

386

2 Gen.



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
I Z T A C A L A - U. N. A. M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

MANIFESTACIONES CLINICAS DE LAS LESIONES PRIMARIAS  
DE LA MUCOSA EN CAVIDAD ORAL

LILIA

SILVA

TREJO



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 T R O D U C C I O N

La caries y la enfermedad parodontal no son los únicos desordenes que el dentista debe vigilar. El dentista debe estar alerta por otras enfermedades potencialmente más graves e importantes, en especial de la mucosa bucal.

Como la cara y la cavidad bucal están constantemente bajo la observación del Cirujano Dentista, hay que poseer ciertos conocimientos de la Anatomía, Embriología, Histología y Fisiología normal de la mucosa bucal, para apreciar las modificaciones que se producen.

Para llevar a cabo un exámen semiológico de la mucosa bucal y diferenciarla de las demás estructuras, nos basaremos en sus distintos caracteres clínicos aplicando para tal efecto los diferentes métodos de exploración como son: inspección, palpación, olfacción, percusión, auscultación y en algunas ocasiones de la fotografía. Así como de los diferentes instrumentos de exploración como: espejo, lámpara, pinzas, abatelenguas, entre otras.

Desde hace mucho tiempo los dentistas y los médicos consideran a las estructuras bucales como un espejo que refleja la salud del individuo.

Las alteraciones que se pueden observar en el exámen de las partes blandas de la boca y en especial de la mucosa, son muy variadas. Es menester designarles a ellas denominaciones especiales para poder reconocerlas y entenderlas al describir una lesión y poder así mismo compararlas y diferenciarlas. Así mismo las lesiones son como las letras de un alfabeto, indispensables para conocer un

idioma o lo que es lo mismo, las lesiones elementales de la mucosa bucal son indispensables para la identificación de algún proceso patológico, que pudiera presentarse en la cavidad bucal.

Pese a las muchas enfermedades que afectan la mucosa bucal, sólo un número limitado de ellas, presentan lesiones macroscópicas que pueden verse clínicamente, siendo las lesiones elementales lo básico de una semiología descriptiva.

La identificación de éstas lesiones es de fundamental importancia, pues si no se les nota, la enfermedad bucal pasa desapercibida. Las lesiones elementales de la mucosa bucal pueden ser: Primitivas (mancha, pápula, vesícula y ampolla, pústulas, tubérculos, nódulos, escamas y queratosis, vegetaciones, verrugosidades y papilomas), y Secundarias (solución de continuidad, máculas, escamas, costra, cicatriz, liquenificación e indentación), siendo éstas últimas las que derivan de las primitivas.

Por el estudio de las lesiones primarias es posible llegar a un diagnóstico. En presencia de las secundarias, consecuencia de las primarias, es necesario conocer cuáles les han dado origen, para así formular el diagnóstico.

Cada uno de los procesos estomatológicos o enfermedades con localización bucal dan, por lo general, una o varias lesiones elementales primitivas. Así como la denominación secundaria aplicada a las lesiones elementales que subsiguen a otra lesión previa, tienen un significado de orden, pero no de importancia, ya que muchos procesos sólo aparecen mostrando dichos elementos secundarios.

Frente a una lesión elemental de oemos pasar primero - revista a todas las causas capaces de producirla. Al referirnos a las lesiones elementales hemos tratado de ser completos en lo que respecta a la lista de procesos o enfermedades donde podemos observarlas. Pero es indudable que estas largas enunciaciones si bien pueden resultar elementos de consulta son, a veces, pedagógicos y de difícil retención. Por ello, nos referimos sólo a los procesos o enfermedades que vemos a diario (enfermedades carenciales-avitaminosis-, hematológicas, dermatológicas y de tipo viral),- que son capaces de dar las lesiones elementales referidas. De esta manera, el conocimiento se agiliza y se tiene una visión más fácil y útil para el diagnóstico de las enfermedades más comunes de la mucosa bucal.

CAPITULO I  
ANATOMIA DE LA CAVIDAD BUCAL

La anatomía en sí, al igual que las demás ciencias, es importante porque nos ayuda a conocer con mayor precisión las estructuras de los cuerpos animados y de las relaciones de los diferentes órganos, por medio de la disección. En éste caso, nos interesa la anatomía descriptiva, puesto que se vá a ocupar de describirnos la forma, situación, extensión y relaciones de los diferentes órganos, -- siendo en esta ocasión, la cavidad bucal.

