



2ej 262

Escuela Nacional de Estudios Profesionales

IZTACALA - U. N. A. M.

Carrera de Odontología

LESIONES VESICULARES DE LA CAVIDAD ORAL

T E S I S

Que para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

Ma. de la Luz Manríquez Velázquez

San Juan Iztacala, Edo. de Méx.

1 9 8 2



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

P R O T O C O L O

Teniendo en cuenta la alta frecuencia que, en la práctica diaria el Cirujano Dentista observa diversas alteraciones provocadas por virus, y sobre todo en la cavidad oral y con frecuencia pasan desapercibidas o no se toman en cuenta, pero se tiene que tomar en cuenta que cualquier patología por virus son importantes y están muy difundidas; sabemos que estas afectan no solamente al hombre, si no también a las plantas, animales domésticos y en general a cualquier ser viviente.

También sabemos que los virus dependen de células de tejidos vivos para que éstos puedan desarrollarse.

Sabemos que aquí en la ciudad de México, en nuestra población este tipo de lesiones provocadas por virus tienen un alto índice de frecuencia.

En el caso de enfermedades por virus, un factor muy importante es la etiología; porque dentro de este punto es la higiene de los pacientes importante, porque nos damos cuenta que es donde se presenta más este tipo de patologías en la clase social baja. No solamente la higiene es importante, si no que debemos tomar en cuenta la nutrición que también es importante ya que es favorecedora para que aparezca toda aquella enfermedad por virus.

Es por todo lo anterior que me ha llamado la atención poder realizar como trabajo de tesis este tema de Lesiones Vesícula--rea de la cavidad oral. Porque como ya mencionaba aparecen -- con bastante frecuencia y generalmente nunca les damos la atención que este tipo de alteraciones orales requieren para que -- sean eliminadas.

Pero en este caso tenemos que tener muy en cuenta todos -- aquellos factores que son predisponentes para que haya una ateq

ción adecuada a este tipo de lesiones vesiculares; para dar -- un servicio a éstos pacientes es necesario que acudan a la consulta del Cirujano Dentista, y sin embargo como este tipo de padecimientos, son dolorosos pero muchas veces no lo suficiente como para que el paciente acuda para que se le de la atención adecuada a su padecimiento.

Si tomamos en cuenta todo lo anterior y al conjuntar todo nos podemos dar cuenta que el profesionista en muchas ocasiones tiene que ver, que el paciente no acuda a la consulta, esto se debe a las malas experiencias que ha tenido el paciente en sus anteriores consultas.

Al analizar todo nos damos cuenta que las estadísticas -- con las cuales contamos, no, nos dan un índice realmente exacto, porque su frecuencia es tomada solamente por calculo aproximado.

Todo lo mencionado ha influido en la decisión para elegir este tema de Lesiones Vesiculares para desarrollarlo como tema de tesis, porque así podre estudiar un poco más a fondo el comportamiento de estas lesiones y en un futuro darles el tratamiento adecuado a cada una de ellas.

Al presentar este proyecto no solamente es para tratar de cubrir un tramite si no que al desarrollar totalmente este, se debe de tratar de aprender o entender lo que realmente se pretende al elegir un tema como proyecto de tesis.

Para elegir este tema como todos sabemos lo podemos seleccionar de todos los temas que se estudiaron durante el tiempo que dura la carrera, es decir que todos aquellos conocimientos que adquirimos durante nuestra época de estudiantes en un futuro muy cercano debemos de ponerlos en práctica y así poder dar una mejor atención a todos los pacientes que se presentan para que nosotros los atendamos, es por esto que siempre debemos tener nuestros conocimientos actualizados para así poder hacer --

un mejor diagnóstico y dar un mejor tratamiento a todas aquellas alteraciones orales.

Por último dentro de este protocolo quisiera dar las gracias al profesor que me asesora para poder realizar esta tesis y que al terminar, esta es satisfactoria será gracias a la -- valiosísima ayuda que el profesor me brinda al igual que sus - conocimientos.

I N D I C E

Tema I.- Gingivoestomatitis Herpética y Herpes Simple

- A) Topografía
- B) Etiología
- C) Características Clínicas
- D) Características Histológicas
- E) Diagnóstico y Diagnóstico diferencial
- F) Pronóstico
- G) Tratamiento

Tema II.- Ulcera Aftosa

- A) Topografía
- B) Etiología
- C) Características Clínicas
- D) Características Histológicas
- E) Diagnóstico
- F) Pronóstico
- G) Tratamiento

Tema III.- Herpes Zoster

- A) Topografía
- B) Etiología
- C) Características Clínicas
- D) Características Histológicas
- E) Diagnóstico
- F) Pronóstico
- G) Tratamiento

Tema IV.- Ulcera de Mikulicz (Periadenitis mucosa Necrotica recurrente)

- A) Topografía
- B) Etiología
- C) Características Clínicas
- D) Características Histológicas

- E) Diagnóstico
- F) Pronóstico
- G) Tratamiento

Tema V.- Eritema Multiforme

- A) Topografía
- B) Etiología
- C) Características Clínicas
- D) Características Histológicas
- E) Diagnóstico
- F) Pronóstico
- G) Tratamiento

Tema VI.- Pénfigo (Se describirán C/U de los diferentes tipos de pénfigo)

- A) Definición y topografía
- B) Etiología
- C) Características Clínicas
- D) Características Histológicas
- E) Diagnóstico
- F) Pronóstico
- G) Tratamiento

Conclusiones

Bibliografía

T E M A I

GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA Y HERPES SIMPLE

La gingivoestomatitis herpética y el herpes simple, son -- alteraciones bucales que se consideran inofensivas, es decir -- que no causan la muerte del paciente, pero si es la enfermedad viral que más comunmente ataca al hombre, esto es independiente de las infecciones virales de las vías respiratorias.

Ambas enfermedades como sabemos, tanto la gingivoestomatitis herpética y el herpes simple tienen características semejantes, pero se consideran una sola enfermedad pero en dos fases, -- es decir primaria y secundaria.

La infección primaria es la gingivoestomatitis herpética.

La infección secundaria es el herpes simple, pero esta enfermedad solo se presenta en aquellas personas, que hayan padecido anteriormente la infección primaria.

Para desarrollar este capítulo, y tomando en cuenta las -- características de ambas alteraciones patológicas, las describiré cada una por separado, para que pueda ser mejor entendible -- las secuencias que estas enfermedades tienen desde su inicio.

Los diferentes autores describen el Herpes no solo en ---- cavidad oral si no que los describen en diferentes partes del -- organismo humano.

Los diferentes tipos de herpes son:

El herpes genital

La meningo encefalitis herpética (mortal)

Conjuntivitis Herpética

El herpes simple del recién nacido (mortal)

Estos diferentes tipos de herpes sólo los menciono porque -- solo trataré aquellas enfermedades virales de la cavidad oral.

GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA

Esta considerada como una enfermedad primaria, porque representa el primer contacto con el virus, al iniciarse es acompañada de signos de infección la cual es generalizada; es decir hay sintomatología en todo el organismo aun mismo tiempo que aparecen las alteraciones bucales.

Sabemos que esta enfermedad aparece entre el primero y el tercer año de vida.

TOPOGRAFIA

Esta enfermedad como cualquier otra patología bucal tienen marcada preferencia por algún lugar de la cavidad bucal, y es generalmente donde esta hace su aparición.

En la gingivoestomatitis herpética se puede observar que los lugares en los que aparece en la cavidad bucal son los siguientes:

Las lesiones son ampollas rojizas que generalmente se rompen entre las 24 y 36 horas y dejan ulceras, el sitio de su aparición es en:

La lengua, la superficie interna de los labios, mucosa sublingual, también la mucosa de los carrillos, paladar duro y blando. En ocasiones la gingivoestomatitis herpética puede confundirse con la gingivitis ulcerativa necrótica porque aparecen en las papilas y se vuelven tumefactas, hay enrojecimiento y sangrado, la diferencia entre ambas enfermedades es que en la gingivoestomatitis las papilas interdientales no están necróticas. Generalmente en todos los casos las ulceras empiezan a formar costras en un lapso de 7 a 10 días, estas ulceras sanan sin dejar cicatriz.

ETIOLOGIA

La gingivoestomatitis herpética o enfermedad primaria es causada por el virus del herpes simple.

Dentro de la etiología tenemos que tener muy en cuenta el medio ambiente en el cual hábita el paciente; esto se debe a -- que en un medio ambiente deprimente, la frecuencia de la enfermedad es más elevada, esto se debe a la insalubridad existente en este medio ambiente, se debe tener en cuenta la falta de la higiene personal, la mala nutrición, estos factores sabemos son favorecedores para la aparición de la infección.

El virus del herpes se sabe fué descubierto por LAWENSTEIN en el año de 1919 y reúne ciertas características:

- A) Ataca a los tejidos de origen ectodermico (piel, mucosa etc.)
- B) Las lesiones que prodecen son visibles por que en la -- mayoría de los casos son vesículas.
- C) Histológicamente, las células infectadas presentan inclusiones intracelulares.
- D) El virus es aislado de tejidos infectados.

Este virus esta considerado dentro del grupo del ácido deoxirribonucleico y también se le puede llamar Herpes Virus.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Esta enfermedad es común en los niños pero en general en toda la población, sin contar la edad. Puede ser precedida por un proceso infeccioso, los enfermos se quejan de cefaleas, irritabilidad, puede haber aumento de la temperatura (puede aumentar de 39° a 40.5°) es muy difícil ingerir alimentos hay sialorrea, puede haber nauseas, días antes de la aparición de las --

lesiones bucales, hay palidez, tumefacción de los ganglios cervicales y maxilares, aunque no se aprecia a simple vista; esto se confirma con la palpación, nos damos cuenta que los ganglios están tumefactos.

