS DE PRIMERA VEZ - POR ENTIDAD FEDERATIVA DE RESIDENCIA - DE LOS PACIENTES, DICIEMBRE DE 1984.

ENTIDAD FEDERATIVA	NÚMERO DE CONSULTAS	%
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	1 724	100.0
Distrito Federal	1 452	84.2
Estado de México	177	10.3
Guerrero	15	0.9
Michoacán	14	0.8
Puebla	14	0.8
Hidalgo	13	0.7
Otras	39	2.3

FUENTE: Elaboración directa con base en datos de la S.S.A.: Archivo de Informes Diarios de Consulta del Centro Dermatológico Pascua, México, diciembre de 1984.

MEXICO. EVOLUCION DE LA TASA BRUTA DE MORTALIDAD GENERAL. ^{1/} ENTIDADES FEDERATIVAS Y REGIONES, 1940 - 1975

ENTIDAD FEDERATIVA Y REGION *	1940	1950	1960	1970	1975
<u>República Mexicana</u>	<u>22.8</u>	<u>16.2</u>	<u>12.2</u>	<u>9.9</u>	<u>7.2</u>
I Pacífico Sur	<u>21.9</u>	<u>16.2</u>	<u>13.6</u>	<u>11.2</u>	<u>8.6</u>
Chiapas	18.1	14.2	13.6	11.1	7.8
Guerrero	16.1	14.0	10.8	8.2	6.4
Oaxaca	31.2	20.5	16.6	14.0	11.5
II Centro Este	<u>26.0</u>	<u>21.4</u>	<u>16.0</u>	<u>13.2</u>	<u>10.4</u>
Hidalgo	23.0	20.6	16.8	11.9	9.5
Puebla	27.8	20.8	16.4	14.3	10.7
Tlaxcala	27.4	22.9	15.0	13.4	11.0
III Centro Norte	<u>22.6</u>	<u>16.4</u>	<u>12.3</u>	<u>10.3</u>	<u>7.6</u>
San Luis Potosí	21.8	16.0	13.0	11.1	8.3
Zacatecas	23.5	16.9	11.7	9.6	7.0
IV Centro Occidente	<u>24.7</u>	<u>18.7</u>	<u>12.3</u>	<u>10.5</u>	<u>8.1</u>
Guanajuato	23.5	20.5	11.2	11.1	8.8
Michoacán	21.9	15.1	10.8	8.6	7.1
Querétaro	28.8	20.5	15.0	11.8	8.3
V Sureste	<u>17.3</u>	<u>12.6</u>	<u>10.2</u>	<u>7.5</u>	<u>5.9</u>
Campeche	17.4	11.7	10.8	7.7	6.3
Quintana Roo	10.7	9.5	6.5	4.9	3.6
Yucatán	24.0	16.6	13.3	9.9	8.0
VI Golfo Centro	<u>15.9</u>	<u>12.9</u>	<u>12.2</u>	<u>8.9</u>	<u>6.8</u>
Tabasco	14.5	12.5	13.2	8.7	6.5
Veracruz	17.3	13.3	11.3	9.2	7.0
VII Pacífico Centro	<u>17.6</u>	<u>12.3</u>	<u>10.3</u>	<u>7.4</u>	<u>5.8</u>
Durango	19.6	11.6	10.2	7.3	6.6
Mayaít	16.8	14.4	11.8	8.2	5.6
Sinaloa	16.4	11.1	8.9	6.7	5.3
VIII Centro	<u>26.1</u>	<u>19.1</u>	<u>14.4</u>	<u>9.4</u>	<u>6.8</u>
México	26.8	22.6	17.3	10.4	6.9
Morelos	25.5	15.7	11.6	8.4	6.7
IX Occidente	<u>25.1</u>	<u>16.3</u>	<u>13.3</u>	<u>10.4</u>	<u>7.4</u>
Aguascalientes	25.8	17.5	14.8	11.1	7.3
Colima	26.2	15.3	12.9	10.1	7.5
Jalisco	23.5	16.3	12.3	10.1	7.3
X Norte	<u>18.1</u>	<u>12.3</u>	<u>10.5</u>	<u>8.4</u>	<u>6.2</u>
Coahuila	23.5	13.8	11.7	10.3	7.1
Chihuahua	17.9	13.2	12.1	8.7	6.5
Nuevo León	17.4	11.5	9.1	7.3	5.4
Tamaulipas	13.7	11.0	9.4	7.4	5.6
XI Pacífico Norte	<u>16.2</u>	<u>11.6</u>	<u>9.8</u>	<u>7.5</u>	<u>6.2</u>
Baja California	17.5	11.0	7.7	8.0	5.9
Baja California Sur	12.8	11.4	10.1	6.4	6.2
Sonora	18.4	12.6	11.7	8.1	6.4
XII Distrito Federal	<u>24.6</u>	<u>15.4</u>	<u>10.1</u>	<u>9.5</u>	<u>6.1</u>
Desviación Estandar	5.1	3.8	2.6	2.2	1.7