La Cavidad bucal, se puede dividir en dos partes:

- Vestíbulo (o Vestibulum oris).
- Cavidad Bucal Propia (o Cavum oris proprium). (1)

El vestíbulo, es la parte de la cavidad bucal limitada por los labios y las mejillas en la parte externa, y -- por los dientes y las apófisis alveolares en el lado interno. La cavidad bucal propia, se encuentra dentro de los arcos dentales y los huesos maxilares, estando limitada posteriormente hacia la farínge por los pilares anteriores de las fauces o arcos glosopalatinos.

Las partes laterales de la cavidad bucal se forman, -- por los carrillos que son estructuras musculares cubiertas en su parte externa por piel y por su parte interna por -- epitelio escamoso estratificado no queratinizado, terminando en los labios superior e inferior, los cuales se cubren

---

(1) ORBAN Balint, J. Histología y Embriología Bucales

en el exterior por piel y en su interior por mucosa. La zona de transición de éstos dos tejidos de recubrimiento es una zona no queratinizada. La cara interna de cada labio - está unida en la línea media a la encía correspondiente -- por un pliegue de mucosa al que se le denomina frenillo -- del labio, superior o inferior respectivamente. Entre el - tegumento externo y el recubrimiento interno se encuentran el músculo orbicular de la boca y una capa de tejido conectivo. Los carrillos y los labios ayudan a que el alimento - quede entre los dientes inferiores y superiores, durante - la masticación, participando también en el habla.

El Paladar Duro es la porción anterior del techo de - la boca; está formado por los maxilares superiores y los - palatinos, y está recubierto por mucosa.

El Paladar Blando es la porción posterior del techo - de la boca, y es una estructura muscular en forma de arco, situada entre las porciones oral y nasal de la faringe, -- también recubierta por mucosa.

La úvula es una prolongación blanda de forma cónica - que cuelga en la línea media del borde inferior del pala--dar blando. A uno y otro lado de la úvula se observan dos - pliegues musculares que se dirigen en sentido descendente - hacia el borde lateral del paladar blando. Por delante, -- el arco palatogloso (pilar anterior del velo del paladar), se dirige en sentidos inferior, lateral y anterior hacia - el borde lateral de la base de la lengua. Por detrás, el - arco palatofaríngeo (pilar posterior del velo del paladar) se proyecta en direcciones inferior, lateral y posterior - hacia un lado de la farínge. Las amígdalas (tonsilas) pala

tinias están situadas entre los arcos, y las linguales lo están en la base de la lengua.

La lengua y los músculos con ella vinculados forman el suelo de la cavidad bucal. Es un órgano compuesto por músculo esquelético recubierto por mucosa y se divide en mitades simétricas a uno y otros lados por acción de un septo o tabique en el plano medio, el cual se extiende a lo largo de toda la lengua y está unido por debajo al hueso hioides. Cada mitad de la lengua consiste en conjuntos idénticos de músculos, a los que se divide en extrínsecos e intrínsecos. Los músculos extrínsecos son los que tienen su origen fuera de la lengua pero se insertan en ella, e incluyen el hiogloso, el condrogloso, el geniogloso, el estilogloso y el palatogloso (glosostafilino). Los músculos extrínsecos efectúan el movimiento lateral o transversal de la lengua y participan en las actividades de masticación y deglución; también forman el suelo de la boca y mantienen a la lengua en su posición. Los músculos intrínsecos se originan e insertan en la lengua y modifican la forma y el tamaño de la misma, para el habla y la deglución; estos músculos incluyen el longitudinal inferior (lingual-inferior), el transversal de la lengua y el vertical de la lengua. El frenillo de la lengua es un pliegue de mucosa en el plano medio de la cara inferior de la lengua, que limita el movimiento de la lengua en sentido posterior.

Las caras superior y lateral de la lengua están cubiertas por papilas, prominencias de la lámina propia, recubiertas por epitelio; las yemas gustatorias están contenidas en algunas de ellas. Las papilas filiformes son pro-

longaciones cónicas distribuidas en hileras paralelas sobre los dos tercios anteriores de la lengua, y no incluyen yemas gustatorias. Las papilas fungiformes son eminencias en forma de hongo distribuidas entre las papilas filiformes, y más numerosas cerca de la punta de la lengua; su aspecto es el de puntos rojos en la superficie de este órgano y la mayor parte de ellas incluyen yemas gustatorias. - Las papilas circunvalladas están, dispuestas de modo que forman una V abierta hacia adelante en el tercio posterior de la lengua, y todas ellas incluyen yemas gustatorias.