Cuando las lesiones vesiculares van aparecer hay ardor este se nota a los 3 o 4 días de haber aparecido la fiebre. Cuando las lesiones están en su etapa inicial son ampollas rojizas que rápidamente se rompen dejando en su lugar úlceras.

Muchas veces el paciente no se da cuenta de que hay vesículas porque como sabemos se rompen muy rápido y dejan las úlceras que son demasiado dolorosas. En las encías se observa inflamación y sangran fácilmente, la base de las úlceras están cubiertas por una capa blanquesina o amarillenta, estas úlceras pueden variar en su tamaño, pueden ser desde 2 mm hasta 6 u 8 mm - pero si estas están muy juntas pueden unirse y formar úlceras grandes y en ocasiones pueden medir hasta 1 cm de diámetro, después de las lesiones bucales que aparecen, la fiebre disminuye.

En algunas ocasiones la aparición de las lesiones pueden ser precedidas de parestesias y sensación de ardor esto se hace evidente después de que ha aparecido la fiebre.

Generalmente en todos los casos las ulceraciones empiezan a formar costras en un lapso de 7 a 10 días estas al sanar no dejan cicatriz.



Foto 1.- Gingivostomatitis herpética primaria, en la foto se pueden observar las úlceras que dejan las vesículas al romperse,

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

En las lesiones herpéticas la lesión se inicia con la separación de las células de la epidermis, habiendo acumulación de líquidos hay edema, infiltración inflamatoria. Los elementos celulares en su mayoría son linfocitos, los vasos se ensanchan con bastante profundidad.

Las lesiones que se localizan en la mucosa se pueden observar que contienen menos líquidos que los que se encuentran en cualquier otra zona.

Como resultado de la acumulación de líquidos, algunas células se desprenden de la pared vesicular por causa de los líquidos habiendo hinchazón en las bases, se observa degeneración epitelial y células epiteliales tumefactas, puede haber células gigantes. En algunos casos se puede observar eosinófilos, pue-

den observarse coagulos y degeneración como se podra observar-- todo esto es formado por la actividad intracelular del virus.

HERPES SIMPLE

Esta enfermedad llamada herpes simple también es conocido como enfermedad secundaria, es inofensiva, sus características son semejantes a la gingivoestomatitis. Al igual que esta causa ampollas o vesículas aunque estas pueden aparecer en la piel o mucosas bucales. Esta enfermedad secundaria no causa la muerte a ningún paciente.

Es considerada enfermedad secundaria, porque después de la enfermedad primaria es cuando aparece, porque el virus esta latente en las células y cuando se presenta una disminución en la resistencia de los tejidos, esta enfermedad vuelve a manifestarse pero como enfermedad secundaria; es decir el herpes simple - pero a diferencia de la gingivoestomatitis se presenta con pocas vesículas.

TOPOGRAFIA

El herpes simple como sabemos son vesículas que aparecen precedidas por elevación de la temperatura. Las zonas en las cuales aparece son las siguientes:

Puede afectar la cara, labios, barba o menton y sitios en los cuales las mucosas se unen con la piel, como el bermellón de los labios.

El herpes simple también se le puede llamar fuegos o fogazos.

ETIOLOGIA

Al igual que la gingivoestomatitis herpética, el herpes -- simple es causado por el mismo virus, es decir por el herpes -- virus.

Del cual se mencionaron sus características anteriormente.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Con frecuencia su aparición es precedida por comezón o --- prurito, puede haber sensación de quemadura, la erupción es en forma de vesícula, estas son transparentes y pueden estar agrupadas; el tamaño varía desde la cabeza de un alfiler hasta to--- mar el tamaño de un chicharo.

El contenido de estas vesículas es un líquido claro, el --- cual se va a secar y va a formar costra y van a desaparecer en un lapso de 8 a 10 días.

Estas vesículas pueden estar acompañadas por fiebre, se -- puede decir que la mayor parte de la población es portadora de este virus, el cual esta latente en los individuos, pero al haber una alteración en su ecología, ocasiona que este virus --- aparesca nuevamente, es decir que haya recidivas.

Se sabe que hay factores los cuales pueden ser predisponen--- tes para que el herpes aparesca, estos factores son:

Alergias, menstruación, embarazo, desequilibrios emociona--- les tensiones, fatiga, exposición a la luz directa, enfermeda--- des debilitantes (leucemia), trastornos gastro intestinales.

En la mayoría de los casos cuando hay recidivas en las --- lesiones herpéticas secundarias, no hay dolor como en el caso --- de las alteraciones primarias.

Generalmente cuando las vesículas vuelven aparecer lo ---- hacen en el mismo sitio en que aparecieron anteriormente, o pueden aparecer en zonas diferentes.

Al sanar y desaparecer no dejan cicatriz.

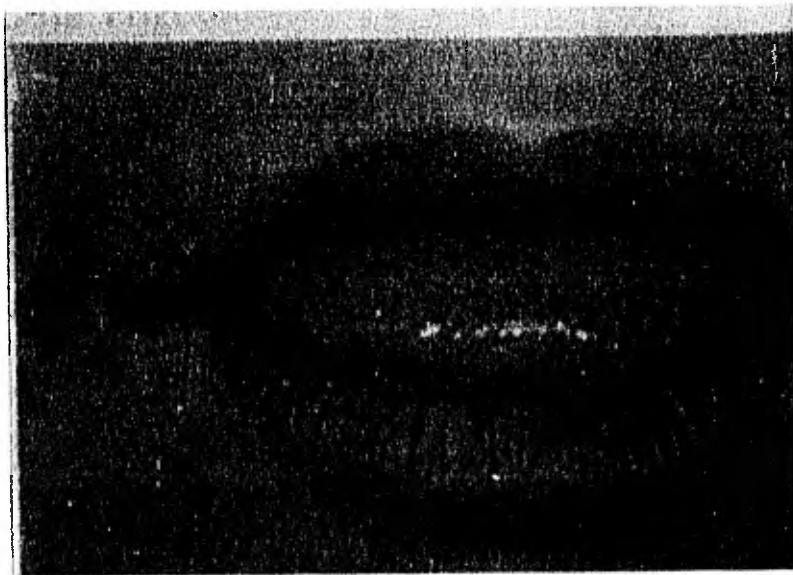


Foto 2.- Herpes labial, se puede observar que en esta foto ya no hay vesículas, pero hay costras -- desaparecen en 8 o 10 días.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

La lesión herpética se inicia histológicamente con la separación de las células debido a la acumulación de líquidos en la base de la vesícula se puede observar una degeneración epitelial y hay células epiteliales tumefactas, hay células gigantes.

Las lesiones herpéticas que se presentan en la mucosa contienen menos líquidos pero hay fibrina y la primera capa se ---

encuentra edematosa.

Como se puede observar tanto la gingivoestomatitis herpética y el herpes simple han sido descritas ambas enfermedades - por separado hasta sus características histológicas. Pero a -- partir del diagnóstico lo hare en forma conjunta hasta finalizar el capítulo.

DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Como hemos podido darnos cuenta el diagnosticar en ambas - enfermedades es fácil saber de que alteraciones patológicas --- vamos a tratar. En el caso de la gingivoestomatitis herpética - que como sabemos es altamente contagiosa a las personas suscep- tibles, se difunde por contacto directo con las lesiones herpé- ticas o con la saliva que contenga el virus.

En el diagnóstico tenemos siempre, las características clí- nicas de la enfermedad para un mejor diagnóstico, es mejor valer nos también de las características histológicas.

En el herpes simple al igual que la anterior el contenido - de las vesículas es muy importante para el diagnóstico, que jun- to con la historia clínica nos indicará recidivas, es cuando -- se tendra la seguridad que es un herpes simple.

El diagnóstico diferencial, este es muy importante de to-- marlo en cuenta porque muchas veces se puede confundir con algu- na enfermedad que tengan alguna similitud con el herpes, en --- cualquiera de los dos casos que conocemos tanto la enfermedad - primaria o la secundaria, algunas patologías que tienen similitud con el herpes son las siguientes:

La ulcera aftosa y con el herpes primario la gingivitis -- ulcerativa necrotica; es por esto que para hacer un buen diagnóstico tengamos que hacer el estudio histopatológico en este tipo de patologías para que no exista alguna duda sobre lo que vamos a tratar.

PRONOSTICO

El pronóstico para ambas enfermedades la primaria y la --- secundaria es completamente favorable.

En ambas las vesículas y las úlceras sanan y no dejan cicatriz alguna al paciente. Los casos de muerte en cualquiera -- de las fases del herpes virus, son realmente raros y no hay un índice que nos indique la mortandad de estos casos.

TRATAMIENTO

El tratamiento para la infección primaria no se considera -- que sea muy adecuado, ya que la infección sede por si sola y -- solo se da un tratamiento de sosten, este consiste en adminis-- trat antipiréticos, reposo, dieta blanda y líquidos para evitar la deshidratación en los niños.

La antibioterapia nos ayuda en la prevención de la infec-- ción secundaria.

El tratamiento en el herpes simple o la fase secundaria, -- como es una lesión limitada aún no hay un tratamiento bastante-- adecuado para tratar esta enfermedad y solo se trata de la si--

guiente manera:

Aplicación local de astringentes, analgésicos y una higiene ---
bucal adecuada, pero se debe de evitar que haya infecciones se-
cundarias.

En caso de que haya fiebre se indicará al paciente tomar -
antipireticos.

