



V N A M

362

**Escuela Nacional de Estudios Profesionales**

IZTACALA - U.N.A.M.

CARRERA DE ODONTOLOGIA

**ULCERAS ORALES QUE INDICAN UNA  
ENFERMEDAD GENERAL.**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

**MARIA ELSA VAZQUEZ GARDUÑO**

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO

1980



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## I N D I C E

### INTRODUCCION

- I HISTORIA CLINICA.  
(Interrogatorio)
- II TECNICA PARA EL EXAMEN DE LOS TEJIDOS BLANDOS.
- III ESTUDIO HISTOPATOLOGICO
  - a) Biopsia.
  - b) Citología Exfoliativa.
- IV ULCERAS ORALES QUE INDICAN NEOPLASIAS.  
Características Clínicas.
- V ULCERAS ORALES QUE INDICAN ENFERMEDADES INFECCIOSAS.  
Características Clínicas.
- VI ULCERAS ORALES QUE INDICAN DISCRACIAS SANGUINEAS.  
Características Clínicas.
- VII ULCERAS ORALES POR TRAUMATISMOS.  
Características Clínicas.
- VIII ULCERAS ORALES POR REACCIONES ALERGICAS.  
Características Clínicas.
- IX ULCERAS ORALES DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA.  
Características Clínicas.

### CONCLUSIONES

### BIBLIOGRAFIA

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

La cavidad oral está en íntima relación con todo el organismo por lo que nunca se debe estudiar como una entidad aislada.

La boca es la puerta de entrada de un gran número de agentes patógenos causando graves enfermedades, que tienen repercusión en la cavidad oral de distintas formas: se pueden presentar como, gingivitis, gingivorragia, lesiones pigmentadas, lesiones vesiculares, bulbosas o con la presencia de úlceras, de las que aquí nos ocuparemos en una forma general; describiendo clínicamente aquellas enfermedades tanto locales como generales que en un momento dado pueden tener como manifestación una úlcera.

Para elaborar un diagnóstico certero primero hay que examinar la mucosa bucal, por lo que tratamos la técnica de examen de los tejidos blandos de la boca, lo que nos ayudará a poner más atención a cada una de las zonas exploradas.

Una vez localizada la lesión elaboraremos la historia clínica que es sumamente importante, ya que nos orientará de manera eficaz a obtener un mejor diagnóstico y para comprobar nuestras sospechas la utilización del examen histopatológico. De esta manera quedan integrados los medios por los cuales obtenemos un diagnóstico confiable; y así establecer el plan de tratamiento que más convenga al paciente.

## CAPITULO I

### HISTORIA CLINICA

#### a) IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLINICA.

La Historia Clínica es el documento central en el expediente del enfermo. De su buena elaboración depende el éxito o el fracaso del médico en conseguir el mayor provecho para su paciente.

Es la biografía del individuo en relación a sus padecimientos físicos o mentales y por supuesto, incluye todos los datos antecedentes y actuales que puedan estar vinculados con ellos: su medio ambiente, sus hábitos, sus costumbres; sus características antropológicas y los factores concernientes a su herencia.

De su exactitud o interrogación dependen no sólo el diagnóstico, el pronóstico y la terapéutica del enfermo, sino también el conocimiento del ambiente en que se desenvuelve, de su pensamiento, su estado anímico, en fin de todo aquello que permite al médico conocer su personalidad, para ayudarlo más y participar con mejores armas en las actividades de salud a la comunidad.

La exactitud de los datos obtenidos depende no sólo de la preparación técnica del médico, de sus conocimientos de la nosología y la patología o de su acuosidad para obtenerlos, sino en gran parte de su capacidad en relación y contacto humano, de su inteligencia para comprender al individuo que sufre y de su habilidad para conseguir la información necesaria.

Recordemos que el paciente acude al médico porque lo necesita y su actitud está sujeta al tipo de padecimiento que sufre, su capacidad de comunicación puede ser limitada o grande, su estilo puede ser verborreico o retraído y su preparación pobre o amplia.

El médico debe tener paciencia, debe saber escuchar al enfermo, no solo oírlo, sino comprenderlo.

Hay varias razones por lo cual el odontólogo debe realizar una

historia clínica completa antes de iniciar cualquier tratamiento odontológico, de las cuales mencionaremos cinco principales:

- 1.- Para tener la seguridad de que el tratamiento dental no perjudicará el estado general del paciente ni su bienestar.
- 2.- Para averiguar si la presencia de una enfermedad general o la toma de determinados medicamentos destinados a su tratamiento pueden entorpecer o comprometer el éxito del tratamiento aplicado a su paciente.
- 3.- Para detectar una enfermedad ignorada que exija un tratamiento especial.
- 4.- Para saber si un padecimiento bucal es causado por una enfermedad local o general.
- 5.- Para conservar un documento gráfico que puede resultar útil en caso de reclamación por incompetencia profesional.

La historia clínica en odontología consta de un interrogatorio y un examen bucal. (Descrito en el siguiente capítulo).

#### b) EL INTERROGATORIO.

Este puede ser directo, cuando se hace al enfermo mismo o indirecto cuando se lleva a cabo a través de familiares o terceros.

El interrogatorio consta de varias secciones que son:

**DATOS PERSONALES:** nombre, edad, sexo y estado civil.

**ANTECEDENTES HEREDITARIOS:** abuelos paternos y maternos... si viven, su estado de salud, y en caso de deceso, la causa.

**Padre...** estado de salud, enfermedades sistémicas que padezca o haya padecido, en caso de fallecimiento, la causa.

**Madre...** estado de salud, enfermedades sistémicas que padezca o haya padecido, en caso de fallecimiento, la causa.

**Hermanos...** en qué número y estado de salud, enfermedades que padezcan, hereditarias, congénitas.

Familiares cercanos con enfermedades hereditarias o congénitas.

**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:**

Paciente originario de... con residencia actual en... tipo de trabajo que desempeña... casa habitación, de cuántas habitaciones... servicios con que cuenta... ventilación e higiene... número de personas que la habitan... alimentación, de qué calidad y en qué cantidad... tabaquismo, cuántos cigarros por día... alcoholismo, qué cantidad y con qué frecuencia... grado de escolaridad.

**ANTECEDENTES PATOLOGICOS:**

Vacunación contra las enfermedades propias de la infancia. Ha padecido alguna de ellas y a qué edad... antecedentes de otras enfermedades que haya padecido, su tratamiento y su evolución, antecedentes... alérgicos... traumáticos... quirúrgicos... transfusionales. Padecimientos que hayan requerido hospitalización y cuánto tiempo.

**PADECIMIENTO ACTUAL.**

Padecimiento actual, cuándo lo inició... cómo lo inició... qué características presentaba... qué manifestación daba... con qué características y manifestaciones ha evolucionado... y en qué condiciones se presenta actualmente... escrito con las palabras usadas por el paciente... si ha recibido algún tratamiento.

**c) INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:**

**DIGESTIVO:**

Le producen malestar los alimentos que ingiere... Cuáles y qué tipo de malestar... diarreas... cólicos... vómitos... Acidez... estreñimiento... color y olor de las heces... en las heces existe sangre o moco.

**RESPIRATORIO:**

Tipo y frecuencia de respiración... (apnea y disnea)... tos... ruidos... asma... obstrucción nasal.

**CIRCULATORIO:**

Hipotensión... hipertensión... flebitis... taquicardia... bradicardia... lipotimias... edema.

#### URINARIO:

Color y cantidad de las micciones... frecuencia... dolor y ardor... dificultad.

#### GENITAL.

Vida sexual activa o no... Padecimientos infecciosos qué tipo... tratamiento y evolución... menarca... menstruaciones tipo y frecuencia... - menopausia.

#### NERVIOSO:

Estabilidad emocional... irritabilidad... aprensivo... temor... ansiedad... aprensión... convulsiones... temblores.

#### ORGANO DE LOS SENTIDOS:

Auditivos... afecciones oculares... del gusto... del tacto... del olfato.

#### SINTOMAS GENERALES:

Todas aquellas manifestaciones descritas por el paciente.

#### TERAPEUTICA EMPLEADA:

Medicamentos empleados por el paciente... si se encuentra bajo tratamiento... qué tipo.

#### d) SIGNOS VITALES.

ESTATURA.....	PESO IDEAL .....
PULSO 80-100 mn.....	RESPIRACIONES 18-22 mn.....
TEMPERATURA 36.5-37.5° C..	TENSION ARTERIAL 120 - 80 .....

#### e) INSPECCION GENERAL.

Características clínicas del paciente desde el punto de vista general. Sexo... edad cronológica... edad aparente... orientación en las -



tres esferas (Postural, movimiento y conducta)... Constitución y conformación (Facies características).

**CABEZA:**

Tipo de cráneo... (Tamaño normocéfalo, dolicocefalo y braquicefalo)... presencia o ausencia de hundimiento y exostosis... implantación del cabello, tipo, distribución y cantidad... implantación y tipo de pabellones auriculares... ojos isocóricos e isométricos... movimientos oculares reflejos... nariz... tipo... permeabilidad de las narinas... secreciones... boca... labios forma y constitución... movimiento de apertura y cierre de la boca.

**CUELLO:**

Forma... tamaño... presencia de adenopatías... palpación de tiroides... movimientos de deglución... pulso carotídeo.

**IMPRESION DIAGNOSTICA:**

Diagnóstico presuntivo a través de los datos clínicos.

---

Lugar y fecha

---

nombre del Odontólogo

## C A P I T U L O    I I

### TECNICA PARA EL EXAMEN DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

#### a) IMPORTANCIA DEL EXAMEN ORAL.

El examen de la boca es de vital importancia ya que es un sitio del organismo rico en patología de los diferentes tejidos y órganos que la forman, además participa de las manifestaciones de enfermedades generalizadas o que tienen marcada expresión clínica en la boca. Así se encontrará patología local pura y síntomas y signos producidos por enfermedades "sistémicas" o generalizadas pudiendo mencionar: enfermedades inflamatorias e infecciosas, alérgicas, metabólicas, nutricionales, hematológicas, endocrinológicas, tóxicas y neoplásicas.

El beneficio que cabe obtener del examen clínico depende de la manera de realizarlo y de la capacidad del odontólogo para interpretar lo que observa.

Este examen debe ser hecho metódicamente, examinando todos - los sectores con una técnica adecuada. Debe conocerse lo normal para apreciar lo patológico.

Para realizar la exploración de la cavidad bucal, el odontólogo debe procurar que el campo de observación esté totalmente despeja do de restos de alimentos y prótesis removibles.

El paciente estará sentado cómodamente con soporte adecuado para la cabeza y buena iluminación, ya sea natural (es la mejor) o artificial (directa o indirecta).

#### b) INSTRUMENTAL NECESARIO PARA EL EXAMEN:

Espejo bucal.

Depresor lingual (abate lenguas).

Explorador dental.

Pinzas de curación.

## Sondas.

### c) METODOS DE EXPLORACION.

#### INSPECCION.

La inspección visual nos permite observar el estado de las partes blandas de la boca, la presencia de tumefacciones, úlceras en la piel y en la mucosa oral, su localización, tamaño y forma, así como la alteración de color.

El método de inspección visual debe ser sistemático y completo para que no se pase por alto ninguna zona de los tejidos orales o periorales.

#### EXAMEN PERIORAL.

El examen empieza por la cara y cuello.

1.- CARA.- Aquí valoraremos: aspecto de la piel en las diversas regiones, color y textura, además de la forma y la expresión.

Forma.- Que a la vez determina la de las arcadas dentarias y la del paladar óseo.

- a).- En el hábito Pícnico será ancha, pentagonal, con paladar plano.
- b).- En el hábito atlético será ovoide, alargada, con mandíbula hipoplásica y perfil anguloso con paladar ojival.

#### EXPRESION.

a).- Ansiosa, con impotencia funcional, sialorrea y desviación de la mandíbula en los fracturados o luxados.

b).- Ahogo, en las inflamaciones o edema del fondo de la boca (accidentes de los terceros molares).

c).- Respiración bucal, en los sujetos de obstrucción nasal o hipertrofia de la amígdala faríngea (facies adenoides).

d).- Dolorosa, en procesos agudos dentarios (pulpitis, fle-

món dentario).

c).- Sardónica, con trismo, en el tétanos.

Observaremos también la presencia de ulceraciones, tumefacciones, manchas y cicatrices.

2.- CUELLO.- Aquí podemos observar adenopatías (causa inflamatoria, tumorales), abscesos, fistulas, cicatrices y manchas.

A continuación examinamos la boca, primero cerrada y después abierta.

Observamos su tamaño que puede ser excesivo o exíguo, la oclusión de los labios que puede ser deficiente o excesiva. Si existe fisura labial o no, en caso de existir se verá si es unilateral o bilateral y si está asociada a fisura alveolar o alveolo palatina total.

Se le pide al paciente que abra y cierre la boca mientras se observan las articulaciones temporomandibulares y los movimientos de la mandíbula para descubrir las asimetrías y buscar alteraciones durante el cierre y la apertura de los maxilares y en las excursiones laterales y protrusivas al simular los movimientos de la masticación.

Las asimetrías suelen indicar una mal oclusión, una anomalía de las articulaciones temporomandibulares, o la presencia de masas en los tejidos blandos adyacentes a la mandíbula que afectan su movimiento.

#### EXAMEN ORAL.

Le pedimos al paciente que abra la boca para observar el tamaño de su orificio bucal, y la apertura, que debe ser simétrica igual que las comisuras.

A continuación evertidos ambos labios examinamos la mucosa de los mismos y los surcos vestibulares en su parte anterior.

Posteriormente con la boca bien abierta ayudados de un espejo bucal examinamos las mucosas yugales derecha e izquierda en toda su extensión.

Se aprovecha para observar los orificios de los conductos de

Stenon y al mismo tiempo el resto de los surcos vestibulares, y por visión indirecta el espacio retromolar.

Hacemos sacar y proyectar la lengua del paciente examinando su dorso en su tercio anterior y medio, traccionando con una gasa la punta de la misma, con el espejo observamos su tercio posterior, la V-lingual y su base pudiendo ser vista por visión indirecta para completar su examen.

De inmediato traccionando la punta de la lengua hacia las comisuras opuestas observamos su borde, incluso las papilas foliadas.

El paso siguiente consiste en examinar la cara ventral de la lengua y el piso de la boca haciendo que el paciente lleve la punta de su lengua hasta tocarse el paladar, utilizando un espejo o abatelenguas para mantener la lengua evertida y permitir la mejor observación de algunas zonas.

Corresponde ahora el examen del paladar duro en su tercio anterior, medio y posterior, seguido del paladar blando. Esta observación puede hacerse en forma directa y a través de un espejo grande que, colocado sobre la lengua ilumina más el paladar.

Aprovechamos también para observar ambas regiones amigdalinas, la úvula que puede ser bifida, corta o larga en exceso, el velo del paladar, los pilares y la porción oral de la faringe que se visualiza deprimiendo la lengua con un abatelenguas.

El último paso es el examen detallado de las encías, en primer lugar la mandibular, en sus regiones vestibulares, desde la zona del tercer molar del lado derecho hacia el sector anterior y luego hasta el tercer molar del lado izquierdo, utilizando un espejo para separar la mucosa yugal.

Continuaremos con el examen de las encías por la cara lingual también ayudados por un espejo que permite deprimir la lengua y al mismo tiempo la observación indirecta de los sectores difíciles de ser vistos de otra manera. Reconocemos el surco o hendidura gingival. Esta misma técnica la utilizamos para el examen de la encía vestibular y palatina del maxilar.

## PALPACION.

Su principal utilidad, es investigar áreas sospechosas para conocer su consistencia, extensión y sensibilidad.

La palpación de los tejidos orales y periorales puede realizarse antes, durante o después del examen visual.

El orden más frecuente es empezar por los tejidos extraorales y continuar por los intraorales.

### Extraorales.

1.- Pónganse las manos planas sobre la cara, con los índices apoyados con firmeza sobre la articulación temporo-mandibular y la glándula Parótida, y pálpense las masas. Mientras las manos aparecen en esta posición el paciente debe abrir y cerrar la boca.

2.- Búsquense los ganglios linfáticos colocando los dedos de ambas manos sobre la piel del cuello, aproximadamente de 2 a 5 cm. por debajo del borde inferior de la mandíbula. Los dedos deben estar en posición perpendicular al cuello y han de presionar con firmeza, después se suben lentamente hasta llegar al borde inferior de la mandíbula. De esta forma se utiliza la mandíbula como pared sobre la cual se mueven los ganglios linfáticos. Los ganglios aislados, móviles, palpables, se encuentran en 80 a 60% de todos los pacientes sanos. Los ganglios linfáticos palpables múltiples y los inmóviles o fijos se han de examinar con todo cuidado.

3.- La zona cervical se palpará en busca de ganglios linfáticos y de neoformaciones, colocando los tejidos que rodean el esternocleidomastoideo entre el pulgar y los otros dedos apretando suavemente, a medida que la mano se mueve en sentido vertical. La palpación de las regiones posteriores auricular y occipital se efectúa moviendo los dedos de ambas manos en dirección posterior desde el músculo esternocleidomastoideo hasta que se encuentren en la zona medio occipital.

### Intraorales.

Estos se palpan utilizando un guante estéril.

Los labios, la mucosa bucal, la lengua, el paladar y el piso

de la boca se palpan bimanualmente o bidigitalmente. Si solamente se usa un dedo, una masa subyacente podría desplazarse ante su empuje y escapar a la detección, con la palpación bimanual, en la que un dedo o una mano empujan al tejido contra el segundo dedo o mano, se evita que esto ocurra.

#### SONDEO.

La sonda puede utilizarse para descubrir trayectos fistulosos así como para detectar caries o determinar la presencia de bolsas paradontales, o detectar una comunicación entre la boca y el seno maxilar.

#### EXAMEN RADIOGRAFICO.

El examen radiográfico es un método auxiliar de diagnóstico, éste nos revela las formas básicas con que el tejido calcificado reacciona a los procesos patológicos. Los tejidos reaccionan ya sea desintegrándose o proliferándose.

Una radiolucidez o una radiopacidad bien definida y circunscrita en una radiografía representan una lesión que se desarrolla con la lentitud suficiente para que el hueso contiguo pueda reaccionar. - Una zona radiopaca o radiolucida mal definida suele indicar que la lesión se desarrolla rápidamente y que el hueso contiguo no ha tenido tiempo de reaccionar.

Las radiografías pueden proporcionar una información relativa a algunas alteraciones de los tejidos blandos, como la calcificación en los conductos o en las glándulas salivales. Los cálculos del conducto de la Parótida y de la Sub-maxilar pueden demostrarse mejor con la radiografía que con cualquier otra técnica de exploración.