^{1/} Tasa por 1 000 habitantes.

* Regiones ordenadas de mayor a menor marginación.

FUENTE: COPLANAR. Necesidades esenciales en México: Situación actual y perspectivas al año 2 000, vol. 4 "Salud", Ed. Siglo XXI, México, 1982.

MEXICO. PERSONAL MEDICO QUE LABORA EN LOS SERVICIOS MEDICOS DEL SECTOR SALUD, SEGUN ESPECIALIDAD, POR INSTITUCION, 1983

INSTITUCIONES	TOTAL	MEDICOS		ODONTOLOGOS	PASANT. EN LABO 1/ DE ME- DICINA	RES NO MEDICAS
		GENERALES	ESPECIALISTAS			
TOTAL	67 823	16 389	16 273	3 207	19 757	12 197
Instituciones de Seguridad Social	48 897	13 067	12 002	1 484	15 155	7 189
I.M.S.S.						
-Seguridad Soc.	33 872	8 313	7 584	985	10 285 ^{2/}	6 705
-Solidaridad Soc.	1 871	440	-	2	1 340	89
I.S.S.S.T.E.	9 530	2 997	3 098	107	3 157	171
P E M E X	2 009	739	773	107	240	150
S.D.H.	1 076	386	374	219	59	38
S.M.	539	192	173	64	74	36
Instituciones de Asistencia Social	18 926	3 322	4 271	1 723	4 602	5 008
S.S.A.	17 122	2 857	3 299	1 616	4 372	4 978
D.D.P.	1 804	465	972	107	230	30

NOTAS: 1/ En 1982 fueron 2 926; 2/ Se incluyen médicos residentes; =/ No se captó información.

FUENTE: S.P.P.-I.N.E.G.I. Información Estadística: Sector Salud y Seguridad Social, Cuaderno No. 4, México, julio de 1985.

MEXICO. CONSULTAS EXTERNAS OTORGADAS SEGUN
ESPECIALIDAD POR INSTITUCION, 1983

INSTITUCIONES	CONSULTAS		CONSULTAS MEDICINA ESPECIALIZADA		
	TOTALES	ODONTOLÓGICAS	GINECÓLOGICAS	PEDIÁTRICAS	OTRAS
TOTAL	n.d.	9 903 562	n.d.	n.d.	n.d.
Instituciones de Seguridad Social	21 738 226	4 739 983	2 060 588	2 110 958	12 826 697
I.N.S.S.					
-Seguridad Soc.	13 204 859	2 918 276	1 502 757	547 807	8 236 019
-Solidaridad Soc.	285 339	176 340	35 640	13 811	59 548
I.S.S.S.T.E.	5 452 541	1 109 733	299 524	506 426	3 536 858
P E M E X	2 075 461	348 958	142 191	871 427	712 885
S D N	508 375	118 527	60 527	127 201	202 120
S M	211 651	68 149	19 949	44 286	79 967
Instituciones de Asistencia Social	n.d.	5 163 579	n.d.	n.d.	n.d.
S.S.A.	n.d.	5 043 258	n.d.	n.d.	n.d.
D.D.F.	820 975	120 321	24 679	389 193	286 782

FUENTE: S.F.P.- I.N.E.C.I. Información Estadística: Sector Salud y Seguridad Social,
Cuaderno No. 4, México, julio de 1985.