T E M A I I

ULCERA AFTOSA

Estas ulcera como sabemos no producen vesículas, y en el lugar de estas solamente aparecen las úlceras desde el momento en que se manifiesta la enfermedad en la cavidad bucal; sabemos que generalmente aparece una sola ulcera, pero que en algunas ocasiones puede aparecer doble o triple.

A diferencia de las lesiones herpéticas estas lesiones no dan manifestaciones previas, ni síntomas precoces, si no hasta que se presenta la lesión.

Estas úlceras son demasiado dolorosas, y se presentan en aquellas zonas en las cuales hay mucosas.

Esta enfermedad se caracteriza por sus diferentes episodios de ulceraciones, la forma de estas ulcera puede ser ovaladas o redondas, las aftas también es conocida la enfermedad como estomatitis ulcerativa recidivante.

TOPOGRAFIA

Al igual que cualquier enfermedad estas úlceras tienen siempre predilección por algún lugar, es decir en la cavidad bucal hay lugares específicos, en los cuales generalmente pueden aparecer las ulceraciones, los lugares en donde principalmente aparecen son los siguientes:

Mejillas, mucosa del labio, en piso de boca, lengua, paladar blando, faringe y enoia, y en aquellas zonas donde la mucosa no esta insertada en el periostio.



Foto 3.- En esta fotografía podemos observar las zonas en las cuales aparecen las aftas; las zonas como la mucosa del labio y mejillas

ETIOLOGIA

Se considera hay varios factores los cuales pueden causar las aftas, algún tiempo se creyo que el virus del herpes era -- el causante de esta enfermedad, pero se hicieron varios estu -- dios y actualmente se considera que el agente causal de las --- aftas es una forma L del estreptococo alfa Hemolítico.

Este microorganismo si ha sido aislado de pacientes, los - cuales tenían úlceras aftosas y el estudio histopatológico no - ha dejado dudas de que es este el agente causal de la enferme-- dad. Aunque al igual que otras patologías, esta también tiene factores predisponentes que la causan, entre ellos se encuen--- tran;

Los traumatismos entre estos se pueden contar las mordiduras, procedimientos quirúrgicos, cepillado, etc.

Factores endocrinos, entre estos se sabe que hay relación--

entre el período menstrual y la aparición de la ulcera, algunos otros como la alergia, o bien los factores Psicológicos --- también influyen en la aparición de las aftas.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Las aftas se presentan en mayor frecuencia en las mujeres --- a diferencia de que en los hombres pocas veces aparece, aunque --- también es frecuente verla en niños y jóvenes. Se cree que en --- la población cerca de 20 a 50 por 100 de personas estan afecta- --- dos de ulcera aftosa.

Estas lesiones su tamaño varía de 2mm a 3mm y en algunas --- ocaciones más de 10 mm, estas son bastante dolorosas.

La frecuencia con la cual aparecen las aftas es variable --- porque hay personas que la padecen una o dos veces por año, mien- --- tras que otras personas la pueden padecer por meses; es decir --- se presenta una o dos veces por mes, durante algún tiempo y --- durante otro tiempo desaparecen totalmente.

Las lesiones aftosas comienzan con pequeñas zonas blancas --- o pápulas rojizas, su margen por lo general es bien circunscri- --- ta y es rodeado de una halo eritematoso, estas como ya menciona- --- ba solo aparecen en aquellas zonas de la mucosa; posteriormen- --- te la lesión se cubre de una capa blanquesina en esta etapa es- --- cuando se presenta necrosis de la zona.

Quando las ulceras van aparecer puede o no haber males --- tar general los pacientes generalmente nunca presentan fiebre --- no hay linfadenopatía. Durante algún tiempo se creyó que la --- ulcera aftosa aparecía como vesícula al igual que el herpes, --- pero actualmente se ha comprobado que no es así y solamente --- aparece la ulcera, estas duran en la cavidad bucal de 7 a 14 --- días y sanan posteriormente sin dejar cicatriz alguna.

Se ha dicho también que en aquellas personas que fuman nunca aparece la ulcera aftosa, porque al fumar aumenta la queratina en la mucosa y esta brinda protección para que las aftas no aparezcan. En cambio en las personas que la padecen la queratina esta disminuida.

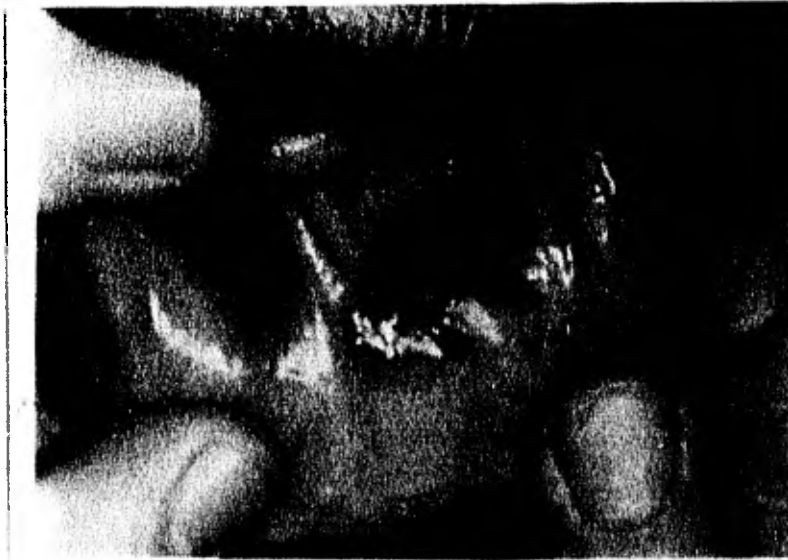


Foto 4.- En esta fotografía podemos observar varias ulceras en la mucosa del labio inferior.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Estas lesiones presentan histológicamente, una membrana -- fibrinopurulenta que cubre toda la zona de la ulcera, en esta zona hay infiltrado inflamatorio en el tejido conectivo de la ulcera, en la superficie de la lesión, el tejido se puede observar necrotizado, también cerca de la base se observa tejido de granulación, en los margenes de la lesión hay proliferación ---

epitelial. Se observa también que las úlceras se encuentran -- cerca de las glándulas accesorias, y se ha podido observar algunas veces las lesiones se inician en el conducto escretor de la glándula salival.

En la superficie ulcerada contiene restos de células que -- son las que forman la membrana blanquesina.

DIAGNOSTICO

Para poder realizar el diagnóstico tenemos que basarnos -- al igual que otras enfermedades, de una historia clínica, la -- cual como sabemos es la que en última instancia nos ayudará para definir un diagnóstico.

Pero en este caso también esta es de valiosa ayuda, pero -- las características clínicas ya mencionadas y el estudio histopatológico nos lleva a diagnósticas que la lesión que estamos -- observando se trata de una úlcera aftosa.

Y de acuerdo a todo lo ya mencionado y los exámenes realizados no, nos queda ninguna duda sobre lo que estamos tratando -- y cual va a ser su tratamiento a seguir.

PRONOSTICO

El pronóstico para estas lesiones es completamente favorable, ya que estas lesiones sabemos solo permanecen en la cavidad bucal durante algún tiempo, y pasando este curan sin dejar cicatriz.

Lo único que en este caso se puede considerar como desfavorable son las constantes recidivas que estas úlceras tienen y --

el tiempo de duración porque al ser tan dolorosas interfieren - en la alimentación.

TRATAMIENTO

Como estas úlceras aumentan su dolor con la ingestión de - algunos alimentos sobre todo aquellos que son ácidos es recomendable, que el paciente tenga una dieta blanda durante la presencia de estas lesiones en la cavidad bucal.

Generalmente el tratamiento es sintomático, en caso de úlceras persistentes se recomienda la administración de Tetraciclina, una cápsula de Tetraciclina de 250 mg C/6 horas durante - 72 horas.

Si esta se usa en forma tópica, se utiliza una cápsula de - 250 mg se disuelve en un poco de agua y se hacen colutorios --- durante unos 3 minutos después de esto se puede deglutir y se - deberá emplear C/6 horas.

T E M A I I I

HERPES ZOSTER

El herpes zoster es una enfermedad aguda de tipo inflamatorio , esta se caracteriza por vesículas agrupadas y son demasiado dolorosas. Esta enfermedad es producida por el mismo virus que produce la varicela; se piensa que ambas enfermedades son una misma, una primaria, es decir la varicela y la otra la secundaria que es el herpes zoster; esta es una recidiva del virus que da como resultado el herpes zoster.

Las lesiones de esta enfermedad se presentan con mayor frecuencia en la piel, en cambio en la mucosa se presenta en muy pocas ocasiones.

Las vesículas se pueden encontrar unilateralmente, o a lo largo del trayecto de un nervio sensitivo, puede afectar las neuronas sensitivas del nervio trigémino.

Es una enfermedad que se puede observar en cualquier edad pero es más común en personas adultas y afecta a hombres y mujeres con igual frecuencia, y raramente se observa en niños.

TOPOGRAFIA

Estas lesiones aparecen más frecuentemente en la piel y más raramente aparecen en las mucosas, aparecen en zonas de la cara y algunas veces en mucosas bucales, los sitios de predilección para que aparezca la enfermedad es en los siguientes sitios

Sabemos que afecta principalmente al nervio y cuando afecta la rama maxilar, afecta la úvula y amígdalas, cuando es inva

didada la rama mandibular va afectar el piso de boca, la mitad de la lengua; algunas veces puede afectar también la faringe y la laringe.

Si llega a afectar la rama oftálmica las lesiones aparecen en la cara, los ojos en este caso puede haber trastornos visuales.