De manera similar, la localización en los tejidos blandos de cuerpos extraños, tales como agujas rotas o materiales dentales.

La interpretación correcta de las radiografías sólo es posible cuando se conocen perfectamente los puntos de referencia normales.

#### OLFACION.

Este examen nos permitirá hablar de halitosis y olores suigeneris como sucede en el pénfigo, o en la diabetes.

#### PUNCION.

La punción es útil cuando existen dudas acerca de si se trata en realidad de una lesión de contenido líquido y cuál es la clase de éste. Este método nos permitirá también estudiar las modificaciones de la sensibilidad de la mucosa.

#### BULBO-ASPIRACION.- Exploración de la fragilidad de la mucosa.

La mucosa bucal es, en oportunidades muy frágil (púrpura), y fácil de desprenderse (enfermedades ampollares en especial). También en ocasiones sus vasos son débiles (procesos vasculares hemorrágicos).

Para la comprobación de la fragilidad de la mucosa utilizamos un bulbo de goma de los que se usan en goteros y que tienen en la base un relieve circular. Lo humedecemos, comprimimos la goma para desalojar el aire de su interior y lo aplicamos sobre la mucosa, previo secado de la misma.

Preferimos la mucosa yugal y la del labio superior.

Para la fibro mucosa utilizamos una pipeta de vidrio de 3 a 4 mm. de diámetro, que lleva adosado en su extremo una pera de goma para producir vacío.

Dejamos el bulbo de goma o la pipeta entre 3 a 6 minutos. - Prácticamente todos los procesos ampollares muestran fragilidad de la mucosa. Al desprender el bulbo de goma, en los casos de fragilidad de la mucosa, ésta a veces se eleva, herniándose en el sitio de aplicación. Si secamos la mucosa observamos en otras ocasiones un desprendimiento epitelial. Puede por fin formarse una ampolla serosa o hemorrágica.

La bulbo-aspiración nos permite en casos especiales provocar ampollas para estudios histopatológicos.

#### DIASCOPIA.

La diascopia es la observación de la mucosa, a través de un-



vidrio o lámina transparente que la comprime. Permite ver si desaparece una coloración o si persiste toda o parte de ella. Diferenciaría - por ejemplo: una mancha roja por congestión de una producida por púrpura. Esta última persistiría al realizar la diascopia.

#### DERMATOSCOPIA.

Recibe el nombre de dermatoscopia el examen de la piel y de las mucosas por intermedio de una lente de aumento con iluminación.

Existen dermatoscopios que permiten aumentos grandes de hasta 30 veces o más. El que se utiliza en odontología tiene graduaciones de 5, 8, 12, 15, 20 y 32 aumentos.

En la mucosa bucal pueden observarse con el dermatoscopio de talles que escapan a la observación ocular directa. Es de utilidad en el estudio de la fina red vascular superficial de la mucosa, permitiendo reconocer microaneurismas, varicosidades, elementos purpúricos, la iniciación de pigmentaciones melánicas de la mucosa y, en especial los caracteres de las papilas linguales; edemas incipientes de la mucosa, inflamaciones superficiales y queratinizaciones mínimas, posibles de ser confundidas con leucoedemas puros. En el paladar es útil, algunas veces, para demostrar en el centro de algunas lesiones inflamatorias la presencia del orificio de glándulas salivales como sucede en la palatitis glandular simple. También en procesos ampollares para diferenciar, en caso de rotura de las ampollas, la persistencia del techo de las mismas o su desaparición que dá lugar a una pérdida de sustancia (erosión).

En el dorso lingual, zonas que a la inspección directa aparentan ser de atrofia papilar, con el dermatoscopio se aprecia en realidad hipotrofia de las papilas.

El dermatoscopio facilita el diagnóstico.

#### FLUORESCENCIA (LUZ DE WOOD).

La Luz de wood, la luz azul, luz violeta, luz negra o luz fluorescente puede ser producida por una lámpara a vapor de mercurio, no menor de 100 W, filtrada a través de óxido de níquel de silicio, de

bario, de potasio o de cobre y de un espesor no menor de 1/2 cm.

El color normal que dá a la piel y mucosas este tipo de luz, es violeta, con tonalidades variables según la vascularización de la región examinada. Muchas lesiones cutáneo-mucosas son capaces de hacer cambiar el color de esta luz.

La luz de wood en la mucosa bucal.

En la lengua la luz de wood da un color rosa anaranjado, color que se acentúa en las zonas saburrales. Las modificaciones de este color serían patológicas, ejemplo: en las zonas con hipotrofia o con atrofia papilar, desaparece dicha coloración, lo mismo que en la hipovitaminosis B.

En la semi-mucosa labial, escamas que clínicamente no son visibles se hacen evidentes con la luz de wood, con un color blanquesino brillante.

En general, las mucosas que presentan zonas inflamadas con mínima pérdida de la sustancia superficial (erosión) se observan como manchas muy oscuras de color violeta vinoso.

En las anemias se destaca el color pálido en especial en el paladar blando y en el piso de la boca.

#### FOTOGRAFIA.

La fotografía forma parte de un examen bucal completo.

Tiene el valor de una documentación comparativa para verificar la evolución de una lesión frente a la terapéutica empleada.

Resulta útil también para fines de publicación científica, y en ocasiones tiene un valor diagnóstico.

#### d) CARACTERES NORMALES DE LA MUCOSA BUCAL.

El examen de la mucosa permite, en condiciones normales, hallar los siguientes caracteres:

La boca es una cavidad oval, cuyo diámetro mayor es antero-posterior. Hacia delante está limitada por los labios, hacia atrás -

por el istmo de las fauces, arriba por la bóveda palatina, abajo por la lengua y piso de la boca y a los lados por los carrillos o mejillas, que constituyen las paredes laterales.

En reposo la boca es una cavidad virtual, que se hace real al separar la mandíbula, al distender los carrillos como por ejemplo al soplar.

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

La boca "propiamente dicha" está limitada adelante y a los lados 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 una forma de herradura, está limitado, adelante por la mucosa de los labios, a los lados por la mucosa yugal, atrás por la cara externa o vestibular de las piezas dentarias, encías y arriba y abajo por los surcos vestibulares o fórnix superior e inferior, y en la parte más profunda (posterior) por el borde anterior de la rama ascendente mandibular.

Si el individuo es dentado y está en oclusión, la comunicación entre ambas zonas, boca propiamente dicha y vestíbulo bucal, se realiza por los espacios interdentarios y por el espacio retro molar. Este está comprendido entre la cara distal del último molar y el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula. Si el individuo es desdentado la comunicación entre ambas zonas es amplia.

#### LABIOS.

La región labial está limitada arriba, por el subtabique nasal, el borde de los orificios nasales y la extremidad posterior del ala de la nariz. Abajo por el surco mento-labial y a los lados por los surcos naso y labio-genianos.

El labio superior en su parte media presenta el surco subna

sal o "filtrum", que es una depresión que se extiende verticalmente desde el subtabique nasal hasta el borde libre del labio, donde termina en una pequeña eminencia, el tubérculo del labio superior.

La piel del labio es gruesa y tiene en el hombre abundantes folículos pilosos y glándulas sebáceas y sudoríparas, en el labio superior.

Normalmente la hendidura bucal tiene el doble de la distancia existente entre el ángulo interno y externo de un ojo. Al abrir los labios se puede apreciar el diámetro de la abertura bucal.

La raza imprime modificaciones en el tamaño y forma de los labios.

Existen diferentes formas labiales: labio inferior evertido, carnoso, atónico, que sobrepasa mucho al superior. Otra forma labial es la lineal, que ofrece una expresión de firmeza y donde las semimucosas prácticamente permanecen ocultas porque se adosan entre sí en su mayor extensión. Otra forma es la que ofrece un aspecto intermedio de las formas descritas y que sería el término medio normal.

La pared roja del labio, o semimucosa o pseudomucosa, por su localización y su constitución, es una zona intermedia entre piel y mucosa. Presenta un color rojizo, es seca y muestra un suave surcado sagital con variaciones en su aspecto, según la raza, sexo y edad.

Es muy frecuente observar, sobre todo en la semimucosa del labio superior, pequeñas manchas amarillentas puntiformes o del tamaño de la cabeza de un alfiler que pueden producir un cierto relieve. Se trata de los puntos de Fordyce, que son glándulas sebáceas y que por su frecuencia no deben ser considerados heterotopías patológicas. Si se tracciona la semimucosa o se practica vitropresión, se hacen más visibles.

Para una mejor descripción de las lesiones en la semimucosa podemos dividirla por medio de líneas imaginarias que parten de las narinas en tres sectores o zonas: media o central, comisural derecha e izquierda. Horizontalmente puede diferenciarse una zona vecina a la piel y otra vecina a la mucosa.

La línea de Klein está representada por el contacto de la se mimucosa del labio superior con la del inferior y prácticamente separa, en los labios de constitución normal, la semimucosa de la mucosa labial.

Para examinar la mucosa labial, tomamos el labio con los dedos índice y pulgar de cada mano y lo extendemos. Primero analizamos el labio inferior y luego el superior.

Vemos que la mucosa labial se continúa con la yugal a los costados. Arriba y abajo se observan los surcos vestibulares superior e inferior, donde la mucosa se flexiona sobre los rebordes alveolares correspondientes; es la mucosa alveolar, que al unirse a la encía adherida constituye la unión muco-gingival o gingivolabial en esta zona.

La mucosa alveolar, al traccionar el labio, se destaca nítidamente por ser más roja y laxa, contrastando bien con la encía adherida, que es una fibromucosa rosada clara.

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.

La mucosa labial es rosada y húmeda como toda la mucosa bucal, con un dibujo bien notable dado por la red vascular.

Presenta múltiples puntos con aspecto papuloide que determinan un pequeño relieve y que corresponden a los orificios de las glándulas salivales de la mucosa. Secando la mucosa y esperando unos segundos se puede observar pequeñas gotas de saliva que fluyen por cada uno de dichos orificios.

A la palpación bidigital, con el índice y el pulgar sobre la piel, se aprecian múltiples elementos como "municiones", pequeños, más o menos duros y que corresponden a las glándulas mucosas. Si se palpa el trayecto de las arterias coronarias se puede percibir el latido de las mismas.

MEJILLAS.

Las mejillas, carrillos o región geniana están limitadas adelante por los labios.

En su cara cutánea, el surco nasogeniano y el labiogeniano - que lo continúa, constituyen el límite anterior. Su espesor depende de la cantidad de tejido adiposo, siendo más convexa en el niño, aplandándose generalmente con la edad y deprimiéndose en el viejo, por pérdida de grasa y de los molares.

La cara mucosa se llama mucosa yugal.

Tomando los labios con los dedos pulgar e índice de ambas manos observamos que la mucosa yugal, 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, presentando las mismas características descritas anteriormente al referirnos a la mucosa labial.

La mucosa yugal se observa lisa, rosada y húmeda. La red vascular puede estar más marcada a nivel de los surcos vestibulares superior e inferior. Puede existir, de acuerdo con la edad y constitución del sujeto, un suave surcado o plegamiento vertical. A la altura del cuello del primero o del segundo molar superior se encuentra situado un orificio que corresponde a la desembocadura del conducto de Stenon por donde fluye la saliva de la glándula Parótida. Dicho orificio puede observarse deprimido. Secando la mucosa y presionando en la zona parotídea se observa fluir la saliva por el orificio y así comprobamos la permeabilidad del conducto de Stenon.

Por detrás, vecino al conducto de Stenon, se distinguen los orificios de las glándulas salivales conocidas con el nombre de glándulas molares.

Para completar el examen del tercio posterior nos valemos del espejo para separar y observar con visión indirecta el fondo de los surcos vestibulares.

A la palpación bidigital, tomando la mucosa con los dedos -

pulgar e índice se puede percibir algunas veces, en especial si están agrandados, alguno de los pequeños ganglios genianos, sobre todo el subestenoniano o interbuccinador mucoso, que se palpa mejor por estar situado entre el buccinador y la mucosa. En determinado momento del examen es conveniente hacer ocluir las piezas dentarias para no confundir alguno de los ganglios genianos con el borde anterior del músculo-masetero o con la prolongación anterior de la parótida.

Podemos en ese momento hacer la palpación del músculo masetero para reconocer su tonacidad y la presencia o no de puntos dolorosos. En el trayecto de la arteria facial se puede percibir el latido de la misma. Si se palpa con el índice en el tercio posterior hacia atrás, arriba y afuera a la altura de la apófisis coronoides, reconoceremos la inserción del músculo temporal. Recorremos luego siempre con el índice, el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula y luego, ya en el surco vestibular inferior, reconocemos la línea oblicua externa. Al llegar a la altura de los premolares se puede verificar la sensibilidad a nivel del agujero del conducto mentoniano.

#### LENGUA.

Ocupa en reposo todo el espacio circunscrito por los rebordes alveolo-dentarios.

Con la boca abierta examinamos la porción bucal del dorso, situada por delante del istmo de las fauces. Pedimos al paciente que saque la lengua, secamos e inspeccionamos la punta. Luego la tomamos con una gasa, traccionamos y secamos e inspeccionamos el dorso. El tercio posterior y la V lingual lo examinamos con visión directa o indirecta con un espejo; al tercio medio y anterior con visión directa.

La V lingual está formada generalmente por 9 u 11 papilas caliciformes estando dirigido el vértice hacia la faringe. Cada papila-caliciforme presenta un mamelon central redondeado, que hace relieve sobre la mucosa; tiene un surco que la circunda y lo separa de un pequeño repliegue vecino. El mamelon es la papila propiamente dicha y el repliegue es el cáliz, de allí el nombre de papila caliciforme.

Siempre examinando con espejo por detrás de la V lingual, en

la porción faríngea de la lengua se puede observar la presencia de folículos a ambos lados de la línea media, que constituyen la amígdala lingual. Sobre la línea media, por detrás del vértice de la V lingual, se halla una pequeña depresión más o menos profunda que corresponde al agujero ciego, vestigio del conducto tirogloso. No es fácil la observación de esta zona.

El dorso, por delante de la V, en la porción bucal de la lengua tiene un aspecto aterciopelado que está dado por las papilas filiformes. En la línea media existe un suave surco.

Pueden observarse cercanas al borde y punta de la lengua las papilas fungiformes. Su número varía entre 150 y 200. Se encuentran distribuidas entre las papilas filiformes, en especial en la punta y en los bordes, y en número menor por delante de la V lingual.

Para la mejor inspección es necesario secar bien, además debemos distender la mucosa y observar el fondo de los surcos (con lupa o dermatoscopio si es necesario), como también realizar diascopia. Al proyectar la lengua afuera de la boca, pero sin demasiada fuerza, podemos observar la suave movilidad que normalmente producen las fibras musculares de este órgano evaluando también la normalidad funcional. Deslizándose suavemente el pulpejo del índice sobre el dorso lingual, percibimos que es algo más áspero que las mucosas de revestimiento.

A la palpación mono y bidigital verificamos el tono muscular normal, la consistencia y la ausencia de induraciones musculares.

Terminado el examen del dorso, tomamos con una gasa la punta de la lengua y la traccionamos hacia un costado, con visión directa o indirecta, inspeccionamos el tercio posterior del borde lingual donde vemos pliegues transversales al mismo, que parecen las hojas de un libro y que corresponden a las papilas foliadas. El color suele ser algo más rojizo. A la palpación se reconoce el plegado de la mucosa de consistencia algo mayor que la del tejido vecino. Inspeccionamos luego el tercio medio, que también es redondeado y con un suave surcado vertical u oblicuo.

Examinamos al mismo tiempo la mucosa de la cara ventral de -



la lengua vecina al borde, la mucosa presenta un color rosa claro, lisa, fija al plano muscular, con una rica red vascular destacándose nítidamente los vasos ranianos.

Para inspeccionar la cara ventral en su tercio anterior pedimos al paciente que dirija la punta de la lengua hacia arriba y atrás. Es la mucosa más laxa y flexible de la zona sublingual. En la línea media existe un pliegue mucoso que une la cara ventral de la lengua al piso de la boca, y que constituye el frenillo lingual. A sus costados existen pequeños pliegues (pliegues franjeados o fimbriados), algunas veces con aspecto papilomatoide, y a veces filiforme, donde se encuentran los orificios de un grupo de glándulas salivales conocidas como de Blandín o de Nuhn y que están ubicados en el espesor de la lengua. Estos orificios no son de fácil observación.

La red vascular es rica y bien notable. En la vecindad de la punta terminan los vasos raninos. Debemos palpar la cara ventral de la lengua en toda su extensión para descartar durezas y zonas dolorosas.

#### PISO DE LA BOCA.

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 fuera y la mucosa de la cara ventral de la lengua por dentro, terminando posteriormente en la parte inferior del pilar anterior. Para inspeccionar la parte anterior es suficiente que la boca esté bien abierta, pidiendo al paciente que lleve arriba y atrás la punta de la lengua. 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 observamos las carunculas salivales a ambos lados.

En la línea media encontramos el frenillo lingual. A cada lado del mismo en la zona sublingual del piso de la boca, se observa -

una formación de aspecto papilomatoide (la caruncula salival) en cuyo vértice existe un orificio que corresponde a la desembocadura del conducto de Wharton de la glándula submaxilar. Secando bien el piso de la boca y comprimiendo la piel en la zona de la glándula submaxilar se puede ver fluir por dicho orificio la saliva, a veces en pequeños chorros.

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.

A la palpación se percibe la mucosa suave, fina, con los relieves irregulares que corresponden a las glándulas antes dichas, y que se pueden poner más de manifiesto practicando palpación bimanual endo y exobucal, o levantando por piel, la zona sublingual.

A ambos lados de la línea media, sobre la mucosa alveolar que cubre la tabla interna mandibular se pueden palpar las apófisis geni.

Hacia ambos lados y hacia atrás, la mucosa del piso de la boca laxa y flexible 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. A la palpación notamos los mismos caracteres de la mucosa, salvo la diferencia dada por el relieve de la línea oblicua interna mandibular. Con palpación bimanual endo y exo bucal se puede apreciar un trecho del trayecto del conducto de Wharton. El examen del orificio y conducto de Wharton puede también ser completado con el cateterismo y radiografías.

#### PALADAR.

La parte anterior está constituida por el paladar duro y la posterior por el paladar blando o velo del paladar. En conjunto constituyen la pared superior o techo de la cavidad bucal.

Por delante y a los costados está limitado por la región gingivo dentaria con cuya encía se continúa casi imperceptiblemente. Por detrás termina en el borde libre del paladar blando, donde con la base de la lengua determina el orificio que constituye el istmo de las fauces.

La mucosa del paladar 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. A la palpación se le nota bien adherida al plano óseo. Este presenta variaciones, pudiendo ser plano, algo deprimido o sa-  
liente, siendo por ello diferente a la inspección la forma de dicho rafe.