MEXICO. PRINCIPALES SIGNOS SUGESTIVOS DE CARENCIAS NUTRICIONALES EN PREESCOLARES Y ESCOLARES, 1963 - 1974.
(Porcentaje de la muestra estudiada)

S I G N O S	ZONA NORTE	ZONA CTRO. OCC.	ZONA SUR		PERIFERIA DE LA CD. DE MEXICO	
	PREESCOLARES	PREESCOLARES	PREESCOLARES	ESCOLARES	PREESCOLARES	ESCOLARES
<u>Alteraciones en pelo:</u>						
Pelo fácilmente arrancable	3.88	-	26.70	0.0	25.25	2.9
<u>Alteraciones en ojes:</u>						
Conjuntivas gruesas y secas	-	11.38	9.60	7.96	44.30	17.90
<u>Alteraciones en labios:</u>						
Queilosis	7.52	10.00	7.80	10.80	12.60	11.00
<u>Alteraciones en encías:</u>						
Escorbúticas	5.33	10.17	3.80	1.25	0.00	3.40
<u>Caries dental:</u>						
Alteraciones en lengua	-	10.72	29.70	37.25	8.90	12.10
<u>Alteraciones en piel:</u>						
Palidez	17.01	-	41.45	28.00	12.55	12.40
Bocio	-	-	-	-	0.00	5.80
Edema nutricional en melecólos	-	-	0.90	0.00	-	-
P R O M E D I O	9.63	10.57	17.14	12.1	14.8	9.36

FUENTE: COPLAMAÑ. Necesidades esenciales en México; situación actual y perspectivas al año 2000, vol. 4 "Salud", Ed. Siglo XXI, México, 1982.

TRAUMÁTICAS

Contusiones y heridas en general: simples, compuestas, desgarros, fracturas, etc.

De origen dentario: mordedura accidental, mucosa mordida, úlceras (por decúbito, abrasiones, por maloclusión, etc.)

De origen protético: hiperplasias, erosiones, ulceraciones, etc.

Profesionales y ocupacionales: por instrumento de viento, sopladores de vidrio, etc.

Por cuerpos extraños: cepillos dentales, algodones, espigas - de pescado, etc.

FÍSICAS

Calor, frío, electricidad, radioterapia, radioterapia, radiocótopos, luz solar, etc.

QUÍMICAS

(Acción solamente local)

Medicamentos, anestésicos, hábitos, accidentes de origen ocupacional, etc.

FOR EL HABITO DE MASTICAR TABACO, ESTEL Y COCA

INFECCIOSAS

Por virus: herpes simple, herpes zóster, varicela vírica, etc.

Por rickettsias: enfermedad del anzano del gato, etc.

Por coccis: estafilococis, estreptococis, gonococis, etc.

Por bacterias: sífilis, enfermedad de Plaut Vincent, tuberculosis, lepra, etc.

Por hongos: Micosis superficiales (candidiasis, etc.) y profundas (blastomicosis, histoplasmosis, etc.)

PARASITARIAS

Leishmaniasis, cisticercosis, triquinosis, picaduras de insectos, miiasis.

VISCERALES

De origen digestivo, respiratorio, cardiovascular, genitourinario, etc.

DEL COLÁGENO

Lupus eritematoso (diseminado agudo y crónico), dermatosis, esclerodermia, etc.

DEL SISTEMA RETICULOENDOTELIAL (RETICULOPATIAS)

Reticulitis (hiperplasias simples de causa desconocida).

Reticulosis (hiperplasias de causa desconocida linfomas, - mielomas, etc.).

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

Parálisis y otras alteraciones de los nervios craneales.

Parálisis bulbar progresiva, esclerosis progresiva

Espasmos y tics faciales, polineuritis, alteraciones de la sensibilidad.