ETIOLOGIA

El herpes zoster es causado por un virus neurotrópico y -- por estudios realizados se ha podido observar es el mismo virus que produce la varicela, este virus, es el virus V/Z.

Por toda la serie de estudios que se han realizado para -- poder observar este virus, se sabe que las manifestaciones de -- la enfermedad se presenta en la trayectoria de algun nervio, -- principalmente en la trayectoria del nervio trigémino.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Para que se presente el Herpes zoster hay un período de incubación del virus que es de aproximadamente de 7 a 14 días.

La sintomatología se inicia con fiebre, malestar general y dolor en la parte del nervio afectado, esto solamente es de un solo lado, después de algunos días el paciente presenta la aparición de vesículas o papulas, estas generalmente se presentan en la piel y menos frecuentes en las mucosas, se presentan a lo largo del trayecto del nervio inervado,

Estas lesiones se presentan precedidas por prurito, este es

continuo aun cuando las lesiones hayan desaparecido; cuando --- las lesiones son cutáneas como sabemos suelen presentarse en un solo lugar, es decir unilateralmente. Las lesiones son un grupo de vesículas con base rojiza el líquido que las vesículas -- contienen es de un color amarillento y algunas veces de un ---- color oscuro, cuando estas se presentan en un color oscuro nos indica que hay una infección secundaria o bien hay una hemorragia dentro de las vesículas.

Después que estas lesiones han aparecido, después de algunos días, las vesículas se rompen y dejan en su lugar una zona erocionada la cual con el transcurso de los días va cicatrizando. Una característica del herpes zoster es que cuando las lesiones se presentan en la cavidad bucal, empiezan de la misma manera que en la piel, en forma de vesículas, pero a diferencia de estas se abren muy presormente; esto se debe al medio bucal al abrirse estas pueden dificultar un poco su diagnóstico, porque las lesiones no se presentan erocionadas como las de la piel

Por la humedad de la cavidad bucal estas se presentan en forma de ulceraciones planas y son de diferentes tamaños, estan rodeadas por zonas de inflamación. Las lesiones sanan en forma definitiva en un curso de 2 a 3 semanas.

La forma de infección del herpes zoster, cuando abarca el ganglio geniculado y el oído externo y mucosa bucal se llama -- Síndrome de Hunt en este los síntomas y signos se componen por parálisis facial, hay dolor en el pabellón de la oreja, en cavidad bucal y bucofaringe hay vesículas debido a la alteración de la bucofaringe hay ronquera zumbidos y vertigo.



Foto 5.- Herpes Zoster, en esta podemos observar las lesiones cutáneas, y que se presentan en forma -- de vesículas.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Histológicamente las vesículas tienen su origen en el estrato granuloso, hay edema e infiltración inflamatoria por abajo del corión puede haber elementos celulares que en su mayoría se componen de linfocitos, los vasos se ensanchan, por acumulación de líquidos, hay separación de las células de la epidermis las lesiones que se encuentran en la mucosa tienen menos líquidos que aquellas, que se encuentran en alguna zona de la cara,

Por la acumulación de líquidos algunas células de la pared vesicular se desprenden y por esta causa hay edema, en la base de las vesículas se puede observar también degeneración epitelial.

DIAGNOSTICO

Una de las principales características para poder realizar el diagnóstico es que las lesiones de la cara se encuentran --- agrupadas, y un factor muy importante es que raras veces afecta las mucosas de la boca y en la mayoría de los casos en los cuales se presenta el herpes zoster, las lesiones intrabucuales se acompañan también de las lesiones cutáneas unilateralmente.

Esta característica es uno de los principales factores --- para hacer el diagnóstico, ya que las lesiones de las mucosas --- por si solas son bastante inespecíficas y pudieran llegar a confundirse con simples úlceras.

PRONOSTICO

El pronóstico en esta enfermedad es favorable, aunque la --- curación total es bastante lenta, pero al curar totalmente esta no va a dejar cicatriz en aquellos lugares en los cuales estuvo presente la lesión.

Aunque después de algunos días de que ha desaparecido la --- enfermedad aún queda por un tiempo el prurito.

TRATAMIENTO

El tratamiento para el herpes zoster, no es muy específico y por su evolución y la tendencia hacia la curación espontánea hace que el tratamiento solamente sea paliativo y de sostenimiento. En casos demasiado dolorosos es necesario la administración de analgésicos, enjuagues ligeramente alcalinos, lo cual va a ayudar para aliviar un poco el prurito; y así ayudar para que no haya infección secundaria.

En algunos casos se ha sugerido la administración de vitamina B12 o gama globulinas pero estas no han dado ningún resultado en este tratamiento, para el herpes zoster.

T E M A I V

ULCERA DE MIKULIEZ (PERIADENITIS MUCOSA NECROTICA RECURRENTE)

Esta enfermedad no solamente se conoce con los nombres ya mencionados en el título, si no también se le conoce con el nombre de enfermedad de Sutton o aftas recurrentes cicatrizantes.

Esta patología también se caracteriza por úlceras y, estas al igual que otras tiende a recidivar, las lesiones solo aparecen en la cavidad bucal y a diferencia de las úlceras aftosas - las úlceras de mikuliez son de mayor tamaño, tienen más profundidad, una característica de esta úlcera es que al sanar pueden producir cicatriz. Esta enfermedad como sabemos es muy poco -- frecuente y pocas veces se observa en cavidad bucal.

La edad en la cual se presenta esta enfermedad es en la -- etapa adulta; se sabe que esta enfermedad tiene mayor frecuen-- cia en las mujeres, pero aún así no hay solo predilección en -- estas porque cuando se presenta puede presentarse en ambos -- sexos.

TOPOGRAFIA

Esta enfermedad como ya mencione aparece solamente en la - cavidad bucal, principalmente en aquellas zonas en las cuales - existen mucosas, los sitios en los cuales tiene mayor preferen- cia para aparecer la úlcera de mikuliez son los siguientes:

Aparece principalmente en la mucosa de las mejillas, en la bios, carrillos, lengua, paladar blando y fauces, puede apare-- cer también en la mucosa laríngea, en aquellas zonas en donde -

existen glándulas salivales y como se puede observar en todas las zonas que se han mencionado son zonas en las cuales hay mucosas.

ETIOLOGIA

Al igual que las aftas bucales la Ulcera de Mikuliez es -- causada por el mismo microorganismo, es decir la forma L del estreptococo Hemolitico alfa.

Aunque esta enfermedad se ha atribuido a otros factores -- tales como:

La alergia, infecciones víricas, trastornos emocionales -- también la mala nutrición se considera un factor para la aparición de esta enfermedad, y no solamente de esta enfermedad sino de la mayoría de las alteraciones.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Esta enfermedad se caracteriza por las úlceras grandes y -- dolorosas, puede haber desde una sola úlcera hasta diez o más.

Los pacientes que sufren de esta refieren que siempre que -- aparecen las úlceras hay por lo menos una, estas lesiones pueden estar presentes hasta 6 semanas en la cavidad bucal. Se -- inician como pequeñas placas de color rojo, son lisas y dolorosas y posteriormente las úlceras pueden ser múltiples o aisladas, estas son más comunes en estaciones como invierno y primavera. Las úlceras son crateriformes, más grandes y profundas -- que es una diferencia de las lesiones herpéticas.

La distribución de estas lesiones es variable, estas lesiones pueden ser pequeñas, pero como ya lo mencioné es más común que sean grandes, su diámetro puede variar entre 1 a 2 cm en ocasiones se puede observar necrosis que cubre toda o parte de la lesión, estas úlceras pueden ser de forma irregular sus bordes pueden ser duros y elevados y teniendo en cuenta las anteriores manifestaciones y las cicatrices que estas lesiones dejan son importantes para descartar la posibilidad de la presencia de un cáncer.

Estas cicatrices pueden deformar la simetría de la boca impidiendo la función normal de esta, principalmente cuando estas están en la mucosa de los labios y mejillas, lo cual puede alterar la apertura de la boca.

Estas cicatrices al tacto son duras y suelen ser de color rosado o grisáceo, de esta manera se puede reconocer la enfermedad, las recidivas son frecuentes.



Foto 6.- Úlcera de mikuliez, en la fotografía las úlceras son de gran tamaño y como se puede ver están en las mejillas.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Las características microscópicas de esta enfermedad se --
presentan de la siguiente manera, hay ulceración y necrosis; in-
filtración de plasmocitos, linfocitos y neutrófilos en glándu--
las mucosas. El tejido por abajo de la ulcera muestra edema, -
en casos graves de este tipo de ulcera hay infiltrado en el te-
jido conectivo de la ulcera en la superficie de la lesión hay -
proliferación epitelial.

Y como último recurso para hacer un mejor tratamiento de -
esta lesiones se puede realizar una biopsia del tejido lesiona-
do lo cual nos indicara que no se trata de ninguna lesión cance-
rosa, porque en muchas ocasiones esta ulceras pueden tener simi-
litud con este tipo de lesiones cancerosas.

DIAGNOSTICO

Uno de los principales factores que influyen para reali---
zar un diagnóstico adecuado es el hecho de que existan una o --
más cicatrices en sitios en los cuales han aparecido anterior--
mente las ulceras.

En este tipo de diagnóstico la historia clínica también --
tiene una gran importancia porque se manifiesta la evolución --
que el paciente ha tenido de este tipo de ulceras bucales, las-
cuales duran para sanar hasta 6 semanas.