En la parte posterior limita con el paladar blando y es frecuen-  
te que a ambos lados, vecino a la línea media, se observa una pequeña de-  
presión de la mucosa que constituyen las foveolas palatinas. En su parte  
anterior se observa la papila palatina que está situada por detrás de los  
incisivos centrales y tiene un aspecto piriforme. El tercio anterior del  
paladar duro se examina mejor con un espejo.

Se puede observar que a partir del rafe medio existen relieves-  
transversales u oblicuas de la mucosa. Son las arrugas palatinas, cuya -  
función es prestar apoyo a la punta de la lengua en el desmenuzamiento -  
del bolo alimenticio. A la palpación notamos dicho relieve. La fibromu-  
cosa es dura y bien adherida a los planos profundos. En el tercio medio-  
y más en el posterior existen orificios de las glándulas salivales. A -  
ese nivel la mucosa palatina es más blanda y acolchada por la presencia -  
de la capa de dichas glándulas y además de grasa. Debemos comprobar con-  
la palpación a nivel de los agujeros palatinos anteriores y posteriores -  
si existe aumento de la sensibilidad dolorosa.

Hacia atrás el paladar duro se continúa con el blando o velo -  
del paladar notándose perfectamente dicho límite por el cambio de color,-  
movilidad, y porque cae casi verticalmente. En la línea media del borde-  
libre del paladar blando, se observa una prolongación que constituye la -  
úvula, a los lados del velo se divide en dos láminas (anterior y poste- -  
rior) que forman el lecho donde se alojan las amígdalas palatinas. Para-  
examinar esta zona es necesario oprimir la lengua con un abatelenguas o -  
un espejo.

El color de la mucosa del paladar blando es más rosado que la -  
fibromucosa del paladar duro; se observa más brillante, lisa y con un pun-  
teado pápuloide en cuyos vértices se encuentran los orificios de las glán-  
dulas salivales. Secando la mucosa y esperando lo suficiente se puede ob-  
servar cómo las gotitas de saliva fluyen por dichos orificios.

### REGION AMIGDALINA.

Deprimiendo bien la lengua o haciendo pronunciar aaa... en forma continúa, se aprecia la simetría del paladar blando (ausencia de parálisis) y se observan los pilares anterior y posterior en cuyo lecho están las amígdalas palatinas, ovales, con una cara aplicada en el lecho amigdalino y la otra libre. El color de la mucosa que la tapiza es rosado o algo rojizo y la superficie mamelonada y con múltiples orificios que corresponden a las criptas amigdalinas. A la compresión instrumental, por ejemplo con el borde de un espejo, normalmente no sale secreción.

### REBORDES MAXILARES.

Presentan aspectos diferentes, según se trate de los maxilares del lactante, del niño, del adulto o del viejo. Es decir ofrecen aspectos variables según la edad.

Hasta el 6° mes constituyen los rebordes maxilares del lactante, forma de herradura, suavemente convexos y donde la mucosa que los recubre no presenta solución de continuidad puesto que no existen dientes.

Entre los 6 y 7 meses erupcionan los primeros dientes completándose la erupción de las 20 piezas dentarias de la primera dentición aproximadamente a los 36 meses.

Entre los 6 1/2 y 13 años se produce el reemplazo de los dientes temporales y erupcionan además 8 piezas dentarias permanentes, que se ubican por distal de los segundos molares temporales. Ya los maxilares presentan 28 dientes. Entre los 18 y 21 años erupcionan los terceros molares, con lo cual queda completa la segunda dentición con 32 dientes.

En los dentados, la encía libre cubre el cuello de los dientes y la adherente parte del hueso alveolar (proceso alveolar).

En las personas viejas, como consecuencia de la caída de los dientes, se produce la atrofia de los procesos alveolares quedando el reborde y la parte basilar de los maxilares. La parte ósea se cubre de una mucosa diferente a la gingival. Ofrecen así un aspecto semejante a los maxilares del lactante.

### ENCIA.

La encía que reviste la parte externa del proceso alveolar y que mira al vestíbulo de la boca se denomina encía vestibular. La que reviste la parte interna del proceso alveolar superior e inferior se denomina encía palatina y lingual, respectivamente.

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

Se divide en libre y adherida. La libre se extiende desde el borde o margen hasta la ranura gingival que corre paralela a dicho margen a una distancia que varía entre 0.5 y 1.5 mm., forma con la pared dentaria el surco o hendidura gingival, que normalmente tiene una profundidad entre 1 y 2 mm.

La adherida está comprendida entre la ranura gingival y la unión con la mucosa alveolar y constituye una franja de 4 a 5 mm. de ancho. A la inspección se presenta rosada, con un punteado en cáscara de naranja. Se destaca fácilmente de la encía libre, que es lisa, brillante y más rojiza, y de la mucosa alveolar, que es delgada, móvil, rojiza.

En los espacios interdentarios la encía se introduce entre ellos para constituir las pápilas interdentarios.

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.

El examen de la encía lo podemos iniciar en el maxilar inferior en la zona del tercer molar derecho por vestibular. Separamos la mucosayugal con el espejo dental.

Secamos la encía, con gasa, algodón o aire comprimido e inspeccionamos con visión directa o indirecta. En el sector anterior, separamos el labio y continuamos el examen en el lado izquierdo hasta distal del tercer molar.

La palpación revela la consistencia edematosa o fibrosa de las encías patológicas o alteradas. También la palpación permite apreciar el

contorno regular de las tablas óseas maxilares.

Realizando el examen de la encía vestibular, continuamos con la encía lingual desde el tercer molar izquierdo hasta el derecho. Practica da la inspección y palpación debemos reconocer el surco gingival, para lo cual nos valemos de una sonda, colocamos la punta de la sonda en el fondo del surco gingival, paralela al eje dentario, y deslizando suavemente exploramos el surco en toda su extensión, reconociendo las cuatro caras y las aristas de cada uno de los dientes.

El surco gingival normal es superficial y su profundidad es de 1 a 2 mm. y cuando dicha profundidad es mayor estamos en presencia de bolsa periodontal.

La encía correspondiente a la bolsa generalmente presenta un color rojo azulado o rojo vinoso, superficie lisa, brillante y edematosa - con pérdida del punteado. También puede presentar un aspecto parecido a la encía normal pero más fibroso y con un "granulado papuloide". Otros signos de enfermedad parodontal son: movilidad dentaria, hemorragia y exudado purulento gingival.

Realizado el examen de la encía del maxilar inferior, en la misma forma continuamos con el examen de la encía del maxilar superior.

## CAPITULO III

### ESTUDIO HISTOPATOLOGICO

Los exámenes de laboratorio utilizados en forma adecuada brindan información importante y a menudo esencial para el diagnóstico de enfermedades generales y bucales.

Se recurre al estudio de laboratorio como complemento de los datos proporcionados por la historia clínica y el examen bucal.

A menudo son necesarios análisis específicos para confirmar o descartar un posible diagnóstico establecido por los hallazgos clínicos.

#### a) BIOPSIA.

Es la extirpación, por medios quirúrgicos, de un fragmento de tejido vivo para realizar su estudio histopatológico.

#### INDICACIONES DE BIOPSIA.

La indicación más conocida para la ejecución de una biopsia es la de formular un diagnóstico en casos de supuesta enfermedad neoplásica.

Cuando se sospecha la presencia de neoplasias benignas o malignas.

Cuando el cáncer es evidente, para determinar el tipo específico de neoplasia y el grado de diferenciación.

Se lleva a cabo biopsia de algunas lesiones cuando no producen signos y síntomas que sugieren el diagnóstico, por ejemplo: una úlcera crónica no específica, puede ser un carcinoma epidermoide, una infección granulomatosa específica o una úlcera traumática (inflamatoria), lesiones cuya diferenciación no es posible si el práctico se basa tan solo en la clínica.

Para confirmar un diagnóstico clínico al parecer evidente.

Puede practicarse también como una forma de tratamiento en el paciente con cancerofobia, debiendo mostrar al paciente el informe escrito en el que se hace constar la ausencia del tumor.

#### CONTRAINDICACIONES DE BIOPSIA.

La realización de una biopsia está contraindicada cuando existe debilidad extrema, cardiopatías, infecciones agudas, tendencia hemorrágica y otros padecimientos en los cuales está contraindicada la cirugía menor.

No debe practicarse biopsia en sujetos con cáncer evidente desde el punto de vista clínico, tales pacientes deben enviarse directamente al especialista o centro donde puede instituirse tratamiento definitivo. La biopsia de la lesión en estos casos tan solo causa demoras innecesarias y desde luego puede inducir diseminación local o metástasis.

#### SELECCION DEL SITIO DE BIOPSIA.

Cuando se extirpa tan sólo una pequeña porción de la lesión para el examen histológico, es preciso cuidar que el tejido obtenido represente a la lesión activa sometida a estudio.

En las porciones centrales de la muestra existen algunas veces áreas de necrosis de escaso valor para el patólogo, y a menudo los bordes de la lesión muestran tejido reactivo no característico de la lesión principal.

La mayoría de los especialistas procuran obtener muestras que contengan tejido normal y enfermo, esto es menos importante que la certeza del cirujano en el sentido de que la muestra es representativa de la lesión propiamente dicha.

Un error frecuente consiste en no extirpar tejidos a profundidad suficiente, por lo que si la lesión descansa sobre hueso, por ejemplo, paladar duro, la incisión se debe profundizar hasta la estructura ósea.

En caso de lesiones difusas o múltiples poseen mayor valor diagnóstico varias muestras pequeñas que una de mayor volumen. Algunas porciones de las lesiones difusas pueden ser simplemente reactivas, pero las - -



muestras adicionales incrementan las posibilidades de un diagnóstico microscópico definitivo.

#### MÉTODOS DE OBTENCIÓN DE BIOPSIA.

El método debe adecuarse:

- a).- Al tipo semiológico de la lesión.
- b).- A la ubicación de regiones accesibles o no de la mucosa bucal.
- c).- A que la lesión esté localizada en tejidos blandos o duros.

No son necesarios ambientes quirúrgicos especiales. Se tiene que efectuar una antisepsia local con una medicación suave. Antes de extirpar el tejido se debe anestesiar la zona con anestésico tópico y luego anestésico inyectable (Xylocaína, Novocaína, etc.). Se aconseja no utilizar el anestésico con vasoconstrictores (adrenalina) que pueden determinar una hemostasia transitoria con peligro de hemorragia posterior.

#### TIPOS DE BIOPSIA.

- a).- Biopsia incisional.
  - b).- Biopsia excisional.
  - c).- Biopsia de Sacabocado.
  - d).- Biopsia de aguja.
  - e).- Biopsia de punch rotatorio.
  - f).- Biopsia exploradora.
- a).- La biopsia incisional se refiere a la extirpación de un pequeño fragmento de la lesión, utilizando un bisturí, con buen filo, que pasa a través de la lesión para extirpar un sector de la misma, que casi siempre es cuneiforme o elíptico. Se emplea este tipo de biopsia en lesiones grandes o difusas en las cuales el diagnóstico constituye la preocupación primaria del dentista.
  - b).- Biopsia excisional.- Es la extirpación de la lesión completa. Todas las lesiones pequeñas y algunas grandes que pueden extraerse sin cirugía extensiva deben extirparse en su totalidad.

Está indicada la excisión de los nevos pigmentarios sospechosos y de las malformaciones vasculares.

No está indicado el uso de electro cauterio especialmente para muestras pequeñas, ya que puede ocurrir coagulación de las células resultando deformación y dificultades de interpretación, además puede demorarse la cicatrización pos-operatoria.

Si por razones especiales se usa el electro cauterio, debe restringirse a la obtención de grandes muestras haciendo constar en la historia clínica el método empleado.

- c).- Biopsia de sacabocado.- Se practica con un instrumento especial, la pinza sacabocados, que tiene forma de tijera y dos pequeños cilindros cortantes, en su extremo libre que permiten extirpar lesiones vegetantes o ulcerosas de la cavidad bucal.
- d).- La biopsia de aguja.- Consiste en la extracción de pequeños fragmentos de tejido de estructuras profundas por medio de una aguja de grueso calibre (aguja de Vine-Silverman) y estilete. Sólo se utiliza para obtener material profundo de tejido óseo.
- e).- Biopsia de punch rotatorio.- El punch rotatorio consiste en un cilindro de acero, de 2 a 10 mm. de diámetro, que en un extremo tiene un borde circunferencial filoso. Algunas veces el extremo opuesto tiene un vástago que se fija a un porta punch. La rotación del punch permite obtener fragmentos cilíndricos óptimos, que serán extirpados con un corte de tijera en la base de su inserción.

Es difícil su uso en sectores muy posteriores de la mucosa bucal, en donde es preferible la pinza sacabocados.

- f).- La biopsia exploradora.- Esta se refiere al tejido obtenido durante la exploración quirúrgica de una lesión. Con frecuencia no puede anticiparse esta biopsia antes de la exploración quirúrgica ya que tan sólo se obtiene cuando se encuentra tejido que por su aspecto indica la necesidad de examen histológico.

La zona por extirpar en las biopsias parciales puede variar de 2 a 10 mm. de diámetro o más en las excisiones quirúrgicas.

## CUIDADO DE LA BIOPSIA.

Cualquiera que sea el método de obtención del tejido enfermo, se debe tener en cuenta que el patólogo tiene que estudiar tejidos que deben conservar su morfología después de ser extraídos del paciente, la manipulación adecuada de la muestra facilitará notablemente la preparación de los cortes histológicos y la interpretación.

Para que cumpla este requisito, el material retirado no se debe traumatizar, ni comprimir con pinzas, ni dejar secar sobre gasa.

Es preciso evitar con gran cuidado el aplastamiento o deformación de los tejidos con pinzas hemostáticas u otros instrumentos utilizados para inmovilizar durante la extirpación quirúrgica. El tejido que se va a extraer debe tomarse del borde con una pinza fina, o inmovilizarse por fijación con un punto de sutura o un explorador dental insertado en el borde.

La desecación excesiva de la muestra altera en forma manifiesta los detalles histológicos y en ocasiones impide un diagnóstico microscópico definitivo, para evitar tanto la desecación como la posible pérdida de tejido, debe colocarse la muestra inmediatamente después de extraerla de la boca, en una solución de líquido fijador, que "matara" bruscamente el tejido, para permitir la persistencia morfológica del último instante de su vida. El fijador universal más usado es el formol al 10 o 20%.

La relación entre tejidos y líquido fijador debe ser aproximadamente 1 y 40 partes respectivamente.

En formol la biopsia puede permanecer indefinidamente sin grandes alteraciones.

El material debe ser remitido al laboratorio en un frasco que sea bastante más voluminoso que la muestra contenida para permitir que el fijador penetre en todo su interior.

Cuando la muestra es demasiado voluminosa no suele penetrar bien el fijador en las porciones centrales, siendo necesario practicar cortes de la masa para obtener pequeños fragmentos.

Cuando se va a estudiar tejido pulpar es preciso seccionar o

fracturar la raíz o pulir una o más superficies del diente bajo el agua.

En caso de no disponer de formol puede lograrse fijación satisfactoria con alcohol etílico o incluso con algún licor que contenga alcohol.

#### PREPARACION DEL INFORME PARA BIOPSIA.

Se debe enviar al laboratorio, junto con la muestra, una historia clínica, y la descripción de la lesión que procede examinar.

Como una gran variedad de enfermedades generales pueden manifestarse en la cavidad bucal, es importante recabar información respecto a los antecedentes del enfermo, o bien citar, en caso de que exista, su enfermedad general.

Es preciso describir las lesiones con el mayor detalle, incluyendo tamaño, color, consistencia y localización de la misma. Con frecuencia resulta útil un pequeño esquema del defecto o lesión.

Pueden tener importancia diagnóstica ciertos síntomas como dolor o sensibilidad anormal, así como su duración y relaciones con cualquier incidente previo en la historia médica o dental del enfermo.

#### INTERPRETACION DEL INFORME DE BIOPSIA.

El informe de biopsia remitido al dentista consta de una descripción del aspecto microscópico de la muestra sometida al examen, y del diagnóstico microscópico basado en parte en la descripción y en la historia clínica.

La parte más importante del informe de biopsia es sin duda la descripción microscópica que considera detalladamente las características en las cuales se basa el diagnóstico.

Para obtener beneficio máximo de la biopsia es necesario conocer por lo menos los procesos patológicos básicos.

Un informe negativo de biopsia no descarta en forma obligada la posibilidad de cáncer o de alguna otra enfermedad grave.

Cuando el diagnóstico microscópico no coincide con el cuadro clínico, es a menudo necesaria una valoración del caso por el patólogo y por-

el dentista.

En ciertos casos, es preciso concluir que la muestra sometida a examen no corresponde a la enfermedad y debe repetirse la biopsia.

#### b) CITOLOGIA EXFOLIATIVA.

La citología exfoliativa se refiere a la obtención de células - superficiales para examen citológico.

El diagnóstico citológico consiste en el estudio e interpretación de los caracteres de las células que se descaman espontáneamente o de las que son desprendidas artificialmente.

El estudio del material en su conjunto y de los aspectos celulares individuales, permite hacer muchas veces el diagnóstico de una enfermedad o descartarla.

La citología exfoliativa es un método auxiliar del diagnóstico que no excluye la biopsia sino que, por lo contrario, un diagnóstico citológico sospechoso de malignidad o positivo debe ser confirmado por ella.

Permite poner en evidencia la existencia de una lesión maligna, pero no aporta datos sobre su extensión, y en cuanto al tipo histológico, puede orientar el diagnóstico sólo cuando se trata de tumores bien diferenciados.

En las lesiones benignas de la mucosa bucal pueden observarse - alteraciones celulares que permiten descartar una neoplasia, pero no constituyen, en algunos casos, elementos suficientes por sí mismos para conducir a un diagnóstico exacto.

Posee valor indudable en la identificación de ciertas infecciones específicas de la mucosa bucal como candidiasis y fusoespiroquetosis, y en el diagnóstico de displasias epiteliales de la mucosa bucal, como - por ejemplo, disqueratosis epitelial benigna hereditaria y en el nevo angiomatoso blanco. Ciertas enfermedades vesiculares, principalmente las - acompañadas de acantólisis, pueden mostrar caracteres citológicos sugestivos o incluso patognomónicos.

Algunas infecciones por virus, como el herpes simple primario-

y el herpes zoster, muestran a veces células multinucleadas características cuando se obtiene el material fresco de una vesícula intacta.

Se registran cambios citológicos en pacientes sometidos a radioterapia, quimioterapia, y en aquellos sospechosos de padecer anemia megaloblastica.