Síndromas vasculares y tumorales. Síndromes cerebrales.

Epilepsias, Meningitis, coma, etc.

MALFORMATIVAS, ANOMALIAS DEL DESARROLLO O DISPLASIAS.

Nevos de la mucosa bucal.

Malformaciones esencialmente cutáneas con localizaciones en mucosa bucal.

Facomatosis

Nevos de la mucosas (bucal y otras): nevo blanco esponja, etc.

Malformaciones por defectos embriológicos en la formación de la boca y del cuello, fisuras, hendiduras.

Malformaciones esencialmente óseas con localización maxilar.

Malformaciones de orden general con repercusión bucal.

Malformaciones esencialmente dentarias.

Procesos genéticos bucales de ordenamiento difícil.

QUÍMICAS

Amalgamo, mercurio, plata, iódoro, etc. Mordeduras de animales.

ENFERMEDADES CITARINOMUCOSAS

Pénfigo (vulgar, vegetante, Senear - Usher)

Pemfigoides (enfermedad de Dühring-Brook, eritema polimorfo, pemfigoide benigno de mucosas, etc.).

Liquen plano, acantosis nigricans, psoriasis, pitiriasis rosada, etc.

ENFERMEDADES EXCLUSIVAS DE LAS MUCOSAS

Exclusivas de los labios (queilitis), de las encías (gingivitis, etc.), del paladar (palatitis nicotínica, glandular, apendicemosa), de la lengua (escrotal, geográfica, romboidal, glo-solitaria, etc.).

ENDOCRINAS

Hipofísia, tiroides, etc. (hipofunción e hiperfunción)

Ciclo menstrual y alteraciones de la mucosa bucal

Embarazo.

METABÓLICAS

Glicidos (diabetes), lípidos (xantomas, etc.), proteínas, aminoácidos, etc.

DE LA SANGRE

Anemia, poliglobulia, púrpura, leucemia, etc.

CARENCIALES

Hipoproteinemia, síndrome de malabsorción, kwashiorkor, etc.

PSÍQUICAS

Neurosis, psicosis, psicopatismo, patología, "stress", etc.

TUMORES DE LA MUCOSA BUCA

Hiperplasias simples

Elastomas benignos

Blastomas malignos: epitelomas, papilomatosis bucal fibrosa, melanomas, sarcomas, etc.

ENFERMEDADES ALÉRGICAS

Ezemas, edema de Quincke, angitis sistémica.

LA INFECCIONAL FOCAL

"STRESS" y SÍNDROME GENERAL DE ADAPTACION

ENFERMEDADES POR AUTOINMUNIDAD

(AUTOSENSIBILIDAD O AUTOAGRESION)

LESIONES CUTÁNEAS DE LA CARA Y DEL CUELLO CON VINCULACION BUCA.

Cáncer, infecciones, etc.

PATOLOGIA OSEA DE LOS MAXILARES

PATOLOGIA DE LA ARTICULACION TEMPOROMAXILAR

PATOLOGIA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

PROCESOS DENTARIOS Y SINUSALES DE INTERES ESTOMATOLÓGICO

ENFERMEDADES Y SÍNDROME DE REPERCUSION BUCA

Síndromes de Melkersson-Rosenthal, de Romberg, de Sjogren, de Vanotti, etc.

ESTOMATOLOGIA PEDIÁTRICA O INFANTIL

ESTOMATOLOGIA DE LA PUEBLLAD, EMBARAZO O EMBARAZO

ESTOMATOLOGIA GERIÁTRICA

LESIONES PROFESIONALES

PRINCIPALES ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS CON MANIFESTACION ESTOMATOLÓGICA DE INTERÉS
PARA EL CIRUJANO DENTISTA