Aunque como en algunos casos existen crateres que dejan eg-
tas ulceras, y se pueden confundir con algún tipo de lesión can-
cerosa; pero como mencione la biopsia nos ayuda perfectamente -
para realizar este diagnóstico y desoartar el hecho de que pue-
da tratarse de algún tipo de cancer,

PRONOSTICO

El pronóstico en este tipo de lesiones es excelente, aunque la lesión es muy molesta y dolorosa; y como ya se dijo al sanar dejan cicatrices en aquellos lugares en los cuales la ulcera estuvo presente y curan espontáneamente en un lapso de 6 semanas.

TRATAMIENTO

Aún no se cuenta con un tratamiento adecuado para este tipo de lesiones y solamente se utiliza un tratamiento paliativo. Se ha recomendado el uso de corticoesteroides (aunque también se contraindica porque reduce la respuesta inmune) y al parecer es útil para suprimir este tipo de lesiones.

Se puede prescribir el uso de analgésicos para disminuir dolor que causan estas lesiones.

Bhaskar nos refiere que en casos muy severos de este tipo de úlceras se puede prescribir 250 mg de Tetraciclina en 5 ml de agua para ser colutorios y tomar esta agua, esto se hace 3 o 4 veces al día.

Y en caso de que el dolor sea muy severo se recomienda que el paciente ingiera una dieta blanda.

T E M A V

ERITEMA MULTIFORME

Esta enfermedad bucal se caracteriza por su crecimiento -- autolimitado, ya sea en las mucosas o piel; esta se conoce como Eritema Multiforme exudativo, Síndrome de Stevens-Johnson, Ecto-dermosis erosivo.

Esta enfermedad ataca a personas adultas jóvenes, no hay -- predilección por alguno de los sexos, aunque afecta más a los -- varones; esta enfermedad al igual que otras de tipo vesicular -- también tiende a residivar. Esta enfermedad clínicamente se -- observa como una dermatitis aguda, la cual es de etiología des- conocida, aunque hay varios factores que son predisponentes pa- ra que aparesca.

Como mencione anteriormente esta patología no solamente -- se conoce con el nombre de eritema multiforme, este es solamen- te una forma que no es grave y la forma más grave se le conoce -- con el nombre de Síndrome de Stevens-Johnson, es por esto que -- ambas enfermedades las voy a mencionar en un solo capítulo.

TOPOGRAFIA

Los sitios más comunes para que aparesca la enfermedad en- el caso de Eritema multiforme son los siguientes.

Las lesiones aparecen en cualquier parte de las mucosas bu- cales, principalmente aparecen en la lengua, paladar, mucosa -- vestibular y encía, en ocasiones las lesiones de la mucosa ---- se producen antes que esta enfermedad aparesca en brazos, pies, piernas, cara y cuello.

Las lesiones cutáneas, cuando no se presentan es difícil --
hacer el diagnóstico,



Foto 7.- Eritema Multiforme, en esta foto-
grafía podemos ver las zonas en -
las cuales aparecen las lesiones-
estas zonas son mucosa bucal y lengua

ETIOLOGIA

Esta enfermedad es de etiología desconocida, pero existen-
factores predisponentes para que esta se presente, tales facto-
res son los siguientes:

De origen viral, alergia, agentes infecciosos o algún tipo
de drogas entre las cuales se pueden mencionar las penicilinas-
o las sulfonamidas.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Esta enfermedad ataca principalmente zonas de la piel y en pocas ocasiones las mucosas bucales. Y se caracteriza por la presencia de máculas que son asintomáticas, las cuales se transforman en vesículas, ampollas y por último se convierten en --ulceras.

Las lesiones tienen variación en su tamaño, es generalmente unos centímetros o menos en su diámetro, las lesiones aparecen en uno o dos días y persisten durante algún tiempo son bastante dolorosas, cuando las lesiones son bucales, en los labios pueden observarse costras de sangre en los labios; las lesiones cutáneas cuando están presentes facilitan el diagnóstico, las alteraciones desaparecen en pocos días o en unas cuantas semanas, como sabemos la enfermedad puede recidivar y al sanar estas dejan cicatriz en las zonas en las cuales estuvo presente.

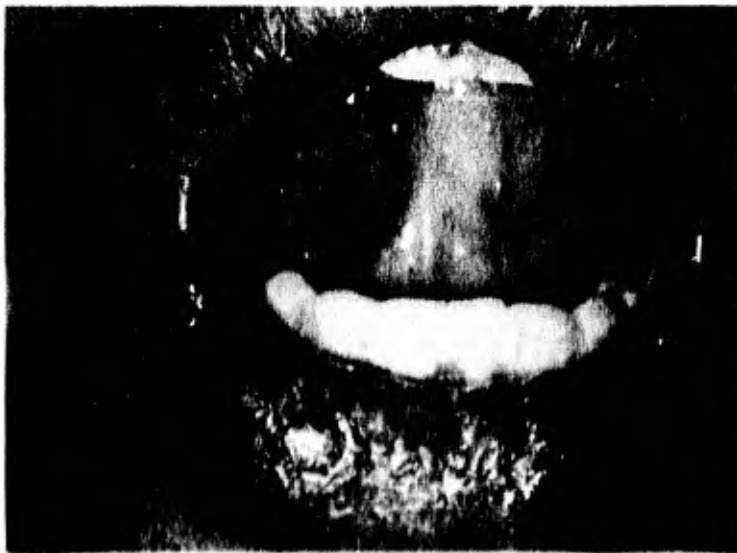


Foto 8.- Eritema Multiforme, en esta las lesiones las podemos observar en los labios y superficie ventral de la lengua.

SINDROME DE STEVENS-JOHNSON

Por las características clínicas que este síndrome tiene - en su evolución, se sabe que es una forma más grave del Eritema Multiforme, las lesiones se presentan en forma dispersa.

TOPOGRAFIA

Las lesiones de este Síndrome se presentan principalmente - en:

Cavidad bucal, piel ojos y genitales, en la mucosa bucal - esta principia como simples erupciones.

ETIOLOGIA

La etiología del Síndrome de Stevens-Johnson, es exactamente igual que el Eritema multiforme porque como se sabe estas--- patologías son una misma pero con la característica que el Síndrome es la forma más grave del Eritema Multiforme.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Al iniciarse esta enfermedad se inicia con fiebre, hay malestar y las erupciones de la mucosa, como también puede afectar los ojos, se presenta fotofobia; las lesiones que se presentan en la región ocular mucocutánea, tienen las mismas caracte-

rísticas que el Eritema, aunque algunas veces suelen ser hemo--
rrágicas y pueden haber vesículas o ampollas.

Las lesiones de la mucosa bucal a diferencia del eritema --
si llegan a ser más graves y son demasiado dolorosas que impi--
den la alimentación del paciente. Las características de las -
lesiones bucales son las siguientes:

Al iniciarse se producen vesículas en las mucosas que pos-
teriormente se rompen dejando superficies cubiertas de un exuda
do blanquesino o amarillento, en los labios hay úlceras muy ---
dolorosas y tienen costras sanguinolentas y son estas lesiones-
bucal la principal molestia del paciente.

Y al igual que otras enfermedades es importante realizar -
el estudio microscópico para que no haya dudas acerca de la en-
fermedad que estamos tratando; las lesiones de los ojos princi-
palmente es la fotofobia esto se atribuye, a la conjuntivitis -
la ulceración de la cornea. Cuando hay lesiones genitales, hay
uretritis, úlceras vaginales.

Esta enfermedad va a desaparecer en unas cuantas semanas -
y pocas ocasiones puede haber muerte del paciente, si no se le-
trata adecuadamente.



Foto 9.- Síndrome de Stevens-Johnson, las lesio-
nes aparecen en las mucosas bucales y-
la lengua.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Las características microscópicas tanto del Eritema como del Síndrome se mencionaran juntamente.

En este tipo de lesiones que producen vesículas, el primer cambio que se presenta es una zona de hiperemia y edema en el tejido subepitelial y el líquido empieza acumularse, esto es en el caso del Eritema multiforme, después de que las vesículas -- se rompen y dejan ulceras que pueden reinfectarse en esta etapa se puede observar infiltrado de neutrofilos y linfocitos.

En el caso del Síndrome de Stevens-Johnson, se puede observar microscópicamente que hay edema intracelular de la capa espinosa del epitelio, también en la capa de tejido conectivo superficial, esto puede ocasionar una vesícula subepidérmica, se se puede observar también dilatación en los capilares superficiales y los vasos linfáticos existe también una variación en el infiltrado de las células inflamatorias que en este caso principalmente son los linfocitos, también hay neutrófilos y eosinófilos.

DIAGNOSTICO

Como la enfermedad presenta características clínicas muy variables se puede presentar dificultad en el diagnóstico. Sobretodo en aquellos casos en los que hay pocas lesiones bucales y pueden confundirse con otro tipo de enfermedades tales como: Herpes zoster, la gingivitis ulceronecrotizante, en algunas ocasiones también se puede confundir con el pénfigo. Pero cuando también hay lesiones cutáneas, nos facilitan el diagnóstico; en el caso de lesiones bucales solamente el examen microscópico es

el que nos va a corroborar el diagnóstico, para así planear el tratamiento adecuado.

PRONOSTICO

El pronóstico en estas enfermedades es excelente, aunque - las lesiones son muy dolorosas y molestas, y como la patología es autolimitada, las lesiones van a curar espontáneamente, habiendo posibilidades de recidivas, pero esto sucede en un tiempo largo, es decir entre uno o varios años.

Al sanar este tipo de lesiones no van a dejar cicatriz, pero en otras ocasiones si las dejan alterando el funcionamiento de la cavidad bucal.

TRATAMIENTO

El tratamiento para esta enfermedad aún no es específico; y solamente es un tratamiento paliativo. En este caso es preciso mantener el aporte de líquidos, y dado que las lesiones son dolorosas pueden impedir la alimentación adecuada, para esto es preciso indicar al paciente una nutrición adecuada en el caso - que exista dolor muy severo se recomienda tomar analgésicos.