Los estudios de la cromatina sexual en células epiteliales bucales exfoliadas son útiles en el diagnóstico del síndrome de Klinefelter y en la identificación del sexo.

#### INDICACIONES DE LA CITOLOGIA EXFOLIATIVA BUCAL.

Está indicada para efectuar control periódico en pacientes sometidos a tratamientos con radiaciones ionizantes y drogas de acción antimoral.

Es especialmente útil para la detección de pequeñas lesiones malignas aparentemente inocuas.

En lesiones eritematosas al parecer relativamente inofensivas.

Eficaz para efectuar controles en los casos tratados, permitiendo diagnosticar precozmente posibles recidivas y descartar una presunción-clínica de malignidad ante ulceraciones de mucosa bucal de etiología diversa.

#### CONTRAINDICACIONES.

La citología exfoliativa está contraindicada cuando el cáncer es evidente, ya que estos enfermos deben remitirse sin pérdida de tiempo al especialista para diagnóstico histológico y tratamiento.

No están indicados frotis de lesiones queratósicas manifiestas de la cavidad bucal, ya que estas muestras casi invariablemente se componen tan solo de células queratinizadas superficiales sin valor diagnóstico.

El raspado de la superficie de la mucosa para frotis citológico no posee tampoco valor en lesiones o masas de localización profunda sin comunicación con la superficie.

#### VENTAJAS.

Es un método de ejecución rápida y fácil, indoloro e incruento, que no provoca resistencia por parte del paciente, equipo necesario mínimo y comodidad para la preparación del espécimen.

#### DESVENTAJAS.

Destacan entre las desventajas las relacionadas con la interpretación de la muestra, pues este método no permite un diagnóstico definitivo, ya que solo define la presencia o ausencia de células malignas.

El diagnóstico positivo obliga practicar una biopsia para confirmar la presencia de una neoplasia maligna, su tipo y grado de diferenciación.

Carece de valor en lesiones hiperqueratósicas.

A menudo es necesaria la repetición y nueva observación del frotis.

#### MÉTODOS DE OBTENCIÓN Y FIJACIÓN DE LA MUESTRA.

El material para efectuar el examen citológico puede obtenerse por medio de un enjuague bucal enérgico, efectuado con solución fisiológica o agua tibia o raspando cuidadosamente la mucosa.

Si el material se obtiene por medio de un enjuague, éste debe efectuarse en forma enérgica para favorecer la descamación; luego se recoge el líquido en un recipiente bien limpio, de boca ancha y se envía de inmediato al laboratorio. Si esto no es posible se le debe agregar al frasco, formol puro en cantidad suficiente como para lograr una disolución al 10%.

En el laboratorio se centrifuga el líquido durante 10 minutos, se tira el sobrenadante, extendiéndose el sedimento sobre un portaobjetos recubierto por una fina película de Mayer que se coloca en el líquido fijador.

Cuando el material se obtiene por medio de raspado, debe limpiarse cuidadosamente la lesión, de la cual se va a obtener el frotis, eliminando residuos y mucina con una torunda húmeda.

Se obtienen las células por raspado repetido de la superficie -

de la lesión mediante una espátula o una asa metálica. Debe evitarse el empleo de espátulas o abatelenguas de madera, pues son absorbentes y producen la adherencia del material a su superficie.

La raspadura se extiende uniformemente sobre la porción central del portaobjetos previamente lavado y desengrasado con alcohol.

Con objeto de asegurar la presencia de células representativas de la lesión deben prepararse cuando menos dos frotis para cada una de las lesiones que proceda examinar.

Para permitir su identificación posterior se sujeta en uno de sus extremos un pedazo de papel, donde se escribe el nombre del paciente y algún otro dato que se juzgue de interés, como por ejemplo, la indicación de la zona de obtención del material cuando se toman muestras de diversas localizaciones. Colocándose posteriormente el portaobjetos en el líquido fijador.

Las anotaciones deben hacerse con lápiz, pues la tinta se borra al colocar los portaobjetos en el fijador.

De los métodos de obtención de material, el raspado resulta más satisfactorio, pues se trata de una toma dirigida, que ofrece mayor seguridad de obtener células exfoliadas de la zona en estudio. El lavado o enjuague bucal puede contener elementos descamados de toda la superficie epitelial, pero no garantiza la presencia de células exfoliadas de la lesión. Sin embargo, esta especialmente indicada en caso de trismo, que impide el acceso a la cavidad bucal, o cuando el material deba ser obtenido por el paciente, sin la actuación directa del profesional.

#### TECNICA DE FIJACION.

Como líquido fijador se utiliza el licor Hoffman, que consiste en una mezcla de alcohol etílico de 96° y éter etílico por partes iguales; puede también utilizarse alcohol etílico de 96°.

Se requiere un mínimo de 10 minutos de fijación, la que puede prolongarse sin sobrepasar de 8 o 10 días. Una vez seco el fijador, deben remitirse los portaobjetos al laboratorio junto con una historia clínica que describa los caracteres de la lesión.



Cuando se toman las muestras en un sitio alejado del laboratorio, puede procederse de la siguiente manera: se fijan los extendidos durante 10 minutos se retiran del fijador y se dejan secar a temperatura ambiente. Se cubre con otro portaobjetos interponiendo entre ambos en los extremos, pequeños trozos de cartón, se sujetan con tela adhesiva y en estas condiciones pueden mandarse por correo.

#### INTERPRETACION DEL INFORME DE CITOLOGIA.

El informe citológico describe, a menudo en forma de tabla o cuadro, el número relativo de tipos de células representativas de las diversas capas del epitelio y su grado de diferenciación.

Pueden tabularse en forma similar tipos y número de células inflamatorias, histiocitos, fibroblastos, microorganismos y otras células.

En general, los frotis se gradúan según alguna de las diversas clasificaciones citológicas para indicar si es negativo, sospechoso o positivo para células malignas.

En el informe suele incluirse la clasificación utilizada por el laboratorio, que a menudo indica la significación clínica de los hallazgos descritos.

Un informe citológico negativo no constituye prueba de que no existe enfermedad neoplásica. El paciente se ha de mantener bajo vigilancia hasta que la lesión cure o sea tratada con éxito, si la lesión persiste, debe practicarse biopsia en ausencia de otros caracteres diagnósticos positivos.

#### DIAGNOSTICO CITOLOGICO.

	<u>Informe de Citología</u>	<u>Interpretación</u>
Clase I	Células normales	Todas las células son normales, cáncer no probable.
Clase II	Citología atípica; sin signos de malignidad.	Alteración morfológica de las células; probable reacción inflamatoria sin transformación maligna.

Clase III	Citología que sugiere malignidad, pero no concluyente.	Cambios morfológicos indeterminados de carcinoma; biopsia indicada.
Clase IV	Citología fuertemente sugestiva de malignidad.	Caracteres morfológicos típicos de cáncer; biopsia indispensable.
Clase V	Citología concluyente de malignidad.	Biopsia indispensable.

## CAPITULO IV

### NEOPLASIAS ORALES.

Cuando se descubre una lesión aislada con bordes indurados y evertidos sin que exista un factor causal evidente, debemos considerar la lesión como un carcinoma oral hasta que se demuestre lo contrario por biopsia del tejido que debe realizarse lo antes posible.

Mientras tanto no debemos aplicar medicamentos tópicos y examinaremos al paciente con frecuencia, para observar la evolución de la úlcera.

La biopsia de una úlcera aislada de bordes indurados y evertidos puede revelar un carcinoma local, en raros casos la lesión forma parte de un proceso neoplásico más generalizado, tal como un linfoma, o es una metástasis de un sarcoma o de un adenocarcinoma distantes.

#### CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CELULAS ESCAMOSAS.

El carcinoma Epidermoide originado en el epitelio de superficie de la cavidad oral comprende más del 90% de todas las lesiones malignas de la región oral, es el más importante entre los cánceres orales. Se presenta más frecuentemente en el sexo masculino.

La lesión inicial puede adoptar un aspecto inocente, manifestándose, sólomente como una zona aplanada de mucosa eritematosa o ligeramente rugosa, o bien como una placa blanca o incluso una masa polipoide con ulceración superficial o sin ella. Al ir evolucionando clínicamente, los carcinomas orales muestran tendencias a adoptar uno de estos tres tipos de crecimiento; exofítico, ulcerado y verrugoso.

La lesión exofítica se presenta como una masa elevada de amplia base y superficie algo nodular. La palpación descubre induración en la base y superficie algo modular. La palpación descubre induración en la base y bordes.

A medida que el tumor va haciéndose más voluminoso, aparece ge-

neralmente necrosis, ulcerándose consiguientemente la porción central de la masa exofítica.

El carcinoma ulcerado se presenta como un defecto crateriforme de bordes encorvados y elevados. Este tipo de carcinoma tiene una mayor tendencia a invadir profundamente los tejidos que el tipo exofítico. Algunas lesiones ulceradas exhiben una zona relativamente pequeña de ulceración superficial pero en profundidad infiltran el tejido subyacente.

Y producen metástasis fundamentalmente por vía linfática englobando los ganglios regionales.

#### CARCINOMA DE LABIO.

El carcinoma del labio muestra una notable preferencia por el sexo masculino y los enfermos están comprendidos entre los 50 y 70 años.

Se observa con más frecuencia en personas con una complexión robusta, sobre todo si trabajan en ocupaciones al exterior en las que se requiera una exposición considerable a la luz solar.

El carcinoma del labio suele asentar la mayoría de las veces en el borde del labio inferior por fuera de la línea de contacto con el labio superior. Su lugar de origen está casi siempre en un punto situado a media distancia entre la línea media y la comisura.

El carcinoma labial inicial suele presentarse como una zona blanca engrosada y localizada que puede estar recubierta en parte con una costra.

La mucosa está a menudo seca, atrófica y con numerosas grietas y fisuras. Mientras evoluciona el tumor sigue uno de los tres patrones siguientes: exofítico, ulcerado o verrugoso.

El tipo exofítico es algo más frecuente que los demás, la lesión típica consiste en una excrescencia verrugosa de lento crecimiento con una superficie granulosa de color blanquesino. A medida que su tamaño va en aumento, se produce una ulceración central, y las hemorragias mínimas con salida de suero originan la formación de una costra sobre la superficie del tumor. Muestran menor malignidad que el tipo ulcerado y menor tendencia a invasión en profundidad y a la producción de metástasis.

El carcinoma labial de tipo ulcerado se inicia como una pequeña úlcera y la infiltración hacia estructuras profundas es más rápido que el tipo exofítico.

La lesión ulcerada puede efectuar invasiones extensas con una afectación superficial relativamente pequeña. Los márgenes de la úlcera están arrollados y son de consistencia firme, siendo frecuente que existan costras en los bordes.

Los carcinomas que muestran este tipo de crecimiento suelen tener un grado más elevado de malignidad que los del tipo exofítico.

El carcinoma verrugoso típico sólo raras veces se origina en los labios, adoptando el aspecto de una neoformación papilar, en coliflor.

La ulceración suele producirse únicamente en las profundas grietas existentes entre las prolongaciones papilares.

Las lesiones verrugosas pueden extenderse sobre una amplia superficie pero muestran sólo una mínima tendencia a la invasión.

Las metástasis del carcinoma del labio no se producen tan precozmente ni con tanta frecuencia como en los carcinomas epidermoides de otras localizaciones.

Los ganglios submaxilares son la principal localización de las metástasis.

Los carcinomas que afectan las comisuras tienen más probabilidades de dar metástasis que los ubicados en el labio propiamente dicho.

#### CARCINOMA DE LA LENGUA.

El carcinoma lingual es un tumor intraoral maligno, que predomina en el sexo masculino e incide sobre todo en los últimos años de la edad adulta y personas de edad avanzada.

Los síntomas, las características clínicas y la evolución del carcinoma lingual, varían considerablemente según la localización del tumor.

Suele localizarse la mayoría de los casos en el borde lateral del tercio medio.

Una masa, a menudo indolora y con frecuencia descubierta por el propio paciente, es el síntoma más común del carcinoma de los dos tercios anteriores de la lengua.

El dolor, muchas veces simulando una faringitis, es el síntoma más importante del carcinoma del tercio posterior de la lengua.

El carcinoma lingual inicial que afecta a los dos tercios anteriores suele aparecer como una zona de engrosamiento o rugosidad localizada o como una zona indolora de ulceración o descamación superficial.

A medida que la lesión avanza, la zona ulcerada aumenta de tamaño y queda con unos bordes encorvados y grisáceos.

Las alteraciones mínimas existentes en el carcinoma lingual inicial así como la falta de síntomas relevantes subraya la importancia de una cuidadosa exploración y palpación clínica de la lengua.

La evolución clínica de la neoplasia se realiza básicamente según uno de estos dos patrones principales: Infiltrativo o Exofítico.

Las lesiones profundamente infiltrantes pueden progresar hasta una invasión extensa de la musculatura a pesar de que en superficie la diseminación y ulceración sea relativamente escasa, excepto en fases avanzadas del proceso.

Algunos carcinomas linguales muestran un crecimiento exofítico considerable adoptando el aspecto de una masa fungosa y ulcerada, - éste muestra una menor propensión a la invasión profunda.

Las lesiones del tercio posterior de la lengua son difíciles de visualizar y tienen tendencia a infiltrar profundamente. El signo físico más frecuente consiste en una zona de induración que se identifica a la palpación profunda.

A menudo existe ulceración superficial aunque resulta difícil de visualizar a menos que se traccione la lengua hacia adelante y se observe la lesión utilizando un espejo.

El carcinoma lingual tiene una elevada incidencia de metástasis a los ganglios linfáticos regionales.

#### CARCINOMA DEL SUELO DE LA BOCA.

El piso de la boca es una de las principales localizaciones de los carcinomas orales.

El carcinoma del piso de la boca no es tan común como el carcinoma lingual.

Predomina en los hombres y suele observarse con mayor frecuencia entre los 50 y 60 años de edad.

Las porciones anteriores del piso de la boca resultan afectados con una frecuencia algo superior a la de las regiones posteriores.

La lesión carcinomatosa inicial del piso de la boca consiste, a menudo, en una lesión de aspecto inofensivo, como puede ser una mancha localizada de mucosa enrojecida o una zona de leucoplasia.

A medida que la enfermedad avanza, aparece la clásica ulceración de bordes levantados.

Es frecuente que la mucosa vecina ofrezca alteraciones leucoplásicas y, a medida que el tamaño de la lesión va en aumento, la induración es cada vez más pronunciada.

El carcinoma del piso de la boca acostumbra tener un crecimiento del tipo ulcerado e infiltrativo.

Los síntomas son, con frecuencia, mínimos y el dolor es una característica más bien tardía. El primer síntoma suele ser la aparición de una zona dura, puede ocurrir que algunas lesiones, en fase relativamente precoz y afectando al frenillo lingual provoquen dolor al principio del proceso.

Las grandes úlceras carcinomatosas están casi invariablemente infectadas y los ganglios regionales pueden sufrir una hiperplasia-inflamatoria, lo cual puede dificultar considerablemente la valoración clínica de la existencia o no, de metástasis.

Las metástasis son frecuentes pero no se producen en una fa-

se temprana.

El tumor primitivo suele originarse cerca de la línea media, pueden producirse metástasis bilaterales o contralaterales, siendo la diseminación bilateral más frecuente en el carcinoma del piso de la boca.

Los ganglios linfático, submaxilares son el lugar preferido por las metástasis, también puede afectarse la cadena cervical profunda.

#### CARCINOMA DE LAS ENCIAS Y MUCOSA ALVEOLAR.

Es de extrema importancia el carcinoma originado en las encías o en la mucosa alveolar, porque se trata de una enfermedad con cierta frecuencia y porque sus características clínicas pueden confundirse con otros procesos inflamatorios benignos de la misma localización.

Los carcinomas de las encías son menos frecuentes que los del labio o la lengua.

El carcinoma de la mucosa alveolar se observa en pacientes de más de 60 años de edad y con una predilección por el sexo masculino.

El carcinoma parece incidir en la mucosa alveolar del maxilar inferior con más frecuencia que en el maxilar superior.

El carcinoma puede originarse en cualquier región alveolar, siendo la más frecuente la zona molar inferior.

El carcinoma del surco alveolar parece asentar más a menudo en zonas desprovistas de dientes.

La lesión inicial acostumbra aparecer como una formación pequeña, nodular y de superficie granular. Con menor frecuencia, adopta el aspecto de una úlcera indolora con escasos signos de inflamación al rededor de los bordes. Cuando el carcinoma mucoso alveolar está en fase más avanzado, aparece muchas veces como una masa algo exofítica con una ulceración central. Los bordes de la úlcera están ligeramente elevados y con un aspecto encorvado.



Una de las formas características del carcinoma gingival es la que muestra un aspecto francamente verrugoso.

El carcinoma gingival puede presentarse clínicamente como una masa proliferativa sin ulceración aparente y puede simular una hiperplasia gingival inflamatoria localizada. La invasión del hueso alveolar provoca la pérdida de los dientes adyacentes.

Las metástasis del cáncer gingival, tanto del maxilar como de la mandíbula asientan fundamentalmente en los ganglios submaxilares.

#### CARCINOMA DE LA MUCOSA BUCAL.

Aparece con más frecuencia en hombres que en mujeres y tienden a ser personas de edad avanzada.

El carcinoma inicial de la mucosa bucal puede presentarse clínicamente como una zona de leucoplasia, una placa irregular de mucosa eritematosa o un crecimiento papilomatoso con una superficie rugosa de color blanco o rosado.

Los carcinomas plenamente desarrollados de la mucosa bucal pertenecen a uno de los tipos siguientes de crecimiento: exofítico, ulcerativo-infiltrante o verrugoso.

El tipo exofítico crece tanto hacia afuera como hacia abajo en el interior de los tejidos subyacentes. Los carcinomas exofíticos de mayor tamaño sufren ulceraciones y cuando la lesión se encuentra en fase avanzada, tiene el aspecto de una masa fungosa con superficie roja granulosa y bordes encorvados e indurados.

La forma ulcerativa es algo menos frecuente. Presenta ulceraciones precoces que en superficie, no siempre resultan extensas.

Es característica una notable infiltración de la submucosa así como la invasión profunda de la musculatura. En ocasiones, cabe observar la presencia de trismo en una fase precoz.

El carcinoma verrugoso constituye un tipo anatómico clínico bastante bien diferenciado y observado a menudo en la mucosa bucal.

La metástasis procedentes de la mucosa bucal suelen encon-

trarse a nivel de los ganglios linfáticos submaxilares, los tumores localizados en el tercio posterior de la mucosa bucal pueden propagarse inicialmente a los ganglios cervicales profundos.

#### CARCINOMA DEL PALADAR.

El carcinoma epidermoide del paladar afecta más a menudo el paladar blando, que el duro y tiene predilección por los hombres, la edad de los pacientes es superior a los 55 años.