ORDENACION	ETIOLOGIA	ENFERMEDADES
Quíricas	Medicamentos ingeridos o aplicados	Varias
Infecciosas	Virus Bacterias Hongos	Gingivostomatitis aguda herpética, herpes simple vulgar (recidivante o recurrente), herpes intra-bucal recidivante. Sífilis Candidiasis
Cutaneomucosas	Diversa	Ampollares: Péufigos (péufigo vulgar, péufigo vegetante), penfigoides (penfigoidea benigno de mucosas, eritema multiforme o polimorfo), liquen rojo plano.
Exclusivas de las mucosas	Diversa	Leucoplasias
Propias de la mucosa y semimucosa bucal.	Diversa	Enfermedades propias de los labios: Quéilitis (glandular, no -- glandular) y lesiones perilabiales de interés estomatológico (dermatitis perioral).
Tumores de la mucosa bucal	Diversa	Tumores benignos: De origen epitelial (papilomas y queratocantoma) Tumores malignos: De origen epitelial: Carcinoma epidermoide o espinocelular (de labio, de lengua, del piso de la boca, gingival).

FUENTE: Elaboración directa con base en datos del Centro Dermatológico Pascua (condensados en el cuadro 12) comparados con los resultados obtenidos por Grinspan, Shafer y Burket. Véase también cuadros 13, 14 y 15.

NATURALEZA Y MECANISMO DEL ALCOHOL EN EL ORGANISMO HUMANO.

2  EL UNIVERSAL SOCIALES Miércoles 15 de enero de 1956

El beber alcohol causa graves problemas cerebrales y ocasiona una baja en vitaminas

De la investigación médica reciente, se sabe quién padece un "problema vitamínico". Los médicos no saben por qué y cómo caña el consiguiente exceso de alcohol, al hígado, al cerebro y a otros órganos, mientras que si se consume con moderación relaja el cuerpo, lo alivia y lo conforta. La respuesta está antes, en los efectos del alcohol y las funciones químicas del organismo, que en el alcohol en sí.

El bebedor habitual y el alcohólico genuino, comen poco y por eso muchas veces mantienen su peso; no es que su dieta sea escasa en calorías, lo que sucede es que buena parte de esas calorías las consume en forma de alcohol; éstas, son vacías como las de azúcar, y se queda en nutrientes; además, el alcohol interfiere en la absorción gástrica e intestinal de vitaminas y minerales; agravando el riesgo de mal nutrición y deficiencia vitamínica.

Aunque el "problema de la bebida" afecta a millones de personas a proporción de quienes desarrollan la fatal

afección comúnmente asociada con el alcoholismo: la cirrosis hepática es menor que el daño causado por el alcohol en el corazón, la sangre, el páncreas y el sistema nervioso, incluyendo el cerebro.

Deterioro Cerebral: por lo menos una complicación del abuso del alcohol, el Síndrome de Korsakoff, obedece directamente a la deficiencia vitamínica, especialmente de la B-1 (Tiamina). Las manifestaciones de este trastorno son las lagunas (pérdida de la memoria), parálisis o debilidad de los movimientos oculares y perturbación de la mente; éstos se pueden frenar en sus estadios iniciales, administrando al paciente grandes dosis de vitamina B-1. A esta deficiencia se la llama a veces "bari bari cerebral"; el bari bari propiamente dicho, es la carencia patológica de la vitamina B-1 y es una enfermedad poco conocida en Occidente, pero muy común en las poblaciones desnutridas.

Necesidades vitamínicas del sistema nervioso: la carencia de vitamina B-1 no es el único riesgo que se corre.

Otras vitaminas no menos importantes para el organismo, también se afectan directa o indirectamente. El nivel del ácido fólico, miembro del grupo vitamínico B que se da en vegetales de hoja verde, en el hígado y la levadura es bajo; este ácido es esencial para producir nuevos hematocitos y para absorber nutrientes como la vitamina B-1 y B-12, a partir del intestino delgado. Las neuralgias, el hormiguero y la debilidad muscular que declaran algunos alcohólicos, se relaciona con la deficiencia de vitamina B-6. La vitamina C o ácido ascórbico, también se ve muy reducida en los alcohólicos, comparado con los abstemios. Esta deficiencia puede deberse a hábitos alimentarios alterados, ya sea por falta de apetito o por utilización alterada de la vitamina.