Y en los casos de infección secundaria es necesario aplicar antibióticos.

T E M A V I

P E N F I G O

(SE DESCRIBIRAN C/U DE LOS DIFERENTES TIPOS DE PENFIGO EXISTENTES)

El pénfigo es una enfermedad grave, tanto de la mucosa, como de la piel y se caracteriza por la aparición de vesículas o ampollas, ya sean pequeñas o grandes. Esta enfermedad es grave y en ocasiones puede causar la muerte del paciente, las lesiones abarcan cualquier parte de la piel o las mucosas de la cavidad bucal, garganta o genitales. Se presenta en igual frecuencia, tanto en hombre como en mujeres.

En algunos casos las lesiones de la piel y la mucosa bucal aparecen simultáneamente; pero en otros aparecen las lesiones de la boca, las cuales van a ser precedidas por las de la piel las cuales están presentes durante semanas o meses, en ciertos casos solamente están presentes las lesiones de boca y es con lo que se cuenta para poder realizar el diagnóstico de esta enfermedad, y como las lesiones de cavidad bucal pueden parecerse a otro tipo de lesiones de cavidad bucal y es necesario establecer el diagnóstico para poder iniciar el tratamiento y en algunos casos poder salvar la vida del paciente.

El pénfigo en cualquiera de las formas existentes no se presenta antes de los 30 años, los diferentes tipos de pénfigos existentes son los siguientes:

- 1.- Pénfigo Agudo
- 2.- Pénfigo Vulgar
- 3.- Pénfigo Vegetante
- 4.- Pénfigo Foliáceo
- 5.- Pénfigo Eritematoso
- 6.- Pénfigo benigno de la mucosa bucal

Como se puede observar existen diferentes tipos de pénfi--
gos que en algunas ocasiones sus características clínicas pue--
den ser semejantes, pero en sus demas características se pueden
distinguir las diferencias existentes entre uno y otro.

PENFIGO AGUDO

Este tipo de pénfigo se caracteriza por su aparición subti--
ta y brusca principalmente en la cavidad bucal, y en ocasiones
puede aparecer al mismo tiempo en la piel. Los brotes de la le--
sión son sucesivos y aparecen continuamente aún cuando estan --
presentes las lesiones primarias.

TOPOGRAFIA

Los sitios en los cuales aparece esta lesión son en el to--
rax, ingles, cuello y cara.

En cavidad bucal se presentan en cualquier parte de las --
mucosas orales porque no hay zona que sea inmune a las lesiones.

ETIOLOGIA

La etiología de esta enfermedad aún se considerará como des--
conocida, aunque hay factores predisponentes tales como infec--
ciones, presencia de virus, recientemente su aparición tambié--
n se ha relacionado con algún tipo de drogas.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Algunos autores consideran que son los Judios y los Italianos en los cuales predomina la aparición de esta enfermedad.

La enfermedad se caracteriza por la aparición de vesículas que al principio de la enfermedad aparecen en la mucosa bucal, pero después de la aparición de la lesión primaria pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo.

Este tipo de vesículas se abre pronto principalmente las de boca, y es por este motivo que presentan características diferentes en boca, en esta zona no existe lugar que sea resistente a la aparición de las vesículas, estas varían entre un centímetro y varios milímetros de diámetro.

Cuando la lesión se forma el tejido parece normal, porque los tejidos vecinos no presentan ninguna anormalidad; las vesículas están llenas de un líquido claro, pero otras veces es de un color pajizo, por lo que se piensa en un componente infeccioso, pero como las vesículas se rompen dejan una zona ulcerada - estas varían su tamaño entre 1 o más cms de diámetro sus contornos son irregulares, son planas o poco profundas, las lesiones extensas ocasionan intenso dolor en boca, que hace imposible el tomar los alimentos.

Las lesiones cutáneas al igual que en boca vamos a encontrar vesículas, ulceraciones cuando estas se han roto o bien se pueden encontrar colapsadas, se observan en algunos lugares ---costras.

Las lesiones colapsadas tienen formaciones grisáceas o ---blanco grisáceas son planas y con muy poca o escasa inflamación estas lesiones pueden presentarse simples o múltiples se pueden localizar en casi todas las regiones del cuerpo pero el líquido que contienen estas vesículas pueden ser claro, pero algunas ve

ces es amarillento, pajizo o purulento lo cual indica una infección secundaria.

En este pénfigo las lesiones tienen una duración de unas seis semanas desde su inicio, este padecimiento termina con la muerte del pacientes.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Existe edema intracelular muy intenso, en la parte inferior de las células espinosas existen fisuras o hendiduras de tamaño moderado, esto entre las células basales y la capa de células espinosas, se puede observar acantolisis.

Aunque cuando se sospecha de un pénfigo agudo estas características histológicas no son lo bastante claras para poder realizar el diagnóstico y en este caso lo que vamos a realizar es una biopsia, cuando existe esta posibilidad se toma un fragmento de tejido de una vesícula, si es posible se deberá tomar --- integra para que su examen sea más minucioso.

DIAGNOSTICO

La inflamación existente en derredor de la ulcera constituye un dato para el diagnóstico. Otro dato importante en este diagnóstico es el signo de Nikolaky, que como sabemos consiste en denudar una área que no tenga vesícula al frotarla con la yema de los dedos, otro punto importante son los resultados de la biopsia que hemos realizado, lo cual nos va a llevar al diagnóstico adecuado de este pénfigo agudo.

PRONOSTICO

El pronóstico es malo, ya que en un tiempo corto generalmente conduce a la muerte del paciente.

TRATAMIENTO

En este caso el tratamiento que se lleva a cabo es de sostén. Se debe mejorar la nutrición, indicar la ingestión de líquidos.

Recientemente se ha usado ACTH y Cortisona lo cual ha producido una leve mejoría en las lesiones, lo cual indica que puede llegar haber un tratamiento específico para el pénfigo en cavidad bucal se puede emplear colutorios ligeramente antisépticos. También se puede aplicar Corticoesteroides en forma de pasta para su aplicación local.

PENFIGO VULGAR

Este tipo de pénfigo se presenta principalmente entre los 40 y 70 años, ataca a los pueblos Judíos y Mediterraneos, no existe predilección por alguno de los sexos; en más de un 50% de los pacientes la enfermedad es fatal a corto plazo. Afecta tanto la piel como mucosas y se caracteriza por ampollas o flictenas, las lesiones orales son las primeras en manifestarse en la mayoría de los casos y también son las últimas en desaparecer. El tamaño de las vesículas varía desde unos milímetros hasta varios centímetros en su diámetro y llegan a cubrir grandes zonas.

TOPOGRAFIA

Las zonas que están más afectadas por el pénfigo vulgar -- son las siguientes:

Puede aparecer en cualquier parte de las mucosas de la cavidad bucal, también se sitúan en cualquier parte del cuerpo, pero las zonas en las cuales aparece más frecuentemente es el cuello, tronco, extremidades, cara y mucosas.

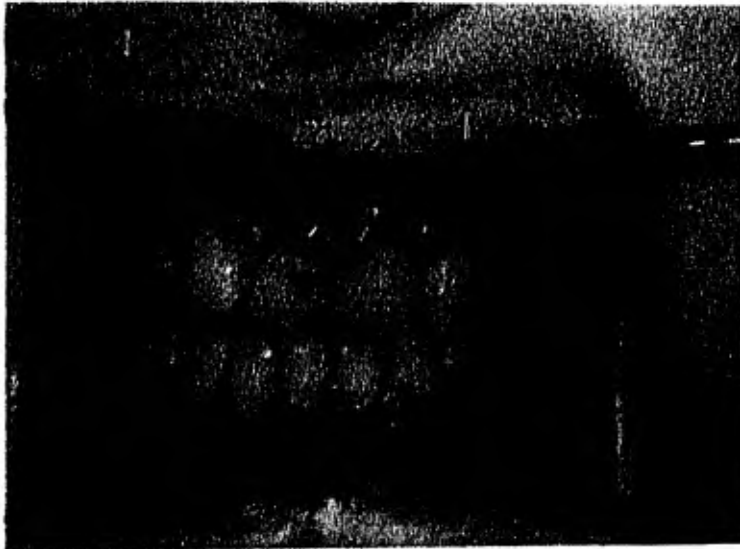


Foto 10.- Pénfigo Vulgar, podemos observar las zonas de las mucosas en las cuales aparecen las lesiones en cavidad bucal.

ETIOLOGIA

Al igual que el pénfigo agudo, la etiología del pénfigo -- vulgar es desconocida, pero también hay factores que predisponen a la enfermedad tales factores son los siguientes:

Infecciones o la presencia de virus.

CARACTERISTICAS CLINICAS

En cavidad bucal las ampollas son flácidas, se rompen fácilmente y rápido, dejando áreas denudadas y úlceras, esto constituye la característica de la enfermedad.

Las úlceras pueden medir de uno o más centímetros, son de poca profundidad, sus bordes son irregulares y eritematosos estas son muy dolorosas, hay halitosis.

En el cuerpo las lesiones vesiculosas también se rompen rápido, su base no esta eritematosa, cuando las lesiones ulceradas se sitúan en pliegues tienden a volverse vegetantes y tienen un olor fetido. También se puede localizar ampollas escasas y colapsadas; también se pueden encontrar áreas denudadas.