Puede aparecer clínicamente como una zona de leucoplasia o una erosión superficial irregular.

Cuando el carcinoma palatino está ya más avanzado acostumbra presentarse como una masa granulosa ligeramente exoftica, con una ulceración central que, a la larga, invade el hueso palatino y se extiende hacia el seno maxilar o el suelo nasal.

Los carcinomas del paladar blando tienden a invadir los pilares anteriores de las fauces y la fosa pterigoidea.

Los tumores originados en el paladar duro sólo en raras ocasiones provocan la aparición de síntomas.

El carcinoma del paladar blando puede provocar dolor en una fase incluso precoz de su evolución, y al producirse la invasión en profundidad, el dolor, la disfagia y el trismo pueden llegar a ser considerables.

Sus metástasis afectan generalmente a los ganglios cervicales profundos.

## CAPITULO V

### ENFERMEDADES INFECCIOSAS

#### ULCERA ORAL COMO MANIFESTACION DE ENFERMEDAD INFECCIOSA.

Una lesión aislada con bordes indurados y elevados puede indicar también una infección vírica, bacteriana o micótica. Cuando el paciente revela síntomas generales (como tos productiva, súbita pérdida de peso, sudores nocturnos) y una historia positiva de enfermedad infecciosa no es necesaria la biopsia.

Cuando falta la historia positiva, solamente puede determinarse el carácter infeccioso de la lesión mediante la biopsia.

#### A) VIRICAS.

##### HERPANGINA.

La Herpangina es un síndrome infeccioso agudo de la infancia.

##### Características clínicas:

Tras un período de incubación de 2 a 9 días, se inicia la enfermedad con síntomas agudos acompañados de fiebre alta, vómitos, cefaleas, dolor en las extremidades, conjuntivitis, disfagia y otros síntomas que simulan los de una apendicitis, una poliomielititis o una meningitis.

Los hallazgos clínicos de la cavidad oral son considerablemente útiles para el diagnóstico: en el paladar blando, úvula y fauces se observan varias de 3 a 10 vesículas rojizas de tamaño pequeño - con una base eritematosa, generalmente simétricas y que aparecen junto con los síntomas agudos. Tras su rotura se forman unas lesiones aftosas superficiales que duran de 4 a 6 días.

La fiebre disminuye con rapidez, pero algunas veces persiste una linfadenitis regional.

La localización de estas lesiones vesículo aftosas es muy característica, aunque pueden aparecer aflorencias similares en la faringe y raras veces, en la parte anterior de la boca.

No debemos confundirla con la gingivostomatitis herpética - primaria ya que, en la mayoría de los casos el herpes simple no afecta las amígdalas ni sus alrededores. Además, la gingivostomatitis herpética se caracteriza por una mayor duración, un dolor más intenso y halitosis.

#### Diagnóstico diferencial:

Debe hacerse con la gingivostomatitis herpética, varicela, - candidiásis y aftas recidivantes.

#### MONONUCLEOSIS INFECCIOSA.

Se describe como una enfermedad infecciosa aguda caracterizada por fiebre, adenopatías y alteraciones hematológicas. La enfermedad se produce esporádicamente en general y no es infrecuente que se afecte más de un miembro de la familia. En ocasiones hay epidemias, - especialmente dentro de comunidades cerradas de adultos jóvenes.

La enfermedad se da principalmente en niños pequeños y adultos jóvenes. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son fiebre, - malestar, faringitis y adenopatías generalizadas.

La fiebre, el malestar y las cefaleas suelen aparecer precozmente y pueden durar de cinco a diez días o más. Es frecuente la odinofagia asociada.

La faringe está enrojecida y edematosa, y en la forma anginoso, puede formarse un exudado gris o cremoso en las amígdalas, que tardan varios días en desprenderse y al ser arrancado no produce hemorragias.

Las adenopatías constituyen un rasgo destacado, aunque en la forma febril, pueden aparecer tardíamente.

Los ganglios linfáticos cervicales posteriores están invariablemente afectados. Las adenopatías son discretas, desplazables y de-

una consistencia elástica. La esplenomegalia es bastante común.

Manifestaciones menos frecuentes son las náuseas, los vómitos, anorexia, dolor abdominal e ictericia asociada a hepatitis. En la variedad febril son bastante frecuentes la fotofobia, el edema periorbitario y la conjuntivitis.

Puede aparecer una erupción cutánea maculo papulosa en el tronco y habitualmente en la cara.

#### Manifestaciones orales.

Las petequias en el paladar constituyen una valiosa ayuda para el diagnóstico, aparecen en forma de puntos rojos claramente delimitados de un diámetro de 0.5 mm. a 1 mm. en la mucosa de la región de la unión entre los paladares blando y duro.

Las encías pueden ser dolorosas a la presión y estar tumefactas y sangrar con facilidad. En algunos casos se ha comprobado una esomatitis aftosa con hemorragias de las mucosas circunscritas. Las lesiones pueden evolucionar a úlceras aplanadas, sobre todo en la parte posterior de la cavidad oral y farínge. Algunas veces aparece una rinfaringitis en las fases iniciales de la enfermedad.

#### Diagnóstico diferencial.

Debe excluirse la difteria, escarlatina, sífilis, angina de Vincet y amigdalitis. En casos graves hay que pensar en una leucemia o un linfoma.

#### VARICELA.

La varicela es una enfermedad "infantil", aguda, benigna y transmisible. Se caracteriza por síntomas generales mínimos o moderados y erupción maculo papular y vesicular. Semejantes al de la viruela pero suele ser menos grave.

El virus que la origina parece ser idéntico al que causa herpes zoster.

No se ha precisado la vía de infección pero se supone que es por las vías respiratorias altas. El período de incubación suele ser-

de 12 a 16 días, y va seguido de malestar vago, fiebre y de exantema.

Las lesiones se inician en el tronco y después atacan cara y extremidades. En los días siguientes algunas de las lesiones adoptan carácter netamente vesicular. Las vesículas algo elevadas están rodeadas de una zona estrecha de eritema, la areola.

Las vesículas aparecen en brotes sucesivos en la misma área, de manera que en un sitio determinado se encuentran lesiones de distinta etapa evolutiva, el exantema tiende a ser centrípeto y las lesiones son más abundantes en el tronco que en la cara y en las extremidades.

También aparecen en cualquier lugar de la mucosa bucal pápulas y vesículas que se rompen y forman pequeñas úlceras superficiales, aisladas o múltiples.

En el curso de la semana siguiente, las vesículas de pared delgada se rompen o comienza la resorción, y las vesículas son substituidas por costras secas que experimentan descamación. Las vesículas pueden convertirse en pústulas a causa de infección secundaria.

#### HERPES ZOSTER.

El Herpes Zoster es una enfermedad infecciosa aguda que guarda íntima semejanza en muchos aspectos con la varicela.

El herpes zoster se caracteriza por localización del virus en los ganglios raquídeos o de los pares craneales, que origina neuritis muy dolorosa, acompañada de invasión de la epidermis por los virus, con aparición de vesículas en el trayecto del nervio afectado. Las vesículas cutáneas son casi idénticas, macroscópicamente y microscópicamente, a las de la varicela.

Hay sospecha neta de que en muchos casos, surge por reactivación de virus del herpes latente, o por reinfección exógena de un huésped que tiene anti-cuerpos por un ataque previo de varicela.

En la cavidad oral el herpes zoster se localiza en mejilla, lengua y velo del paladar. Se presenta en la edad adulta, y predomina en el sexo masculino.

Los síntomas clínicos son: fiebre, malestar, dolor y la aparición de vesículas en la región cutánea inervada por el nervio sensitivo afectado. Las vesículas se abren, dejan úlceras, forman costras y curan.

El tratamiento es asintomático y el pronóstico es bueno.

#### HERPES SIMPLE.

El virus del herpes simple es el prototipo del grupo de virus del herpes y tiene morfología semejante al de la varicela.

El virus del herpes puede causar diversas entidades clínicas, según si la infección es primaria, gingivostomatitis herpética primaria o recurrente herpes labial; en este último caso hay algo de inmunidad parcial. Las infecciones primarias pueden tener distribución general y ser graves; las recurrentes rara vez tienen importancia.

#### GINGIVOSTOMATITIS HERPÉTICA PRIMARIA.

La gingivostomatitis herpética primaria es una infección bucal causada por el virus del herpes simple. Se llama primaria porque representa el primer contacto con el virus.

Se observa más frecuentemente en niños entre el primer y el tercer año de vida.

La enfermedad puede ser precedida de algún otro proceso infeccioso, por ejemplo una infección del tracto respiratorio superior.

Los enfermos se quejan de cefaleas, dolor y llagas en la boca todo ello acompañado de irritabilidad, sialorrea y rechazo de la comida.

Las lesiones de la cavidad oral a menudo están precedidas por adenitis cervical, fiebre y malestar general. Estas se presentan como exantema difuso de las encías y el resto de la mucosa bucal. En período temprano se caracteriza por la presencia de vesículas discretas, redondas, de color gris que pueden aparecer en la mucosa gingival, labial y bucal, en el paladar blando, faringe, mucosa sublingual y lengua.

Después de unas 24 horas las vesículas se rompen y forman pequeñas úlceras con borde rojo, elevado, semejante a un halo, y una porción central de color amarillo grisáceo.

Las úlceras son dolorosas, particularmente sensibles al tacto, a los cambios de temperatura y a las especias.

La curación se inicia aproximadamente en 3 días y en 7 a 14 días las lesiones curan completamente sin dejar cicatriz.

En formas menos severas de la enfermedad las lesiones pueden pasar inadvertidas.

Después de la infección primaria, es posible que el virus del herpes permanezca latente en las células. Posteriormente, cuando se presenta una disminución de la resistencia de los tejidos, vuelve a manifestarse bajo la forma de unas pocas vesículas herpéticas (lesiones herpéticas secundarias).

Estas pueden producirse en las regiones fijas de la mucosa bucal (encía adherente y paladar duro) o el labio (en el borde rojo o cerca del mismo). En este último sitio se conoce con el nombre de herpes labial o de llagas frías.

Las lesiones pueden aparecer a continuación de una fiebre (vesícula febril) de una infección del tracto respiratorio superior, de un traumatismo, stress, visitas al dentista, menstruación.

Se presenta en edad adulta, empieza como una zona de ardor o eritema que se sigue de la aparición de una sola vesícula o de un racimo de ellas que se abren dejando úlceras; limitadas a una sola zona, dolorosas. Las lesiones curan en una semana a 14 días sin dejar cicatrices, pero pueden reincidir.

#### VIRUELA.

La viruela es una virosis febril aguda, muy contagiosa, propia de la infancia, caracterizada principalmente por erupción cutánea ampliamente diseminada vesiculosa y después pustulosa.

La vía de entrada del virus es la mucosa de las vías respirau



torias altas.

Unos 12 días después de la exposición el paciente presenta fiebre, a veces escalofríos, y en término de los siguientes uno a cinco días aparece el exantema característico, que empieza en forma de máculas rojas pequeñas, que rápidamente se tornan pápulas y vesículas. En término de 5 a 10 días las vesículas se convierten en pústulas y se rompen o comienzan a desaparecer y a secarse, con formación de costra superficial.

En la mucosa bucal hay alteraciones concomitantes que consisten de manera principal en áreas focales notables de eritema, que se torna vesicular y después ocurre rotura, con formación de úlceras pequeñas, superficiales.

Como las lesiones cutáneas representan la parte predominante de la enfermedad, las lesiones bucales carecen de significación diagnóstica y no constituyen un problema terapéutico serio.

#### ENFERMEDAD MANO PIE BOCA.

Es un proceso vesiculoso que afecta tanto a la piel como a la mucosa.

##### Características clínicas:

La enfermedad suele afectar principalmente a niños menores de 10 años y de un modo especial a los comprendidos entre los 1 y los 5 años, observándose también algunas veces en adultos.

Después de un período de incubación de 2 a 6 días aparecen las lesiones cutáneas, adoptando la forma de flácidas vesículas superficiales localizadas en los bordes de las palmas de las manos y plantas de los pies y superficies ventrales y laterales de los dedos de las cuatro extremidades.

Estas lesiones aparecen al principio como una pápula roja de dos a diez milímetros de diámetro y al cabo de uno o dos días se convierten en unas vesículas flácidas de color gris que sanan en un período de tiempo entre una y dos semanas.

Las lesiones orales, a menudo en cantidad de 5 a 10, suelen-

adoptar la forma de unas aftas dolorosas de 2 milímetros o menos de diámetro, con una fase vesiculosa de muy corta duración. Pueden observarse en cualquier región de la boca, aunque muestran preferencia por la mucosa bucal y labial, y sólo raras veces inciden en la faringe. Puede aparecer una adenitis cervical pero no es acentuada.

Los síntomas generales no son intensos, y consiste en malestar general y anorexia, manteniéndose habitualmente la temperatura por debajo de los 38° C.

## B) MICOTICAS.

### HISTOPLASMOSIS.

Este padecimiento varía en intensidad desde una infección respiratoria ligera que pasa prácticamente inadvertida, hasta un cuadro letal ampliamente diseminado, caracterizado por fiebre, anemia, hepatomegalia, esplenomegalia, leucopenia, lesiones pulmonares, ulceraciones del conducto gastrointestinal y necrosis de las cápsulas suprarrenales.

#### Características clínicas:

Las lesiones cutáneas y mucosas de la histoplasmosis forman parte casi siempre de una diseminación generalizada de la enfermedad.

La existencia de lesiones orales constituyen un signo pronóstico desfavorable. La lengua, los labios, el paladar y la mucosa bucal son los lugares afectados con mayor frecuencia. Al principio aparecen unas pápulas o nódulos que pronto se ulceran, formando a veces, unas lesiones crateriformes, circunscritas y gomosas.

En ocasiones se producen destrucciones extensas del paladar, faringe, y tabique nasal.

Algunas veces, las proliferaciones verrugosas, necróticas y polipoides del suelo de las úlceras simulan un carcinoma.

Los ganglios submaxilares y cervicales ofrecen a menudo, una consistencia firme y están notablemente aumentados de tamaño.

Puede producirse una diseminación pulmonar, hepatosplenomegalia, anemia progresiva, leucopenia, fiebre y marasmo acentuado.

#### Diagnóstico diferencial:

La histoplasmosis generalizada puede parecerse a la leishmaniosis visceral, las lesiones ulceradas de la piel, cavidad oral y rinofaringe no se diferencian con facilidad de las correspondientes a la leishmaniosis cutánea.

La úlcera en sacabocados pueden simular una sífilis terciaria, una tuberculosis, una actinomicosis o una esporotricosis, una candidiasis granulomatosa o una coccidioidomicosis.

El pronóstico puede resultar favorable en la histoplasmosis pulmonar primitiva y muy grave en la forma generalizada progresiva.

#### ESPOROTRICOSIS.

La esporotricosis sólo se desarrolla en los países húmedos y cálidos de las zonas tropicales y subtropicales. Los granjeros, mineros y jardineros son las personas afectadas con mayor frecuencia.

La enfermedad puede transmitirse al hombre a partir de animales infectados como caballos, mulas, perros, gatos, etc.

La infección se produce a través de alguna herida leve de la piel o mucosa apareciendo una lesión primitiva con linfadenitis regional o sin ella. Según el lugar de la inoculación y la resistencia general del huésped, pueden darse diversos tipos clínicos; linfáticos, -diseminado, epidérmico y mucoso.

#### Características clínicas:

En la Esporotricosis localizada aparece, después de un período de incubación de tres semanas a tres meses, la lesión primaria o chancro esporotricótico, que, por su aspecto e indolencia, sobre todo a nivel de los labios y la boca, pueden hacer pensar en un chancro sífilítico.

Este nódulo pequeño, duro y esférico puede desplazarse sobre los planos profundos pero progresivamente va adhiriéndose a la piel y-

mucosa situadas por encima, se ulcera y necrosa, dando lugar a una úlcera que puede ser irregular y recubierta por un exudado purulento y -acompañarse de nódulos satélites.

Transcurridas algunas semanas, los ganglios regionales pueden endurecerse, aumentar de tamaño y, a veces, adherirse a la piel y evacuar una sustancia purulenta.

Las lesiones orales son polimorfas, pudiendo encontrar placas eritematosas úlceras o gomas vegetantes, tienen una mayor tendencia a ser difusas y superficiales que infiltrativas y destructivas.

Tras la curación, quedan de manifiesto unas cicatrices blancas relativamente superficiales.

#### Diagnóstico diferencial:

La esporotricosis debe diferenciarse de la tuberculosis, sífilis y otros tipos de granulomas micóticos y bacterianos.

### CANDIDIASIS.

La *Cándida albicans* es un germen universal, y puede hallarse en la mayor parte de los individuos sanos, sin que esto signifique la existencia de una candidiasis clínica.

Para que resulte patológica, las infecciones deben ser favorecidas por distintos factores, tales como la edad, se presenta en lactantes y personas ancianas. Status hormonal como diabetes, embarazo y herencia. También puede presentarse en enfermos sometidos a un tratamiento prolongado con antibióticos o corticoesteroides.

También existen factores locales de importancia como la carencia de dientes, dentaduras postizas mal adaptadas y, en general, -disminución de las defensas orgánicas por procesos del tipo de la mala absorción, enfermedades malignas sistémicas, uremia y diversas infecciones crónicas.

La candidiasis es una de las micosis de más frecuente observación. Las lesiones de la mucosa bucal se llaman muguet.

#### Características clínicas:

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

En la queilosis moniliásica profunda existen los tipos erosivo y granuloso del muguet habitual de los labios con estomatitis asociada.

La forma erosiva se caracteriza por unas erosiones brillantes, de color rojo con descamación del epitelio e hiperqueratosis circundante.

En el tipo granuloso, existe una tumefacción difusa del labio inferior o en algún caso de los dos labios.

La queilosis angular (queilitis marginal, rágades). Se caracteriza por la presencia de lesiones simétricas en los ángulos bucales, también puede observarse la presencia de rágades en los pacientes con aquilia, anemia hipocromica o hipovitaminosis B.

En la estomatitis moniliásica superficial, el cuadro clínico varía desde un ligero eritema con depósitos finos de color blancusco - hasta la "boca blanca" difusa e inflamada.

En los lactantes, las primeras alteraciones aparecen en el tercio anterior dorsal, bordes y superficie ventral de la lengua pasando más tarde al vestíbulo oral.

Estas lesiones, parecidas a pequeños coágulos de leche, de color blanco niveo, pueden presentarse en forma de tiras, placas o seudomembranas difusas que generalmente se fragmentan con mucha más facilidad que las membranas diftéricas.