Además de lo ya mencionado, tenemos también las glándulas salivales y los dientes. Entre las glándulas salivales tenemos a las más grandes que son: glándulas parotídeas, glándulas submaxilares y glándulas sublinguales. Los dientes se encuentran dentro de los alveolos maxilares superior e inferior. Se dice que las glándulas salivales y los dientes son órganos accesorios de la boca. (2)

---

(2) CATHERINE Parker, Anthony. Anatomía y Fisiología  
pag. 391.

## CAPITULO II

### EMBRIOLOGIA DE LA MUCCOSA DE LA CAVIDAD ORAL

La embriología es una rama de la medicina que nos vá a ayudar a estudiar las diferentes fases de la vida intrauterina del nuevo ser en gestación; es difícil pero sugestiva, yá que permite asistir al desarrollo gradual de una -- nueva vida que en el término de nueve meses, mediante la -- reproducción celular, transforma una célula en el conjunto de millones de células dando forma al cuerpo del pequeño -- de 3 a 4 Kgs. Además su estudio es bastante útil porque -- nos proporciona la explicación de muchos fenómenos fisiológicos y patológicos de la vida posnatal que no se comprenderían en su esencia íntima.

El desarrollo humano empieza cuando un óvulo es fertilizado por un espermatozoide. Siendo el desarrollo un proceso de cambios que transforma al óvulo fertilizado en un ser humano.

El desarrollo se acostumbra dividir en: 1) Período -- Prenatal y 2) Período Postnatal.

1) Período Prenatal.- que son los cambios que se -- efectúan desde el momento de la fecundación hasta el nacimiento, siendo su secuencia la siguiente:

- Cigoto.- esta célula es el resultado de la fecundación de un óvulo por un espermatozoide, y es el principio del ser humano.

- Segmentación.- la división mitótica del cigoto (o -- división de la célula mediante el cual dos células hijas --

reciben complementos idénticos de cromosomas), dá por resultado, formación de células hijas llamadas Blastómeros.- En cada división siguiente, los blastómeros se vuelven cada vez más pequeños.

- Mórula.- cuando se han formado 16 blastómeros aproximadamente, la esfera sólida de células se llama Mórula.

- Blastocisto.- después de que la mórula pasa por la trompa uterina hacia el útero y entra en el mismo, se forma una cavidad en su interior. Esta convierte a la mórula en blastocisto.

- Embrión.- las células formadoras del embrión, agrupadas como una masa celular interna, se ven en la etapa de mórula, pero en sí, la palabra embrión no se utiliza hasta la segunda semana, en la cual se forma el disco embrionario bilaminar. Este período abarca hasta fines de la octava semana, en donde se ven indicios de los tejidos principales.

- Feto.- después del período embrionario el ser humano en desarrollo se denomina feto. Este período vá desde la novena semana hasta el nacimiento en donde se desarrollan muchos más sistemas.

- Producto.- este término se utiliza cuando nos referimos al embrión o feto y sus membranas; por ejemplo, los productos de la concepción.

2) Período Postnatal.- son los cambios que ocurren después del nacimiento y son:

- Lactancia.- este término se refiere al primer año después del nacimiento, siendo las dos primeras semanas --

período del recién nacido o neonatal.

- Infancia.- este período transcurre entre los 15 meses y los 12 a 13 años de edad.

- Pubertad.- período que transcurre entre los 12 a 15 años de edad en las niñas, y entre los 13 y 16 años en los niños.

- Adolescencia.- es el período de 3 a 4 años que sigue a la pubertad.

- Edad Adulta.- es el período entre los 18 años y 50 de edad.

- Senilidad.- período de los 60 a los 70 años de edad.

#### DESARROLLO DE LA CARA Y DE LA CAVIDAD BUCAL.

El desarrollo de la cara y de la cavidad bucal comprende una serie dinámica y activa de hechos que comienzan durante el segundo mes de vida intrauterina. El origen complejo de esta región a partir de diferentes centros de crecimiento, con el desarrollo de siete procesos diferentes que crecen en proporciones variables y se unen también en grados variables hace notable la poca frecuencia de las malformaciones.