Las vesículas contienen líquido acuoso poco espeso, que puede convertirse pronto en purulento o sanguíneo; estas lesiones se infectan secundariamente y en ocasiones dificultan la masticación y el deglutir, las remisiones son frecuentes y espontáneas durante un período prolongado; cuando estas lesiones curan, dejan una área violeta rojiza y posteriormente se pigmentan en este caso el signo de Nikolsky es positivo.

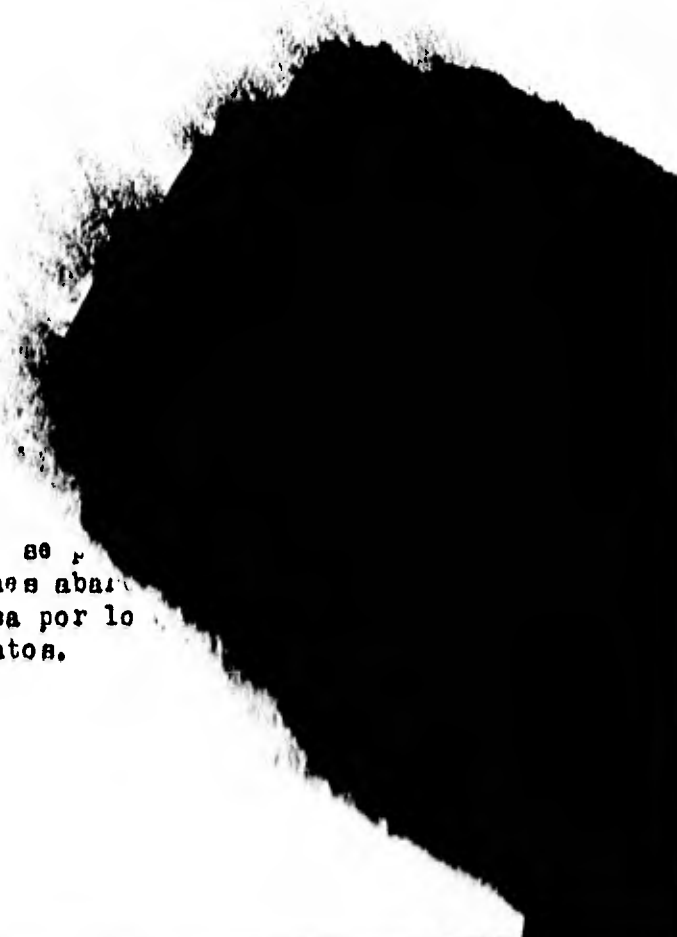


Foto 11.- Péñfigo Vulgar, se
como las lesiones abar
parte de la boca por lo
de tomar alimentos.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Hay acumulación de líquido intra epitelial, degeneración - de células epiteliales, edema subvesicular leve e inflamación.

La ampolla suele se intra epitelial, su base esta revestida de una capa de epitelio; cuando se ha abierto se puede ver - una capa basal adherida a la mucosa, en el interior de la vesícula se puede observar células epiteliales redondas en degeneración con núcleos hiperromáticos, estas se denominan células de TZA JK.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico lo podemos hacer con todas las características ya mencionadas de la evolución de la enfermedad, así también debemos de tomar en cuenta la Historia Clínica del paciente, en este caso las características microscópicas de la enfermedad. El signo de Nikol'sky que también es positivo en este -- tipo de pénfigo.

PRONOSTICO

El pronóstico de esta alteración es completamente desfavorable porque en corto tiempo la enfermedad causa la muerte en - un 50% de los casos de los cuales se tiene conocimiento.

TRATAMIENTO

Aunque en una mayoría de los pacientes la enfermedad es -- fatal, en este caso se puede administrar local y sistémica la administración de cortisona.

Actualmente también se usa Prednisona en dosis de 50 hasta 360 mg diariamente, la cual se va reduciendo según la respuesta que hay en el paciente, para disminuir los corticoides se combinan con inmunopresores como Azatioprina, Ciclofosfamida.

Es importante dependiendo de la sintomatología que el caso presente individualizar el tratamiento.

PENFIGO VEGETANTE

Este pénfigo vegetante tiene sus propias características - aunque puede parecerse al pénfigo vulgar en algunas ocasiones.-

El pénfigo vegetante en sus erociones puede formar vegetaciones, puede aparecer a partir de la tercera década de la vida y no hay predilección de sexos.

TOPOGRAFIA

Aparece en cualquier zona de las mucosas bucales también - puede aparecer en cualquier zona del cuerpo ya que no existe -- predilección por algún sitio que sea definido.

ETIOLOGIA

La etiología es desconocida, al igual que para los otros - tipos de pénfigo, y solo hay factores que son predisponentes a - la enfermedad la más conocida son las infecciones por virus.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Se van a formar ampollas o vesículas tanto en la cavidad - bucal como en el cuerpo. Al igual que otro tipo de ampollas en cavidad bucal pronto se van a romper dejando en su lugar ulce-- ras estas pueden estar en una zona eritematosa hemorrágica ----

que esta cubierta por el epitelio colapsado, en las zonas cutáneas después de la ruptura de la vesícula las lesiones se van a poner más papilomatosas, su olor es muy desagradable y es --- probable que también esten cubiertas por exudado purulento, también se puede producir al romperse las ampollas una hiperplasia papilomatosa en el epitelio.

Hay períodos de reepitelización, a menudo acompañados de hiperpigmentación, melanina gris negrusca o manchas de diferentes tamaños, los fragmentos ampollares se observan generalmente en lesiones necróticas grisáceas y ligeramente elevadas, de aspecto fragil, su escara se puede desprender fácilmente.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Microscópicamente se pueden observar una gran cantidad de eosinofilos, hay separación del epitelio en la unión de las células basales y espinosas; hay acumulación intra epitelial de líquidos y degeneración de células, también hay edema sub-vesicular tanto de este tipo de pénfigo como de los otros, las características histológicas se han observado de las lesiones cutáneas, porque las lesiones de cavidad bucal como se ulceran -- pueden presentar las características de otro tipo de úlceras, es por esto que solo se describen las características de las lesiones cutáneas.

DIAGNOSTICO

En este pénfigo se puede realizar el diagnóstico mediante-

las características microscópicas, que como sabemos son tomadas de las lesiones de la piel, un signo también importante es el signo de Nikolsky.

También las úlceras no traumatizadas carecen de inflamación en su derredor esto es importante para el diagnóstico.

PRONOSTICO

El pronóstico es malo porque en la mayoría de los casos -- produce la muerte del paciente en un tiempo no muy largo.

TRATAMIENTO

Este tratamiento es solamente paliativo, se debe de cuidar la nutrición del paciente, la dieta debe ser hiperproteica debe ingerir líquidos en abundancia.

Se debe prescribir antibióticos cuando hay infección secundaria y la administración de Corticoesteroides de acción general, en el tratamiento de las lesiones bucales, se recomienda el uso de colutorios antisépticos, y Corticoesteroides de pasta o pomadas para aplicarlas localmente en las lesiones bucales.

PENFIGO POLIACEO

Este tipo de pénfigo aparece muy raramente y se caracteriza por la aparición de lesiones bulosas que se rompen rápidamente, también aparece en personas que hayan pasado de las tres -- primeras décadas de la vida, no tiene predilección por alguno -- de los sexos.

Esta enfermedad se caracteriza en su aparición, en que solamente ataca a la raza negra.

TOPOGRAFIA

Aparece en cualquier parte de las mucosas bucales, aunque -- este tipo de lesiones son muy raras en la cavidad bucal, pero -- puede aparecer en cualquier parte del cuerpo humano y no hay -- predilección por algún lugar específico.

ETIOLOGIA

Como sabemos las causas que producen el pénfigo son totalmente desconocidas, aunque se piensa en factores predisponentes tales como infecciones provocadas por virus.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Las características clínicas de esta lesión se presentan en forma de vesículas o lesiones bulosas, las cuales se van a romper rápidamente, y forman costras de color pardo amarillento su forma se puede confundir con una dermatitis exfoliativa.

Su distribución es simétrica, abarca cualquier parte de la superficie de la piel, si afecta zonas pilosas produce alopecia, durante el curso de la enfermedad que ha sido muy rápido, las mucosas bucales son atacadas, pero posteriormente que aparecen las lesiones en la piel; las infecciones secundarias son frecuentes y en una gran mayoría de los pacientes después de un largo tiempo puede ocasionar la muerte del paciente, en otros casos la enfermedad remite espontáneamente.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Hay formación de vesículas intraepiteliales, sobre la capa basal lo que produce una división supra basilar, hay edema pre-vesicular lo que ocasiona que los puntos intercelulares de las células epiteliales, desaparecen, esto es por la acantolisis -- por lo que se puede observar células epiteliales libres lo que se puede observar dentro del espacio vesicular, a esto se le llama células de Tzanck, se caracteriza por cambios degenerativos.

El líquido de las vesículas contienen leucocitos polimorfo nucleares y linfocitos, pero la escases de infiltrado celular inflamatorio; tanto el líquido vesicular como el tejido conectivo es lo que hace pensar que se trata de un pénfigo.

DIAGNOSTICO

Para realizar el diagnóstico tenemos que tomar en cuenta - la historia clínica del paciente, y el aspecto microscópico por que las lesiones a simple vista pueden confundirse con otro tipo de lesiones como Eritema multiforme, Liquen plano, Gingivitis descamativa crónica, y como consecuencia si no nos percatamos que se trata de un pénfigo no se establecerá el diagnóstico adecuado es por esto que las características microscópicas son muy importantes.

PRONOSTICO

El pronóstico en la mayoría de los casos de pénfigo foliáceo, después de un tiempo largo produce la muerte del paciente - pero en muchos casos la enfermedad remite espontáneamente.