Normalmente, cuando más sencilla es su extirpación mecánica, más superficial y menos peligrosa es la invasión epitelial.

La presencia de las lesiones ulceradas o necróticas indica una invasión hística más profunda, signo de pronóstico desfavorable.

En la estomatitis dentaria, el paciente aqueja tumefacción, hipersensibilidad y dolor en la mucosa oral en los puntos de contacto de la dentadura.

No es raro que existan simultáneamente enfermedades predisponentes tales como diabetes mellitus, anemia, mal nutrición o trastornos digestivos.

En la candidiasis granulomatosa profunda, se produce una invasión por gérmenes moniliásicos con formación de granulomas tuberculoideos. Se trata de un carácter autosómico recesivo y puede asociarse al hipoparatiroidismo y, a la enfermedad de Addison.

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

Puede existir diseminación generalizada.

### c) BACTERIANAS.

#### MUERMO.

El muermo puede presentarse en forma aguda o crónica; ocasionalmente, ésta última sufre exacerbaciones agudas. La puerta de entrada habitual es la mucosa de la nariz y sólo raras veces la piel.

Las manifestaciones orales, faríngeas y nasales son más acentuadas en el muermo crónico.

#### Características clínicas:

En el muermo agudo los signos prodrómicos, malestar general, anorexia, cefaleas y artralgias van seguidos de la aparición de la lesión o pústula primaria, la cual se rompe para formar una úlcera de borde rojo azulado y dentado y base moteada, propagándose ulteriormente la infección a través de los linfáticos regionales.

La úlcera crateriforme consiguiente destruye a menudo la nariz afectando la cavidad oral y pasa luego a la fase de septicemia grave con aparición del exantema pápulo pustuloso.

Las modificaciones faciales en el muermo agudo son casi patognómicas; alrededor del puente de la nariz aparece una lesión eritematosa y dura con bordes bien definidos que se extiende en forma de mariposa hasta incluir la frente, con un aspecto parecido al lupus eritematoso agudo o a la erisipela. La secreción basal es purulenta y altamente infecciosa.

#### Muermo crónico.

Sus síntomas son menos intensos que en la forma aguda. La destrucción local está centrada alrededor de la boca y la nariz.

El muermo crónico se desarrolla a menudo en el interior de la cavidad oral por una diseminación hematógena desde la nariz o viceversa, y las destrucciones orales extensas afectan al paladar duro y al blando, labios y encías. También se afectan aunque con menos frecuencia las mejillas, faringe, lengua, amígdalas y pilares amigdalares.

La lesión inicial se transforma con rapidez en una tumefacción irregular y profunda que se ulcera y secreta un exudado oleoso, amarillento y con estrías hemáticas. Las ulceraciones siguen agrandándose, bien por rompimientos marginales, bien por confluencia de varias úlceras adyacentes. Cuando se afectan los procesos alveolares, es frecuente que se produzca la exfoliación dental.

La curación de las lesiones dá lugar a cicatrices y adherencias considerables.

#### Diagnóstico diferencial:

El muermo agudo se parece a la viruela excepto en que las pústulas no tienen la depresión central. El muermo crónico por su parte, se parece al lupus vulgaris, esporotricosis y sífilis terciaria. La presencia de úlceras, tejido cicatrizal y granulaciones extensas es característica del muermo crónico.

Los antecedentes de contacto con caballos deben alertar al -

clínico sobre la posibilidad de un muermo, cuyo diagnóstico definitivo no puede establecerse sin el análisis bacteriológico.

### TUBERCULOSIS.

La tuberculosis es una infección endémica carente de sintomatología en la mayoría de las personas, pudiendo afectarse prácticamente cualquier órgano de la economía.

La boca ofrece una resistencia especial al desarrollo del bacilo de Koch, por la composición y el pH salival y la función de barrera de ésta sobre todo tipo de gérmenes.

Las formas de tuberculosis bucal son secundarias casi siempre a lesiones pulmonares o propagación de lesiones de vecindad (laríngeas, nasales, óseas ganglionares o cutáneas).

También es posible la llegada del bacilo a la mucosa por vía hemática.

En comparación con las demás localizaciones de la tuberculosis (pulmonar por ejemplo), la incidencia bucal es baja. Las drogas antituberculosas han hecho que en la actualidad sea aún más rara y hasta ha cambiado su fisonomía clínica.

Es necesario conocer esos cambios para su correcto diagnóstico, porque esporádicamente aparecen lesiones bucales tuberculosas y podrían pasar inadvertidas si no se les conociera.

La tuberculosis intra oral puede manifestarse de distintas formas, según la fase en que se encuentre. La primo infección o complejo primario (el chancro de inoculación y adenopatía satélite), la úlcera tuberculosa, el lupus tuberculoso tuberculosis miliar ulcerada.

#### Complejo primario tuberculoso bucal.

La localización bucal es excepcional, lo cual se explica por varios motivos la resistencia que ofrece al bacilo de Koch una mucosa íntima; el frecuente contacto que ésta tiene desde la infancia con alimentos u objetos contaminados con el bacilo, que van creando cierto estado de inmunidad, intervienen además los siguientes factores.



- 1.- El arrastre continuo ejercido por la saliva, que no deja depositar los bacilos.
- 2.- Si éstos logran vencer la barrera mucosa, resultan fagocitados por los leucocitos o incorporados a la circulación general, sin determinar lesión local.
- 3.- La mucosa, al igual que la piel no es medio propicio para el desarrollo del bacilo.

La lesión primaria aparece en aquellos organismos que no han sido previamente infectados en ninguna ocasión o que han perdido su inmunidad contra el mycobacterium tuberculosis. La lesión se localiza - la mayoría de las veces en el árbol bronco pulmonar y, siguiendo un orden descendente de frecuencia, en la cavidad oral, labios, esófago y estómago.

El chancro se localiza de preferencia y además puede hacerlo en la lengua, el frenillo, la mucosa del piso de la boca, las mejillas, el paladar, las amígdalas palatina y faríngea y encías, es decir en zonas sometidas a una acción irritativa.

En la boca, el chancro de inoculación y la adenopatía satélite tiene los mismos caracteres que los enunciados para la primo infección cutánea. La lesión más frecuente es ulcerosa, superficial, de - fondo sanguinolento poco o nada dolorosa. La adenopatía es voluminosa, adherida a los planos profundos y superficiales, de bordes difusos, - tiende a reblandecerse y abrirse dejando cicatriz.

El diagnóstico clínico diferencial del complejo primario tuberculoso bucal deberá hacerse con otros complejos semejantes de las - enfermedades infecciosas, en particular con el de la sífilis, la enfer - medad del araño de gato, las adenopatías en especial supuradas del - cuello de lenta evolución, de origen dentario generalmente.

El complejo primario sifilítico puede parecérsele por su - chancro y su adenopatía. Pero ésta última no tiende a reblandecerse y el chancro suele ser más superficial o indoloro.

El diagnóstico clínico es muy difícil y sólo permitirá dilu - cidarlo las investigaciones del laboratorio, búsqueda del tra\_\nonema, -

histopatología, etc.

Con la enfermedad del araño del gato puede haber también dificultades diagnósticas. En este proceso la adenopatía puede supurar. Se deberá recurrir también a los exámenes de laboratorio.

Las adenopatías supuradas de origen dentario ofrecen menos dudas, por el hallazgo del foco originario, el dolor, el examen bacteriológico del pus, etc.

En general, el diagnóstico de complejo primario tuberculoso sólo se hace cuando se piensa en esa posibilidad. De lo contrario pasa muchas veces sin ser diagnosticado.

Se observa sobre todo en niños y adultos jóvenes.

Úlcera tuberculosa bucal.

La úlcera tuberculosa de la mucosa bucal aparece generalmente en enfermos con tuberculosis pulmonar o laringea; se le ve más en hombres adultos, es rara en niños y viejos.

Se localiza especialmente en la lengua; le sigue después la encía y más raramente el paladar, labio y mucosa yugal.

Lengua, aspecto clásico.

Se ubica sobre todo en la punta y los bordes, se le puede observar también en el dorso y en su cara inferior.

Comienza con numerosos puntos amarillos submucosos que rápidamente van a la ulceración. Se constituye así la úlcera tuberculosa que es de contornos irregulares festoneados, poco profunda, ovalada o redondeada de fondo sanioso; cuando se le limpia se ven granulos amarillos y puntos hemorrágicos. Su borde es desplegado y de color violáceo. Su base es poco infiltrada, más bien blanda. Por fuera de la úlcera (por transparencia) y en su fondo se ven unos corpúsculos amarillos no mayores que una cabeza de alfiler (tubérculos tuberculosos) denominándose gránulos o signo de trélat.

Es una úlcera dolorosa, en especial cuando se mueve la lengua o durante la masticación. También lo es, aunque con intensidad va

riable durante la palpación. El dolor se irradia algunas veces al - -  
oído.

La úlcera tuberculosa actualmente se ha visto en la cara ven  
tral de la lengua como una ulceración superficial poco dolorosa, lige-  
ramente infiltrada, roja sin bordes socabados ni gránulos de trélat -  
(sin que necesariamente exista foco pulmonar ni tuberculosis en otros-  
órganos).

Además de la forma clásica, la úlcera de la lengua puede ser  
fisurada. Este aspecto se ve en los bordes y también se observa la fi  
sura de origen tuberculoso en las comisuras labiales, donde es muy do-  
lorosa.

#### Encías:

Su aparición puede seguir a extracciones dentarias.

En los períodos de erupción o de recambio dentario también -  
pueden aparecer lesiones con esta localización.

La localización de la tuberculosis bucal en las encías es la  
más frecuente después de la lingual y puede producirse como consecuen-  
cia de extracciones dentarias, por invasión de los bacilos a través de  
caries penetrantes, o en la época de recambio o de erupción dentaria,-  
y pasar inadvertido por el estado congestivo natural de las encías en-  
esos períodos.

#### PALADAR:

Un aspecto de excepción es la forma llamada tisis bucal o tu  
berculosis miliar aguda o enfermedad de Isambert, que se manifiesta co  
mo pequeñas úlceras que siguen a tubérculos muy pequeños, visibles es-  
pecialmente en el velo del paladar o fauces, en el período terminal de  
la enfermedad.

#### LABIO:

La úlcera tuberculosa puede tomar aspecto chancriforme o epi  
teliomatoide con bordes elevados, evertidos, o resultar indurada y con  
ganglios submaxilares agrandados.

**Diagnóstico diferencial de la úlcera tuberculosa bucal.** - Cuando tiene los caracteres clásicos su diagnóstico clínico es sencillo.

En cambio cuando es atípica, como ocurre actualmente, debe diferenciarse de otras ulceraciones y pérdidas de sustancia de la mucosa bucal.

Las aftas vulgares son superficiales, de fondo amarillento, de carácter agudo muy dolorosas y con un halo inflamatorio.

Las úlceras traumáticas suelen relacionarse con una causa dentaria o por prótesis y tienen un borde edematoso.

Las placas mucosas de la sífilis son muy superficiales y el chancro es por lo general duro e indoloro.

En la lengua, la úlcera tuberculosa puede confundirse con la leucoplasia.

El epiteloma ulcerado es bien infiltrado, con bordes elevados y de evolución más lenta.

Debe realizarse el examen histopatológico.

#### **LUPUS TUBERCULOSO BUCAL.**

Es una infección secundaria a un lupus nasal o facial, de los labios o comisuras; se origina por diseminación hematogena o linfática, rara vez se produce por vía exógena.

Se observa más en mujeres, sobre todo en la infancia y en la adolescencia.

La lesión está constituida por una agrupación de tubérculos blandos y ulceraciones asentadas sobre una base cicatrizal.

El labio superior, frecuente localización, se torna elefantásico, espeso costroso, con fisuras, ulceraciones y granulaciones, disminuyendo la abertura del orificio bucal (microstomía).

Otras veces el lupus se localiza en el interior de la cavidad bucal; encías, cara interna de las mejillas y bóveda palatina, es raro en la lengua.

El lupus yugal es muy semejante al labial y suele ser continuación de un lupus cutánea comisural.

Cuando el lupus se localiza en la cavidad bucal generalmente invade las encías las cuales aumentan de volumen, sangran y se cubren de maceraciones fungosas. Los dientes se aflojan y caen.

Iguales lesiones se ven en la bóveda palatina que se cubre de vegetaciones y úlceras de color rojo violáceo. Las lesiones no son muy dolorosas, pero traen trastornos en la masticación y deglución.

#### TUBERCULOSIS MILIAR ULCERADA.

La tuberculosis miliar ulcerada incide con frecuencia en pacientes con infecciones considerables por *Mycobacterium tuberculosis*.

La posibilidad de contagio es mucho mayor en estos casos que en las otras formas de tuberculosis que afectan a la mucosa, ya que las lesiones ulceradas contienen un gran número de microorganismos.

Las úlceras tuberculosas se forman por inoculación a partir de los pulmones y mediante la tos.

La localización intra oral más frecuente en la lengua, es en particular si está fisurada, ya que las fisuras favorecen la retención de bacterias. Es raro que afecte el paladar duro, las comisuras labiales, y las encías.

Las lesiones ulcerativas se desarrollan con rapidez, originando tumefacciones superficiales blandas y muy dolorosas que llegan a alcanzar un tamaño considerable. La base de la úlcera está recubierta por un exudado fino, granuloso, de color amarillo gris que contiene numerosas microbacterias; los bordes tienen una forma característica poligonal o, si están excavados, un perfil dentado y salpicado de nódulos miliares.

#### SIFILIS.

La sífilis es una enfermedad causada por el *Treponema pallidum*. Aunque se ha clasificado como una enfermedad venérea, la Sífilis puede transmitirse por maniobras intra orales, sobre todo entre el personal profesional por ejemplo dentistas.

La sífilis muestra brotes epidémicos periódicos sin llegar nunca a desaparecer del todo.

En las fases iniciales de la sífilis, incluso en la forma congénita del lactante, las lesiones características de los labios y la boca pueden sugerir el diagnóstico. Por esta razón, el dentista debe estar enterado de tales signos, ya que el mismo puede infectarse a partir de las lesiones orales durante los períodos primario y secundario.

#### PERIODO PRIMARIO.

Después de un período de incubación de tres semanas, aparece un infiltrado inflamatorio, erosivo o ulcerado, en el lugar de la infección: es el chancro. No es infrecuente observarlo en los labios (pliegue central o comisuras) punta de la lengua, amígdalas, encías u otras partes de la cavidad oral.

El chancro maduro es un nódulo redondo u ovalado, indoloro, duro, rojo marrón, que se ulcera en casi toda su superficie: la base de la úlcera es brillante y ofrece un aspecto "limpio" y "claro". En la lengua el chancro suele localizarse en la punta y, cuando se sitúa en el labio, queda recubierto a menudo por una costra.

Como datos importantes para el diagnóstico hay que valorar la dureza, carácter indoloro y superficie "limpia" de la úlcera de color rojo marrón y aspecto esmaltado. Además existe tumefacción indolora de los ganglios regionales.

El chancro cura al cabo de algunas semanas (1 a 2 meses).

Las reacciones serológicas habituales para la sífilis se positivizan una vez transcurridas algunas semanas desde el momento del contagio, igual que las reacciones específicas para el Treponema.

#### PERIODO SECUNDARIO.

Después de ocho a diez semanas de haberse producido el contagio puede dar comienzo el período secundario de la sífilis con un exantema generalizado; con fiebre moderada, ronquera y disfagia. Las amígd

dalas están tumefactas e inflamadas y su superficie enturbiada por un enrojecimiento opalescente que algunas veces afecta todo el paladar - blando pero nunca el duro.

Este enturbiamiento opalescente del epitelio puede ulcerarse posteriormente. (Placas mucosas o pápulas húmedas).

En la lengua se pueden observar ocasionalmente placas mucosas y en los ángulos de la boca puede haber pápulas en hendidura.

Las placas mucosas o pápulas húmedas de 5-10 mm. de diámetro presentan ulceración central cubierta por membrana grisácea, las erupciones se presentan en varias superficies mucosas y de la piel.

Tanto las lesiones amigdalares como las restantes intra orales de la sífilis secundaria no duran más que unas cuantas semanas pero son de capital importancia para el diagnóstico, puesto que pueden constituir los únicos signos clínicos de este período, aparte de los restantes síntomas inespecíficos. Todas las lesiones húmedas de la sífilis secundaria son altamente contagiosas y representan una fuente peligrosa de infección venérea o no venérea.

#### PERIODO TERCIARIO.

Las lesiones sifilíticas tardías inciden a menudo en la zona de los labios, paladar y lengua, formándose granulomas indoloros que se necrosan por colicación (gomas).

Después de la perforación, se forman unas úlceras bien delimitadas en sacabocados que cicatrizan al cabo de varios meses, y fibrosis; la atrofia de las pápilas de la lengua puede producir lengua desnuda y glositis.

La úlcera perforante, de rara observación en la cavidad oral, puede aparecer en el paladar duro.

Tanto el diagnóstico clínico como el histológico resultan difíciles porque estas lesiones pueden simular una tuberculosis, sarcoidosis, leishmaniasis, lepra, así como una cierta variedad de granulomas micóticos.

## CAPITULO VI

### DISCRASIAS SANGUINEAS.

Síntomas y signos orales tales como hemorragias, ulceraciones, hipertrofia gingival o atrofia de las papilas linguales pueden ser las primeras manifestaciones, o las más destacadas, de enfermedades de la sangre y del sistema linforreticular. Por consiguiente, los pacientes pueden consultar primero a un dentista.

Aún cuando algunos signos y síntomas pueden hacer pensar de inmediato en un trastorno que afecte a estos sistemas, en muchos casos los hallazgos son inespecíficos y el odontólogo debe tener esto presente al establecer un diagnóstico diferencial.

#### ANEMIA APLASICA.

En la anemia aplásica, la médula ósea es incapaz de producir la cantidad necesaria de glóbulos rojos.

Se distinguen dos tipos fundamentales de anemias aplásicas; idiopática o primaria y secundaria. Siendo similares en ambas las manifestaciones clínicas.

En el tipo idiopático o primario es más frecuente entre los niños, adolescentes y adultos hasta la edad de 40 años.

En la anemia aplásica secundaria no existe predilección por ninguna edad o sexo.

#### Características clínicas:

Fácil producción de hematomas y hemorragias de las mucosas - de la nariz bucal, del tubo digestivo y del sistema nervioso central.

Existe una resistencia a las infecciones disminuída y se producen faringitis, ulceraciones orales, infecciones cutáneas, fiebre, sudoración e infecciones respiratorias.

#### Manifestaciones orales:



La mucosa es mas pálida y, si existen dientes, pueden ocurrir hemorragias espontáneas de la encía. A menudo se observan petequias en el paladar blando y, en los casos graves de la enfermedad, puede existir equimosis submucosas.