Mejoramiento de la visión: gran número de alcohólicos padecan hemeralopía y ello se atribuye a la carencia de vitamina A.

Escasez de minerales y exceso de hierro: las diversas reacciones químicas que son esenciales para un metabo-

lismo sano requieren no sólo de vitaminas sino de minerales. El consumo excesivo puede reducir el nivel de magnesio en la sangre; si esto sucede quizá se vea afectada adversamente la contracción del miocardio, aumentando la propensión a ciertas afecciones neurológicas fatales en potencia. Al contrario, los bebedores crónicos a menudo presentan exceso de hierro en la sangre y en los tejidos; esto se debe a que el alcohólico, especialmente en los vinos tintos y las cervezas oscuras, contienen cantidades significativas de hierro.

"Asistencia a los alcohólicos: por lo general, los médicos aconsejan al alcohólico que deje de beber o, por lo menos, que reduzca el consumo del alcohol. Aunque no muchos tienen la fuerza de voluntad necesaria para abstenerse por completo, a su vez puede minimizar el daño físico en los sistemas respectivos, mejorando la nutrición. Aún si no ingiriera más alimentos, el bebedor se beneficiaría con una adecuada suplementación de vitaminas y minerales.

ANEXO INFORMATIVO

IMPORTANCIA Y CARACTERISTICAS DE
LAS MANIFESTACIONES ESTOMATOLÓGICAS DE ENFERME-
DADES DERMATOLÓGICAS EN LA POBLACION ME-
XICANA.

NOMBRE: _____

GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS: _____

INSTITUCION DONDE PRESTA SUS SERVICIOS: _____

PUESTO QUE OCUPA: _____

1. ¿Cuáles son las enfermedades dermatológicas que con más frecuencia se presentan en la población, en las distintas épocas del año?
2. ¿Son de fácil diagnóstico, o presentan dificultad para el mismo? ¿Por qué?
3. ¿Qué tipo de población se ve más afectada de acuerdo a su edad y condición socioeconómica?
4. ¿Qué importancia se da al paciente con lesiones orales? ¿Se atiende primero la lesión de piel o la oral?
5. ¿Cuáles son los métodos de laboratorio que con más frecuencia se emplean para la elaboración del diagnóstico?
6. ¿Que tipo de tratamiento es el más usual?
7. ¿Que trascendencia tienen las secuelas de estas enfermedades para el paciente?
8. ¿Cuenta nuestro país con los recursos suficientes para la atención de estas enfermedades?

9. ¿Con qué frecuencia se atiende a pacientes con alteraciones dermatológicas que son remitidos por el odontólogo?
10. ¿Ha habido casos en que algún tratamiento odontológico origine alguna enfermedad dermatológica? ¿Con que frecuencia? ¿Hay algunas estadísticas al respecto?
11. ¿Hay algunas enfermedades dermatológicas con mayor incidencia como causa de morbilidad? ¿Hay algunos registros?
12. ¿Que experiencia propia dado su interés podría ilustrar--nos como estudio de caso?
13. ¿A qué organismos puedo recurrir para conseguir la información necesaria sobre las manifestaciones estomatológicas de enfermedades dermatológicas para el caso de México, que me permitan llevar a buen fin este trabajo de tesis?
14. ¿Que recomendaciones particulares puede proporcionarme para el mejor desarrollo de este trabajo de tesis?

D I R E C T O R I O

CENTRO DERMATOLÓGICO PASCUA

S.S.A.

A.M.A.L.A.C.

Director Emérito

Dr. Fernando Latapi

Directora

Dra. Obdulia Rodríguez

Subdirector Turno Matutino

Dr. Amado Saul

Subdirector Turno Vespertino

Dr. Octavio Flores

Administrador

Marco Antonio Suárez

Consultantes

Dermatólogos

Doctores:

Eduardo Castro

Manuel Malacara

Salvador Vargas

Octavio Flores

Roberto Arenas

Guadalupe Ibarra

Silvia Ortiz

Rosa María Gutiérrez

María Teresa Zambrano

Alvaro Peñaloza

Guoha Bielak

Elvia Pérez
 Pilar Arenas
 Francisco de Ovando

Otros Consultantes:

Cirujano:	Rafael Equihua
Internista:	Ernesto Roldán
Oftalmología:	Guillermo León
Ortopedista:	
Psiquiatría:	
Dentista:	Mireya Desavre
Radiólogo:	Humberto Santini
Dermatopatólogos:	Josefa Novales
	Virgilio Santa María
Micólogos:	Roberto Arenas
Jefe de Laboratorio Q.F.B.:	Marcela Peña
Jefe de Enfermeras:	María Eugenia Cervantes
Trabajo Social:	Patricia García

CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA

S.S.A.

A.M.A.L.A.C.

PLANTA BAJA:

Administración

Recepción Consulta Archivo

Dental y Ojos

Consultas Piel 1 - 7

Consultorios Medicina Interna

Consultorios Ortopedia

Consultorios Psiquiatría

Cirujía y curaciones

PLANTA ALTA:

Dirección

Aulas "A" y "B"

Biblioteca 7:00 A.M. - 17:00 P.M.

Servicio Social

Epidemiología y Estadística

Laboratorio General

Laboratorio de Dermatopatología

Laboratorio de Micología

Laboratorio de Radiología

Horario:

Consultas 8:00 A.M.

Fin del Servicio 17:00 P.M.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- Amado, Saul. Lecciones de Dermatología, 10a. ed., MC Editor, México, 1983.
- Bagaert Diaz, Humberto. Manual de Dermatología, Ed. The C.V. Mosby Company, México, 1979.
- Coplamar. Necesidades esenciales en México: Situación actual y perspectivas al año 2000, Vol. 4 "Salud" Ed. Siglo XXI, México, 1982.
- Coplamar. Necesidades esenciales y estructura productiva en México: Lineamientos de programación para el proyecto nacional, publicado por Coplamar, México, 1982.
- Gardner, Ernest et. al. Anatomía: Estudio por regiones del cuerpo humano, 2a. ed., Salvat, México, 1976.
- Glickman, Irving. Periodontología Clínica, 4a. ed., Nueva Editorial Interamericana, México, 1974.
- Grinspan, David et. al. Enfermedades de la Boca, 4 tomos, Buenos Aires, 1970.
- Ham, W. Arthur. Tratado de Histología, 7a. ed., Nueva Editorial Interamericana, México, 1975.
- Jawetz, Ernest et. al. Manual de Microbiología Médica, 6a. ed., Ed. El Manual Moderno, México, 1975.
- Leeson, S. Thomás y C. Roland Leeson. Histología, 2a. ed., Nueva Editorial Interamericana, México, 1970.

- Linch, Malcolm A. et. al. Medicina Bucal de Burket: Diagnóstico y Tratamiento, 7a. ed., Nueva Editorial Interamericana, México, 1980.
- Lara, Norma y Victor López Cámara. Trabajo Odontológico en la Ciudad de México; Análisis de la Práctica Dominante, -- UAM-Xochimilco, México, 1984.
- Luna, Martha. "Importancia y Características de las Manifestaciones Estomatológicas de Enfermedades Dermatológicas -- en la Población Mexicana", Miniencuesta levantada entre el personal médico del Centro Dermatológico Pascua, México, 1984.
- Poder Ejecutivo Federal. Programa Nacional de Salud, 1984-1988. Programa Nacional de Alimentación, 1983-1988.
- Shafer, William G. et. al. Tratado de Patología Bucal, Nueva - Editorial Interamericana, México, 1977.
- Sintex. "Los diez grandes temas de la medicina mexicana", Simposio celebrado en el Auditorio del Instituto Sintex, - Memoria publicada por Sintex, México, 1977..
- SPP-INEGI. Información Estadística: Sector Salud y Seguridad Social, Cuaderno No. 4, México, julio de 1985.
- S.S.A. Archivo de Informes Diarios de Consulta del Centro Dermatológico Pascua, México, 1984 y 1985.
- S.S.A. Anuarios Estadísticos del Hospital General, 1981, 1982 y 1983.