TRATAMIENTO

No existe ningún tratamiento específico para esta enfermedad, aunque lo que se utiliza en estos casos son los Corticoides esteroides para el tratamiento inicial, pero en caso de una infección secundaria se va a emplear los antibióticos.

Para las infecciones bucales se emplearan colutorios anti sépticos.

PENFIGO ERITEMATOSO

Este pénfigo es una forma controvertida porque en sus inicios no se distingue fácilmente y puede ser confundido con algunas enfermedades bucales como son:

Lupus Eritematoso, La dermatitis seborreica o como Eritema Multiforme.

En este caso los periódicos de remisiones son frecuentes.

TOPOGRAFIA

Aparece en cualquier parte del cuerpo, y cualquier parte de las mucosas bucales, ya que no hay zonas que sean inmunes a la enfermedad.

ETIOLOGIA

Al parecer no hay una causa que los produzca pero como en los otros casos de pénfigo, estos tienen solo factores predisponentes para que pueda aparecer la enfermedad y el más importante es la infección producida por virus y que nunca se toma en cuenta y no se le da el tratamiento adecuado.

CARACTERISTICAS CLINICAS

En el inicio de la enfermedad puede haber fiebre y males-

tar lo cual precede a la aparición de las ampollas o vesículas, que al romperse van a dejar costras, en este caso es común un período de remisión seguido de exacerbaciones.

Las lesiones bucales son similares a las cutáneas aunque es muy raro encontrarlas intactas, porque estas por el medio bucal tienden a romperse, la mucosa bucal presenta signo de -- Nikolsky positivo, no hay zona de la cavidad oral que sea inmune a la enfermedad, las lesiones sangran con facilidad y son demasiado dolorosas que el paciente no puede tomar alimentos.

Las lesiones son de bordes irregulares cubiertas de un exudado blanquesino que al expandirse a los labios produce costras. Recientemente se ha indicado que el pénfigo eritematoso puede evolucionar hacia una forma más grave de pénfigo como es el pénfigo vulgar o foliáceo.

Esto es si las lesiones están en genitales o mucosas bucales.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

La histopatología de las mucosas bucales no es una característica importante como son las cutáneas esto se debe a que las lesiones mucosas se ulceran con rapidez y con frecuencia se infectan secundariamente.

En las lesiones cutáneas, hay separación del epitelio en la unión de las capas basales y espinosas, las células basales remanentes son muy delgadas, hay edema, en el interior de las vesículas se observa cantidad variable de leucositos y polimorfonucleares,

DIAGNOSTICO

El diagnóstico lo vamos hacer mediante las características histológicas de las lesiones cutáneas y las características clínicas que se presentan en esta enfermedad.

PRONOSTICO

Se considera buen pronóstico cuando las lesiones remiten espontáneamente en el caso de que el pénfigo evolucione a otro tipo de pénfigo, las lesiones pueden producir la muerte del paciente.

TRATAMIENTO

No existe un tratamiento específico, porque las lesiones pueden curar espontáneamente pero se puede usar Corticoesteroides y en caso de infecciones secundarias se emplean antibióticos y para las lesiones bucales se recomiendan enjuagues antisépticos.

PENFIGO BENIGNO DE LA MUCOSA BUCAL

Esta es una enfermedad, que como su nombre lo indica es benigna y en ningún momento puede causar la muerte del paciente, aunque al igual que cualquier otro tipo de pénfigo se presenta en forma de vesículas o ampollas.

Este pénfigo benigno se distingue de los otros en que no causa la muerte del paciente y no hay manifestaciones de acantosis. Afecta la enfermedad más a la mujer en un porcentaje mayor que a los varones, la edad en la cual se presenta es, entre los 40 y 60 años de edad, el pénfigo benigno también se conoce como Penfigoide.

TOPOGRAFIA

Esta enfermedad tiene su inicio en las siguientes zonas del cuerpo humano:

Aparece en conjuntiva, genitales (pene, vulva, vagina) ano, nariz, en pocos casos afecta la piel.

En boca afecta principalmente:

Encía, Laringe, Faringe Esófago.

ETIOLOGIA

Esta enfermedad aún no se conoce la causa que la produce y al parecer no existen factores predisponentes para una aparición.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Las vesículas de esta enfermedad aparecen primordialmente en la cavidad bucal, conjuntiva y piel.

En cavidad bucal cuando aparecen las lesiones se abren -- pronto lo cual da lugar a úlceras o erociones, cuando se fusionan con lesiones vecinas dan lugar a lesiones más grandes y -- sus áreas estan denudadas; lo cual va a figurar un pénfigo.

Al romperse estas vesículas y dejar la superficie erocionada va a sangrar fácilmente, estas lesiones van a estar presentes entre semanas y meses.

Generalmente en boca cuando las lesiones sanan no hay cicatrices; las lesiones que se presentan en la conjuntiva, piel y genitales al igual que en la cavidad bucal se presentan en forma de ampollas las cuales se van a romper entre 24 y 48 hs, estas lesiones si van a dejar cicatriz al sanar principalmente en la conjuntiva, las lesiones que se presentan aqui, son las que representan mayor peligro para el paciente, porque después de la conjuntivitis inicial, se va a formar adherencias entre las conjuntivas palpebral y bulbar, esto produce obliteración de la fisura palpebral y opacidad de la cornea lo cual va a -- conducir a la ceguera total.



Foto 12.- Pénfigoide, las lesiones aparecen en paladar blando, se observan las úlceras y algunas están fusionadas.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Las vesículas son subepiteliales, no hay acantolisis, hay infiltrado inflamatorio inespecífico en lo que corresponde al tejido conectivo, se puede observar en esta zona de tejido conectivo células que principalmente se componen de linfocitos, eosinófilos y plasmocitos.

Se puede notar que las vesículas se encuentran subepitelialmente mientras que en los otros pénfigos se inician en forma intra-epitelial y si hay acantolisis.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico definitivo se va a establecer mediante el exámen histológico por las características que este presenta a diferencia de los otros tipos de pénfigo.

Aunque también puede darse el caso de que el pénfigoide - pueda ser confundido con otro tipo de patologías bucales tales como: Pénfigo vulgar, Eritema multiforme o Gingivitis desca-
mativa crónica.

Es por este motivo que debemos tener muy en cuenta las - características del pénfigoide para no confundirlo y tratarlo -
adecuadamente.

PRONOSTICO

En general el pronóstico es bueno porque las lesiones sa-
nan perfectamente, aunque como sabemos en la piel van a dejar-
cicatriz al sanar, y si esta enfermedad es tratada adecuadamen-
te no va a producir la ceguera del paciente.

Una característica de esta enfermedad son las exacerbacio-
nes y remisiones aunque persiste por muchos años.

TRATAMIENTO

En general la enfermedad no requiere de un tratamiento---
específico cuando se trata de formas leves de la enfermedad,--
pero cuando los brotes de la enfermedad son más graves; y si -
esta ataca la conjuntiva se va indicar el uso de Corticoeste--

roides por vía general.

Las cantidades se van a indicar individualmente dependiendo de la enfermedad y las características orgánicas del paciente.

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

Como podemos darnos cuenta a través de la recopilación de los datos que obtuve para poder realizar esta tesis, cualquier enfermedad o patología que se presenta en la cavidad bucal necesariamente se le debe atender y consultar con el Cirujano Dentista, para que este les de la atención adecuada dependiendo -- del caso que se le presente.

Como conclusión de esta tesis puedo decir que en la práctica del Odontólogo no hay enfermedad pequeña, porque como pude darme cuenta durante la recopilación de los datos para este trabajo, cualquier patología en la cavidad bucal por pequeña que sea puede ser grande; esto lo podemos ver en el caso del Pénfigo que aparece como una enfermedad pequeña pero que puede tener funestas consecuencias si a este no se le da el tratamiento adecuado. Es por esto que en todo tipo de patologías por insignificantes o grandes siempre debemos de tener en cuenta el examen histopatológico que es el que en última instancia el que nos dará el resultado final de cualquier enfermedad bucal que estemos tratando.

En otros casos como el Herpes bucal que es causado por un virus, y que se presenta en la infancia, y a partir de esta etapa de la niñez; el virus esta presente en el organismo y en --- cualquier momento puede presentarse esta enfermedad, con las -- características clínicas que ya conocemos.

Y por lo tanto puedo decir que toda enfermedad bucal por leve que esta sea debiera darselo un tratamiento adecuado, para evitar que las enfermedades tengan consecuencias graves para el paciente.

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

- 1.- Bhaskar S N, Patología Bucal,
Edit. El Ateneo, Argentina 1975
- 2.- Colyer, Patología y Clínica Odontológicas
Tr. por Vila y Forrent,
Barcelona, Pabul 1930
- 3.- Kruger G. O., Tratado de Cirugia Bucal
Cap. 4, Infecciones Especiales,
Edit. Interamericana, México.
- 4.- Quiroz Gutierrez Fernando,
Patología Bucal, 2A. Ed.,
México Porrúa, 1959
- 5.- Revista ADM, Vol. XXXI,
Marzo, Abril, 1974
- 6.- Revista ADM, Vol XXXII
Enero, Febrero, 1975
- 7.- Revista Española de Estomatología
Vol. XXVII, 1979
- 8.- Shafer, William G.
Patología Bucal, 3A. Ed.
México, Interamericana 1977
- 9.- Thoma - Gorlin R, Goldman,
Patología Oral, Ed. Salvat.
- 10.- Tiecke H. W., Fisiopatología Bucal
México, Ed. Interamericana, S. A.

11.- Zegarelli, E. U., Diagnóstico en Patología Oral
Ed. Barcelona, Salvat, 1972