Es posible que se produzcan ulceraciones orales, que tienden a ser extensas en la superficie.

Las úlceras tienen un fondo gris pardo y presentan eritema a su alrededor.

El dolor de garganta es un dato frecuente, debido quizás a la existencia de ulceraciones faríngeas.

#### AGRANULOCITOSIS

(Angina Agranulocítica).

La agranulocitosis es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres.

El comienzo de la enfermedad es súbito, con fiebre elevada, escalofríos y postración.

Existe una disminución de la resistencia a la infección y aparecen graves ulceraciones necróticas en la orofaringe, el tubo digestivo, el recto y la vagina.

En ocasiones se observaban abscesos cutáneos linfadenitis regional, infecciones respiratorias y en algunos casos, ictericia por afectación hepática.

#### Manifestaciones orales:

El paciente presenta dolor de garganta y disfagia. Se producen ulceraciones graves especialmente en las amígdalas. Puede desarrollarse una necrosis ulcerativa gris parda pseudomembranosa adherente en la mucosa de las encías, labios, paladar, lengua y boca.

Las lesiones están bien delimitadas y no tienen un halo eritematoso. Los ganglios linfáticos regionales pueden estar aumentados de tamaño; la lengua está muy saburral, por lo que produce un hedor notable.

La necrosis de la región perioral puede producir caída de dientes y subsiguientemente, secuestación de hueso.

Las úlceras existentes durante la fase grave tienen una capa necrótica en su superficie que contiene grandes números de bacterias - pero faltan en ellas de modo evidente los neutrófilos.

La necrosis gingival se inicia en el tejido que rodea el surco gingival y crece para abarcar la encía libre y fija, el ligamento - perioral y el hueso adyacente.

#### NEUTROPENIA CICLICA.

En la mayoría de los pacientes, la enfermedad se inicia en la infancia, pero tal vez no se manifieste hasta la edad adulta.

El curso clínico es característico y consiste en episodios - de una semana de duración de malestar, fiebre, úlceras orales, dolor - de garganta, e infecciones cutáneas que se producen a intervalos de - tres semanas con períodos asintomáticos entre ellos.

Se han descrito gingivitis marginales, estomatitis y aftas, - pero el dato más característico, lo constituyen las úlceras desmochadas, dolorosas que tienen centros nucleares y curan alrededor de 2 semanas dejando cicatriz.

Se producen ulceraciones en los labios, lengua, paladar, encías y la mucosa bucal, puede existir pérdida del soporte óseo, alrededor de las piezas dentales, gingivitis ulcerativa similar a la infección de Vincet, equimosis en las encías. Los ganglios linfáticos regionales pueden estar aumentados de tamaño.

#### NEUTROPENIA ESPLÉNICA PRIMARIA.

Es una enfermedad rara de los adultos.

Las manifestaciones clínicas esenciales son poliartritis, ulceraciones recidivantes de la mucosa oral, pérdida de peso, debilidad, fatiga y aumento de volumen del bazo.

Las lesiones orales son inespecíficas, pueden producirse le-

siones aftosas y ulceraciones necróticas; se han descrito también úlceras limpias, excavadas de 2 mm. de diámetro.

#### NEUTROPENIA HIPOPLASICA CRONICA.

La enfermedad se caracteriza por enfermedades repetidas cuya gravedad depende del grado de neutropenia.

La piel y la cavidad oral parecen afectarse con la máxima frecuencia. El bazo está habitualmente aumentado de tamaño.

Existen "úlceras gangrenosas" y ulceraciones recidivantes de la encía, los labios y la mucosa bucal y parecen desarrollarse rápidamente abscesos dentales.

Existe generalmente gingivitis y puede haber una grave reacción a las extracciones dentales.

#### LEUCEMIA.

Es una enfermedad en la que existe una proliferación más o menos desenfrenada de leucocitos, muchos de los cuales no llegan a la madurez.

#### LEUCEMIA AGUDA.

La leucemia aguda aparece en todas las edades. La leucemia linfocítica aguda se dá principalmente en niños de 5 años de edad y es infrecuente en adultos mayores de 30 años.

##### Manifestaciones clínicas:

El principio puede ser insidioso o brusco. Son habituales una marcada palidez, fatigabilidad y astenia. Se producen también hemorragias de las mucosas, petequias y equimosis cutáneas durante el curso de la enfermedad.

Se produce aumento de tamaño de los ganglios linfáticos, especialmente en la leucemia linfática y puede existir un discreto aumento del tamaño del bazo y del hígado.

Es frecuente la fiebre que algunas veces se asocia a infec--

ciones de la cavidad oral, las amígdalas y el aparato respiratorio.

El dolor a la presión del esternon es un signo frecuente en niños.

#### Manifestaciones orales:

El dato oral más frecuente es la notable palidez y puede ser difícil discernir las papilas fungiformes en la lengua.

En la leucemia aguda se producen habitualmente hemorragias - gingivales, submucosas, petequias y equimosis, especialmente en la fase terminal.

Una hemorragia persistente tras una extracción dentaria puede ser la primera manifestación clínica de la enfermedad.

El aumento de tamaño de las encías puede ser tan ostensible que los dientes pueden estar casi totalmente cubiertos. Las papilas interdetales presentan una coloración azul, están turgentes, son blandas, fofas y sangran con facilidad.

Algunas veces se producen ulceraciones en la mucosa oral y - las amígdalas.

La superficie de cálculos y contornos dentales cortantes inicia la ulceración que se difunde, dando lugar a un cuadro clínico de estomatitis necrótica aguda ulcero membranosa.

Las úlceras están cubiertas a menudo por una pseudomembrana - amarillo grisáceo de fibrina y sangra con facilidad, los tejidos circundantes presentan pocas manifestaciones de inflamación.

Existe dolor asociado a las úlceras así como espontáneo y - por presión.

La sequedad de la boca es común, la lengua es intensamente - saburral, está teñida de sangre y tiene olor fétido. En las fases terminales se producen habitualmente aftas.

Los ganglios linfáticos cervicales pueden estar aumentados - de tamaño.

En varios casos el síntoma inicial ha sido una tumefacción a

nivel de la mandíbula, habitualmente asociada a dolor.

#### LEUCEMIA CRÓNICA.

Las leucemias crónicas suelen darse en adultos, siendo raras antes de los 20 años de edad.

Lo primero que se observa son los síntomas de anemias tales como palidez, fatiga y disnea.

Es frecuente una esplenomegalia, las adenopatías son frecuentes en una etapa precoz del curso clínico, y aparecen a menudo lesiones cutáneas inespecíficas tales como vesículas, ampollas y erupciones papulosas y maculosas.

#### Manifestaciones orales:

Existe palidez en las mucosas, puede producirse tumefacción edematosa de la encía debido a irritación gingival produciendo hemorragias, después de extracciones dentales pueden presentarse hemorragias prolongadas.

También aparecen petequias en la mucosa, especialmente en el paladar blando y en zonas de traumas leves.

Son frecuentes las adenopatías cervicales, duras, discretas y no dolorosas a la presión. Las amígdalas pueden estar hipertrofiadas.

#### LINFOMAS MALIGNOS.

Esta enfermedad puede presentarse en cualquier edad. Los hombres se ven más afectados que las mujeres.

Los ganglios linfáticos, el bazo y el hígado son las localizaciones primarias habituales. Ocasionalmente su localización primaria puede ser la médula ósea, las amígdalas, la nasofaringe o el tubo gastrointestinal.

La enfermedad puede iniciarse en una única localización primaria que causa metástasis o en varios lugares a la vez.

El grupo cervical de linfáticos es el afectado con mayor frecuencia seguido de los grupos axilar e inguinal.

Las adenopatías son firmes, tienen la consistencia de la goma, son discretas y habitualmente no dolorosas.

Los pacientes son muy sensibles a la infección por herpes-zoster.

La diseminación de la enfermedad se sigue de manifestaciones sistémicas. Son frecuentes la anorexia, pérdida de peso, astenia y sudoración nocturna.

Es frecuente la anemia, y las hemorragias de las mucosas.

La muerte suele ser consecuencia de la toxemia, la anemia, la caquexia y las neumonías.

Manifestaciones orales:

Las lesiones de linfoma maligno son raras en las regiones orales y a menudo se les diagnostica y trata incorrectamente.

Las lesiones pueden ser primarias o secundarias, únicas y múltiples.

El paladar y las apofisis alveolares son las localizaciones habituales de los tumores y casi siempre existe tumefacción del lugar, ésta puede ser dura o blanda y se asocia algunas veces a dolor de intensidad variable. En ocasiones existe anestesia regional, no es infrecuente que se extraigan las piezas dentarias afectadas por el tumor, debido al dolor, la tumefacción y su movilidad, después el alveolo dentario no cura y se llena de tejido tumoral. La destrucción de hueso se sigue habitualmente de un gran crecimiento de los tejidos blandos. Pueden aparecer úlceras, con un aspecto de sacabocados que nos hace pensar en el goma sífilítico. Cuando la úlcera se localiza en la encía se puede confundir con una infección de Vincent. El aspecto radiográfico de las lesiones óseas no es característico, existiendo pocas o ningunas manifestaciones de osteogénesis.

Puede observarse obstrucción nasal y tumefacción facial. La afectación de los tejidos blandos aparece en la región de unión del paladar óseo con el blando donde la ulceración de la superficie es a menudo evidente.

Es frecuente la candidiasis de la cavidad oral o de otras lo  
calizaciones en las fases terminales.

## CAPITULO VII

### ULCERAS POR TRAUMATISMOS

#### ULCERA TRAUMATICA.

Es de gran importancia, no sólo por su frecuencia, sino también por la circunstancia de que cuando no cura o es recidivante, entra dentro del grupo de las lesiones precancerosas.

La úlcera traumática suele ser causada por traumatismos continuados y de poca intensidad.

Los diversos factores etiológicos pueden ser:

Una pieza dentaria cariada o fracturada con bordes cortantes o filosos.

Mal posiciones dentarias que traumatizan la mucosa, aparatos protéticos mal adaptados o con bordes sobre extendidos, ganchos de prótesis, bandas ortodóncicas y los depósitos de cálculo.

Si el examen clínico no revela ninguna asociación con alguno de los factores mencionados, la historia del paciente tal vez revele alguna fuente de trauma o de irritación crónica, por ejemplo: una quemadura química, como la que se produce por la aplicación de aspirina para calmar el dolor dental, o una quemadura térmica.

La historia clínica también puede poner de manifiesto hábitos orales, como morderse la mejilla o la lengua que pueden ser la causa de la irritación.

La úlcera traumática es un proceso de observación frecuente. Se presenta por igual en los dos sexos y a cualquier edad.

Por ser considerada como lesión estadísticamente precancerosa, es de mayor importancia evolutiva después de los 40 años.

Se localiza casi siempre a nivel de los bordes de la lengua (especialmente en el tercio medio), aunque en ocasiones puede manifestar



se en su cara ventral. Otro sitio aunque de menor incidencia, es el tercio posterior de la mucosa yugal, en la zona correspondiente a los segundos y terceros molares. Puede ubicarse, con menor frecuencia en cual- - quier otro sector de la cavidad bucal.

Desde el punto de vista clínico se presenta como una pérdida de sustancia algunas veces superficial en otras ocasiones algo más pro-- funda, circunscrita, rodeada por una zona rojiza, inflamatoria, ligera-- mente elevada. Sus bordes no son evertidos como en los carcinomas. Su consistencia es elástica, gomoide, edematosa, a diferencia de lo que sucede con el cáncer, en el que los bordes están indurados y la base infiltrada.

El fondo de la úlcera es blanco grisáceo, lo cual indica la necrobiosis superficial de los tejidos.

Por lo común es muy dolorosa y cuando se encuentra en el borde de la lengua el dolor se irradia al oído, al igual que en el cáncer.

El diagnóstico diferencial con éste es en ocasiones difícil por la gran infiltración inflamatoria que puede presentar, simulando la caracterfstica base indurada del cáncer.

Sin embargo, lo agudo del comienzo de la lesión oriente ha-- cia el diagnóstico correcto, lo mismo que su borde no evertido y el ede-- ma.

#### Diagnóstico diferencial:

Se debe hacer muy especialmente, con el epiteloma espino celular ulcerado, problema que en muchas ocasiones, es difícil de resolver sólo con la clínica sobre todo en los carcinomas incipientes. La localización de éstos son los tercios medio y posterior de la lengua sitios en los cuales son muy frecuentes las úlceras traumáticas.

Es necesario entonces practicar una biopsia de la lesión. - Existen algunos signos que pueden facilitar el diagnóstico.

En la úlcera traumática el borde no está evertido, a la pal-- pación, su consistencia es blanda, mientras que en el epiteloma es indurada. La base no está infiltrada, en cambio, en el epiteloma sucede lo contrario.

La úlcera tuberculosa puede llegar a plantear dificultades diagnósticas que sólo podrá resolverlas el estudio histopatológico.

#### Tratamiento:

Se debe tratar primero la causa que provoca la lesión y esperar de 7 a 15 días para observar la evolución del proceso. Si no cura espontáneamente en dicho lapso, se deberá efectuar la biopsia correspondiente, que es fundamental para el diagnóstico correcto.

Si se elimina el agente causal (dentario, protético, etc.) - la úlcera cura rápidamente en pocos días, revelando con claridad su origen traumático.

Esto sucede en la mayoría de los casos. Sin embargo cuando existen modificaciones patológicas del estado general del paciente (diabetes, problemas circulatorios periféricos, carencias alimentarias primarias o secundarias, etc.) dicha cicatrización puede demorarse. En algunas ocasiones la curación podrá depender, en cierta medida, del correcto tratamiento del terreno modificado por las alteraciones generales.

Podemos agregar que la edad avanzada trae una menor capacidad de regeneración de los tejidos, con el consiguiente retardo en la involución de la lesión, aunque se suprima el agente causal.

Habrá que ser cauteloso si persiste infiltración, después de curada espontáneamente una ulceración traumática, puede tratarse de un epiteloma espino celular incipiente.

#### ENFERMEDAD DE RIGA FEDE.

Con este nombre, se hace referencia a las lesiones traumáticas sufridas en la lengua de los lactantes con dientes natales o perinatales. Al succionar, la punta de la lengua se pone en contacto con los bordes incisivos, desarrollándose una ulceración inespecífica que cura sin complicaciones.

#### ULCERA PTERIGOIDEA.

(Afta de Bednar).

Estas aftas, llamadas también pterigoides, consisten en unas

Úlceras superficiales y bilaterales de la mucosa del paladar de los recién nacidos. Curan espontáneamente, y al parecer se deben a la presión ejercida por el pezón de la madre contra el paladar del niño durante la lactancia.

## C A P I T U L O VIII

### REACCIONES ALERGICAS.

#### ESTOMATITIS VENENATA.

La estomatitis venenata se refiere a la sensibilidad por contacto de la mucosa oral.

Las lesiones orales son: eritema, vesículas y úlceras ubicadas principalmente en labios, mucosa oral, gingiva, lengua y paladar.

No hay predilección de edad ni sexo.

Las lesiones se muestran eritematosas suaves, brillantes que se desarrollan en vesículas y ulceraciones. Estas siguen a contacto local con preparaciones dentales y agentes tópicos orales terapéuticos.

La Úlcera muestra ausencia de epitelio oral sofocante e infiltración inflamatoria en lámina. Siguiendo la descontinuación del alérgeno sistemático o droga el pronóstico es excelente. Se previene la recurrencia por medio de la abstinencia completa del agente nocivo.

#### ESTOMATITIS MEDICAMENTOSA.

La estomatitis medicamentosa son las manifestaciones orales de la idiosincrasia personal frente a un medicamento absorbido por vía gastrointestinal, respiratorio o por la piel.

Las lesiones orales son: eritema, vesícula y úlceras, que se ubican en labios, mucosa bucal, gingiva, lengua y paladar, puede producirse a cualquier edad y en cualquier sexo.

Clínicamente se presentan zonas eritematosas, vesículas o ulceraciones en la mucosa oral que están difusamente distribuidas que siguen a la administración sistemática de alérgeno o ciertas drogas; como antibióticos, estreptomina, tetraciclina, etc.

Las lesiones desaparecen después de descontinuar el alérgeno,

se previene la recidiva por medio de una abstinencia completa del agente nocivo.

## C A P I T U L O IX

### ULCERAS ORALES DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA

#### ULCERA AFTOSA O ESTOMATITIS AFTOSA.

Presenta esta úlcera una historia clínica y un aspecto típicos. En la mayor parte de los casos los pacientes con úlceras aftosas informan de la aparición de úlceras similares con cierta regularidad, a menudo después de enfermedades leves o de traumatismos locales.

Estas úlceras pueden aparecer en forma de lesiones múltiples o solitarias, a menudo en el suelo de la boca, pliegue mucobucal o superficie ventral de la lengua, con menos frecuencia se encuentran en la mucosa del paladar.

Las úlceras son redondas deprimidas; consisten en una porción central semejante a platillo, de color rojo o rojo grisáceo y borde elevado, cubierta por un exudado fibrinoso blanco amarillento, tiene generalmente menos de 0.5 cm. de diámetro.

Cada lesión puede tener un ciclo de 7 a 10 días. Las úlceras pueden presentarse como lesiones ocasionales con intervalos que varían de meses a años; aparecen en accesos agudos acompañados de trastornos gastrointestinales.

Las úlceras recidivantes crónicas, son una enfermedad desorientadora en la cual siempre se aprecian una o varias lesiones en diversas etapas evolutivas la enfermedad puede durar años. Suele afectar con mayor frecuencia a las mujeres que a los hombres.

Su etiología es desconocida pero existen factores que se supone pueden causar o predisponer a la úlcera aftosa incluyen trastornos psicossomáticos, hormonales, alérgicos, hereditarios, microbianos, autoinmunes y trastornos gastrointestinales.

La estomatitis aftosa es un proceso clínico diferente de la gingivostomatitis herpética aguda. Las úlceras pueden tener igual aspecto

to en ambos procesos, pero la participación difusa de la encía y los síntomas tóxicos generales agudos, no se presentan en la estomatitis aftosa.

#### PERIADENITIS MUCOSA NECROTICA RECURRENTE.

Es una enfermedad de la mucosa oral de causa desconocida y - caracterizada por úlceras necróticas múltiples de los labios, mejillas, - lengua, paladar duro y blando y pilares amigdalares anteriores. También pueden aparecer úlceras en las paredes faríngeas y laríngeas y es frecuente la afección de la mucosa genital.

La enfermedad es recidivante con múltiples episodios espaciados por varios años. Después de resuelto el proceso, las úlceras dejan una cicatriz fibrosa retráctil. En la fase aguda de la enfermedad aparece dolor y manifestaciones generales.

Las mujeres se ven afectadas más a menudo que los hombres, - el comienzo de la enfermedad puede incidir en cualquier momento de la vida, si bien es más frecuente alrededor de la pubertad.

#### Características clínicas:

Clínicamente la enfermedad puede dividirse en tres estadios diferentes.

El primer estadio se manifiesta por unas pápulas o nódulos - mucosos únicos o múltiples, ligeramente elevados y de color rojizo, con un tamaño variable desde la punta de una aguja hasta alcanzar los 3 o 4 cm. de diámetro. Transcurriendo unos días estos nódulos se ulceran.

La segunda fase se caracteriza por la presencia de unas úlceras superficiales de bordes irregulares e indurados que se forman a partir de los nódulos antes descritos.

Estas úlceras están recubiertas por una pseudomembrana adherente de color grisáceo, y no se acompañan de hemorragia. El dolor es - de intensidad y duración variable y se asocia a la masticación, sobre todo en la ingesta de frutas cítricas. Durante este período existe generalmente halitosis. La disfagia y la disfonía son signos acompañantes - de la ulceración de la faringe y laringe.

El tercer estadio de la enfermedad viene señalado por la curación de las úlceras, por lo que da lugar a cicatrices fibrosas retráctiles que pueden provocar malformaciones de importancia, como por ejemplo: limitación de la apertura bucal, deformidades labiales, amputación de la punta de la lengua, úvula y pilares amigdalares anteriores, fisuras fibrosas profundas de la mucosa bucal y depapilación de la lengua.

La duración de los tres períodos varía desde una semana a tres o cuatro meses, pudiendo verse lesiones representativas de los tres períodos en un momento dado. El intervalo de recidiva puede oscilar entre varias semanas y varios meses, o bien sucederse una tras otra sin interrupción.

#### Diagnóstico diferencial:

Es necesario descartar las aftas múltiples, infecciones herpéticas, eritema multiforme exudativo, pénfigo, síndrome de Behcet.

#### ERITEMA MULTIFORME.

Es una enfermedad de crecimiento autolimitado de la piel y túnica mucosa.

Se desconoce su causa, sin embargo se ha pensado en un origen viral o alérgico. En muchos casos la enfermedad ha demostrado ser una respuesta alérgica a alimentos, agentes infecciosos o drogas tales como sulfonamidas, penicilina y salicilatos. En algunos casos el Eritema multiforme cura espontáneamente y no se descubre el agente etiológico.

Las lesiones pueden presentarse en cualquier lugar de la piel, mucosa bucal, conjuntiva y mucosa genital. Los pacientes afectados suelen ser adultos jóvenes.

Las lesiones consisten en máculas rojas (eritema) que se transforman en vesículas, ampollas y úlceras (múltiformes). La enfermedad desaparece en pocos días o en semanas pero puede recidivar. Las vesículas bucales se abren pronto y dejan úlceras con bordes rojos y curan sin dejar cicatriz. Para el diagnóstico del eritema multiforme resulta muy importante la historia y características clínicas del paciente.

Cuando las lesiones ampollosas del eritema multiforme se



acompañan de síntomas generales, con fiebre alta, postración y ataque de conjuntiva o mucosas la enfermedad se ha llamado síndrome de Stevens-Johnson.

#### Síndrome de Behcet.

Este síndrome consta de la siguiente tríada; Estomatitis aftosa, ulceración genital y uveítis recidivante con hipoplón.

Este síndrome aparece entre los 15 y los 45 años con una preferencia de 4 a 1 hacia los varones.

La afección ocular se observa casi en el 80% de los pacientes y consiste en conjuntivitis, queratitis, retinitis o, lo más frecuente uveítis recidivante con hipoplón, que al principio se inicia en uno de los ojos pasando luego al otro y dando lugar habitualmente a graves lesiones oculares o ceguera.

Las lesiones genitales se observan aproximadamente en el 65% de los enfermos. Consisten en grandes aftas que, en los varones inciden en el pene, parte interna de los muslos y de un modo especial en el escroto. En las mujeres las úlceras se desarrollan en la vulva, en las que pueden provocar una fenestración en los labios menores con cicatrizaciones de importancia.

No es infrecuente que se afecten las articulaciones, o que aparezcan complicaciones cutáneas y neurológicas. Por lo general, suele haber al mismo tiempo diarrea, disproteinemia y, en ocasiones tromboflebitis recidivante.

Las lesiones orales constituyen a menudo, el signo inicial, pueden localizarse en cualquier punto de la mucosa oral y tienden a presentarse en grupo. Se parecen a las aftas. Son bien delimitadas y su tamaño oscila entre algunos milímetros y un centímetro. La base de la úlcera está recubierto por un exudado gris amarillento y los bordes se hallan rodeados por un halo de color rojo.

Estas úlceras extremadamente dolorosas pueden extenderse hacia la faringe o el esófago, ocasionando disfagia, puede presentarse escases o ausencia de pápilas fungiformes.

## PENFIGO.

Es una enfermedad ampollar de posible etiología autoinmune, - el pénfigo puede subdividirse en cuatro tipos clínicos, todos los cuales se caracterizan histológicamente por vesículas o ampollas intraepiteliales.

Estos tipos son: Pénfigo vulgar, vegetante, foliáceo y eritematoso.

El Penfigo vulgar es el tipo más común y más grave, la lesión característica es una ampolla (vesícula grande). Que cubre extensas zonas de la piel y cualquier lugar de la mucosa bucal. Se presenta en adultos de 40 a 70 años de edad, no presenta predilección por ningún sexo.

Las ampollas de la cavidad oral se abren pronto y dejan úlceras superficiales extensas y dolorosas.

Las úlceras cutáneas suelen acompañarse continuamente de úlceras orales.

Una de las formas menos común del Pénfigo es el Pénfigo vegetante. Se parece a la forma vulgar en todos los aspectos, salvo que después de la ruptura de la ampolla se produce una hiperplasia papilomatosa del epitelio.

En el pénfigo foliáceo y eritematoso que son formas raras, - las ampollas se asocian con un marcado eritema.

El pénfigo eritematoso es una forma leve del pénfigo foliáceo. Las lesiones bucales son raras.

## PENFIGOIDE MUCOSO BENIGNO.

El penfigoide mucoso benigno se caracteriza por la presencia de lesiones ampollares de las mucosas, en especial de la boca y de los ojos.

La enfermedad sigue un curso prolongado y benigno. Se presentan lesiones cutáneas asociadas, siendo el cuello, la cara, el cuero cabelludo, las piernas y los genitales las partes más frecuentemente - -

afectadas. La mayoría de los pacientes tiene una edad comprendida entre 40 y 70 años.

La enfermedad también puede afectar la mucosa de la faringe, laringe, esófago, cavidad nasal, ano y aparato genital.

Las lesiones orales suelen preceder a las de la piel y conjuntiva.

Las ampollas se desarrollan lentamente, en contraste con las del pénfigo vulgar y del eritema multiforme, que se desarrollan en un día o dos y raramente existe malestar.

Las vesículas son pequeñas (3 mm. a 6 mm.) pero pueden unirse. Cuando se rompen dejan úlceras evanescentes superficiales que no sangran con facilidad.

Las zonas afectadas más a menudo son las encías y los mamelones desdentados.

Las ampollas poseen paredes más gruesas que las del pénfigo.

No es infrecuente que se origine una leve cicatrización como consecuencia de las lesiones orales.

#### LIQUEN PLANO.

De etiología desconocida, el liquen plano se caracteriza por pápulas aplanadas, eritematosas, ligeramente descamativas, y a menudo poligonales.

Puede durar desde semanas a meses y va acompañada de considerable prurito.

Con la involución de las lesiones cutáneas se hacen menos rojas y más violáceas y luego de color canela a oscuro.

Las lesiones orales se observan predominantemente en la mucosa oral, lengua, encías y labios. Algunas veces sólo existen lesiones orales, que pueden preceder a la aparición de las lesiones cutáneas en varios años.

Las típicas lesiones de la mucosa oral se presentan como un fino encaje de pápulas hiperqueratósicas reticulares blancas y lesiones-

grises anulares o en forma de placa en el dorso de la lengua.

En la mucosa bucal las lesiones se originan en la región posterior y se extienden hacia adelante.

Por lo general, son asintomáticas, aunque es frecuente un gusto metálico o un ligero malestar. Pueden verse erosiones superficiales, lesiones ampollares y úlceras dolorosas, profundas y crónicas.

Suele haber una ligera predilección por el sexo femenino.

Se ha observado la degeneración maligna hacia el carcinoma de células escamosas, pero es extremadamente rara.

#### GINGIVITIS ULCERO NECROSANTE.

Afecta con mayor frecuencia los tejidos gingivales de adolescentes mayores y adultos jóvenes. Sin embargo, las personas de otras edades también presentan manifestaciones de esta enfermedad.

Ataca de manera similar a los dos sexos.

No se ha podido determinar su etiología exacta. Aunque puede intervenir una flora microbiana en su origen e indudablemente puede aumentar la intensidad del estado inflamatorio, los microorganismos implicados no son patognomónicos para la lesión.

Entre los microorganismos invasores están fusospiroquetas, estreptococos, estafilococos y otros. Se puede hablar de una flora mixta.

Es de gran importancia la disminución de la resistencia hística que permite una invasión microbiana yuxtapuesta.

Los trastornos emocionales (miedo, ansiedad, ostilidad reprimida), esfuerzo y debilitación física, insuficiencia de la nutrición, discrasias sanguíneas, etc., han sido considerados como factores etiológicos de acondicionamiento.

Así que no es raro encontrar gingivitis necrosante aguda asociada con dificultades escolares, amorosas o maritales, ciarrosis hepática, alcoholismo, dietas deficientes en proteínas, mononucleosis infecciosa y leucemia, y como secuela de la administración de agentes quimioterápicos.

peúricos oncostáticos.

#### Aspectos clínicos:

Los síntomas de la gingivitis ulcerativa necrosante pueden ser agudos o crónicos, intensos o leves. En la mayoría de los pacientes los vértices de las pápilas interdetales y región de la depresión interdental se hallan lesionados inicialmente por alteraciones que tienden a producir úlceras en sacabocado en el tejido de las crestas. Las úlceras están cubiertas por membranas fácilmente desprendibles compuestas por fibrina, epitelio descamado viable y células inflamatorias muertas. Con frecuencia hay dolor y sabor desagradables. La lesión clínica se parece por lo demás a una forma intensa de gingivitis con cambios en la forma (edema e hipertrofia) y color (lívido hasta rojo cianótico) del tejido, pérdida del punteado, reactividad, exudación, etc. Esta enfermedad puede seguir progresando e invadir la encía marginal o incluso una porción de tamaño variable de la encía fija.

La necrosis provoca la pérdida de todo el tejido interdental.

En ocasiones se observan síntomas generales, sobre todo en las formas fulminantes de la enfermedad. Otros síntomas son linfadenopatía cervical, dolor intenso, hedor bucal, malestar, anorexia y fiebre.

#### Evolución:

El proceso se inicia en forma aguda. Después de una semana aproximadamente, las lesiones gingivales pueden disminuir su intensidad. La sintomatología se atenúa, pero es conveniente un examen minucioso para despistar pequeñas necrosis, sobre todo a nivel de las pápilas gingivales de los últimos molares.

Sin un tratamiento adecuado y a tiempo, la secuela más común es la destrucción parcial o total de las pápilas gingivales. Estas pueden quedar deformadas, crateriformes, lo que facilita la recurrencia del proceso, caracterizado por una remisión y exacerbación de las lesiones.

#### Diagnóstico:

Es por lo general sencillo y se basa en la historia clínica y en las características clínicas ya señaladas. El dolor es importante,

la hemorragia gingival es frecuente, lo mismo que la pseudomembrana gris-amarillenta, fácilmente desprendible por fricción suave con una gasa que deja ver una ulceración de la ppila interdental que se observa truncada y sangrante. La halitosis es franca. En cuadros severos las manifestaciones locales se acompañan con una sintomatología general.

#### Diagnóstico diferencial:

En algunos casos se le puede confundir con la gingivostomatitis herpética aguda (primo infección) pero se descarta porque ésta es más frecuente en niños de 4 a 5 años, además en la primo infección herpética, la inflamación aguda de la encía es difusa, no existe necrosis, si no erosiones secundarias a vesículas que se localizan preferentemente en la ppila o en el margen gingival. Generalmente se ven además múltiples eritemas y erosiones en el resto de la mucosa bucal.

Las lesiones de la leucemia aguda no pueden ser confundidas con las de las gingivitis ulceronecrosante (distinta localización, aspecto, asociación con púrpura) pero el proceso puede instalarse en los leucémicos. Además de las lesiones bucales propias de la leucemia aguda, lo que llama la atención en estos últimos enfermos, es el mal estado general y la anemia.

La blenorragia bucal, proceso excepcional, puede necrosar las pápilas interdentarias. En esos caso la confusión con la gingivitis ulcero necrosante es muy factible.

La blenorragia da una estomatitis difusa eritematosa y pseudo membranas de color amarillo limón.

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

Todas las enfermedades antes descritas tienen como manifestación oral, úlcera, en algunas esta lesión es secundaria a una primaria, sin embargo en este período de la enfermedad es cuando el paciente acude al dentista porque generalmente existe dolor.

Nosotros al observar una úlcera en nuestros pacientes debemos tener en mente que puede tratarse de cualquier enfermedad antes mencionada.

A medida que observamos con más detenimiento sus detalles y las zonas vecinas vamos descartando algunas de ellas. Al realizar la historia clínica desechamos otras y finalmente al recibir los informes de laboratorio acerca de la biopsia y citología nos encontramos ante un diagnóstico certero que nos indicará el mejor camino a seguir en la terapéutica, o en la interconsulta con especialistas.

Esto no sería posible si únicamente nos basáramos en los signos clínicos sin conocer los antecedentes del paciente, o si lo hiciéramos sólo con la historia clínica sin examinar la lesión ni tomar en cuenta los exámenes de laboratorio.

Podemos sospechar de neoplasias cuando encontramos una úlcera aislada con bordes indurados y evertidos con base infiltrativa, que no tiende a cicatrizar y no encontramos un factor causal evidente.

Esta úlcera puede estar en cualquier tercio lingual o en sus bordes, en el labio inferior de preferencia, en el piso bucal, en encías, en mucosa bucal o en el paladar.

Generalmente no existe dolor y se presenta en personas adultas y predominando en el sexo masculino. El diagnóstico definitivo lo obtenemos por estudio histopatológico.

En las enfermedades infecciosas encontramos una úlcera aislada con bordes indurados y elevados que puede ser causada por infección bacteriana, vírica o micótica.

Esta úlcera puede estar en cualquier parte de la cavidad oral.

En estos casos nos ayuda mucho la historia clínica general del paciente en la que conoceremos los antecedentes infecciosos de éste. - Cuando revela una historia positiva de la enfermedad no es necesaria la biopsia.

Las discrasias sanguíneas también tienen como manifestación - oral úlceras. Estas pueden ser gangrenosas o ser recidivantes, pueden - presentarse en la encía, los labios, la mucosa bucal y amígdalas.

Las úlceras tienen un fondo gris pardo, están cubiertas a menudo por una pseudomembrana amarillo-grisáceo y pueden presentar eritema a su alrededor o estar bien delimitadas, como en la agranulocitosis, aquí nos ayuda mucho la historia clínica, ya que existen síntomas sistémicos-diversos.

Las úlceras causadas por traumatismos son lesiones solitarias, dolorosas, algunas veces superficiales, en otras algo más profundas, rodeada por una zona rojiza inflamatoria ligeramente elevada, sus bordes - no son evertidos, tienen consistencia elástica, gomoide, edematosa, el - fondo de la úlcera es blanco-grisáceo.

Pueden presentarse en cualquier lugar de la mucosa bucal, son de poca duración y la causa suele ser evidente, por ejemplo: prótesis - mal ajustadas, hábitos orales, etc.

En las reacciones alérgicas encontramos úlceras aisladas o múltiples de poca duración que pueden iniciarse como vesículas y presentarse en cualquier lugar de la mucosa bucal.

El paciente presenta una historia de alergia y aplicación o administración local de la sustancia a la cual es sensible.

Cuando existen úlceras aisladas o múltiples, crateriformes, - grandes y profundas, puede tratarse de Estomatitis Aftosa, Periadenitis mucosa recurrente, Eritema Multiforme, Pénfigo, Liquen plano o de Gingivitis úlcero necrosante cuando éstas se encuentran en las pápilas interdentes. El diagnóstico definitivo lo obtenemos ayudados de la Historia clínica y exámenes de laboratorio.



Una úlcera oral puede orientarnos al diagnóstico de neoplasias, enfermedades infecciosas, discrasias sanguíneas, reacciones alérgicas o ser simplemente manifestaciones de traumatismo, pero nunca podremos establecer un diagnóstico definitivo basado solamente en las úlceras. Este siempre tendrá que ser el resultado del examen clínico, una historia clínica completa y exámenes histopatológicos.

Sólo así obtendremos un diagnóstico confiable en beneficio para nuestros pacientes.

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

- 1.- BAEZ VILLASEROR JOSE.  
Hematología Clínica.  
Editor Francisco Méndez Oteo.  
México 1976, 5a. Edición.
- 2.- BASKAR S.N.  
Patología Oral.  
Editorial El ateneo.  
Argentina 1974, 2a. Edición.
- 3.- HARRISON.  
Medicina Interna.  
Editorial La Prensa Médica Mexicana.  
México 1973, 4a. Edición.
- 4.- MARTIN ABREU LUIS, CASTILLO NAVA JAVIER, EP. AL.  
Fundamentos del Diagnóstico.  
Editor Francisco Méndez Cervantes.  
México 1976, 2a. Edición.
- 5.- MILLER SAMUEL CHARLES.  
Diagnóstico y Tratamiento Bucal.  
Editorial Bibliográfica Argentina.  
Argentina 1967, 1a. Edición.
- 6.- MITCHEL DAVID.  
Propedéutica Odontológica.  
Editorial Interamericana.  
México 1973, 2a. Edición.
- 7.- MORRIS ALVIN L., BOHANNAN HARRY M.  
Las Especialidades Odontológicas en la Práctica General.  
Editorial Labor.  
Barcelona España 1976, 2a. Edición.

**8.- PINDBORG JENS JORGEN**

Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral.  
Editorial Salvat.  
Barcelona España 1974, 2a. Edición.

**9.- ROBBINS STANLEY L.**

Patología Estructural y Funcional.  
Editorial Nueva Editorial Interamericana.  
México 1975, 1a. Edición.

**10.- THOMA, KURT HERMANN.**

Patología Oral.  
Editorial Salvat.  
Barcelona España 1973, 6a. Edición.