En vista de que el aparato branquial es importante en la formación de cara y cavidad bucal, cabe mencionar que éste, está constituido por:

a) Arcos Faríngeos o Branquiales, los cuales se forman como cuatro pares de estructuras curvas en el cuello fetal, separados por los surcos branquiales.

b) Surcos o hendiduras Branquiales poco profundos en-

la parte externa.

c) Bolsas o Sacos Faríngeos más profundos en la parte interna.

d) Membranas Branquiales o de Cierre.

Cada arco branquial está constituido por: un nervio, un vaso sanguíneo, una estructura cartilaginosa y una estructura muscular. Estos arcos empiezan a desarrollarse al principio de la cuarta semana y se disponen en sentido oblicuo, como bordes redondeados a cada lado de cabeza y región del cuello futuras.

La Boca aparece al principio como una depresión pequeña del ectodermo superficial llamada Estomodeo o Boca primitiva. Al principio, esta cavidad está separada del intestino o faringe primitiva por una membrana bilaminar, la Membrana Bucofaríngea. Esta membrana se rompe hacia el día 24, y pone en contacto el tubo digestivo y la cavidad amniótica.

Los cinco primordios faciales aparecen alrededor del estomodeo o boca primitiva al principio de la cuarta semana. Tenemos la elevación o proceso Frontonasal que es el límite superior del estomodeo. Los límites laterales o lados del estomodeo lo forman los procesos maxilares pares del primer arco branquial. Los procesos mandibulares pares de éste mismo arco, constituyen el límite inferior del estomodeo.

Las Plácodas Nasales se forman a cada lado de la parte más inferior del proceso frontonasal como un engrosamiento de forma oval del ectodermo superficial, en donde prolifera su mesénquima en los bordes formando las eleva-

ciones nasales media y lateral en herradura. Durante la sexta y séptima semana, las elevaciones nasales mediales se unen entre sí formando un segmento intermaxilar del maxilar superior. Este segmento origina:

- 1) La porción media del labio superior o Filtrum.
- 2) La porción media del maxilar superior y sus encías
- 3) El paladar primario.

A partir de los procesos maxilares se forman:

- 1) Las partes laterales del labio superior.
- 2) Las partes maxilares del maxilar superior.
- 3) Las partes laterales del paladar secundario.

La elevación frontonasal origina frente, dorso y ápice de la nariz. Los lados de las alas de la nariz se derivan de las elevaciones nasales laterales. Los procesos maxilares superiores se fusionan en la cuarta semana, y el surco existente entre los mismos desaparece antes de que termine la quinta semana. Los procesos mandibulares originan maxilar inferior, labio inferior y parte más baja de la cara.

El revestimiento del estomodeo o cavidad bucal o nasal, el revestimiento de los dientes (esmalte) y las glándulas salivales son de origen ectodérmico.

Paladar Primario.- El paladar primario o proceso palatino medial, se desarrolla al final de la quinta semana a partir de la parte más interna del segmento intermaxilar del maxilar superior. Forma una masa cuneiforme de mesodermo entre los procesos maxilares del maxilar superior en desarrollo. En esta etapa el paladar primario es una banda firme de tejido con cubierta ectodérmica e interior mesen-

quimatoso. Gracias al listón o lámina labiovestibular, hay separación entre el labio y la zona alveolar. La forma del paladar primario es tal, que dá forma u origen al surco -- vestibular, que es el espacio que separa los labios y carrillos de los alvéolos.

Paladar Secundario.- Se desarrolla a partir de la séptima semana de gestación. Se forma a partir de dos proyecciones mesodérmicas horizontales que se originan de los -- procesos maxilares, denominados Procesos Palatinos Laterales. Estas estructuras se proyectan al principio hacia abajo a cada lado de la lengua, pero conforme se desarrollan los maxilares, la lengua se mueve hacia abajo y los procesos palatinos laterales crecen de manera gradual hacia el lado contrario y se fusionan. También se fusionan paladar primario y tabique nasal. La fusión empieza hacia adelante en la novena semana y para la decimosegunda es completa -- en la parte posterior. La Úvula (del latín "uva pequeña") es la última parte del paladar en formarse. El Rafé Palatino indica de manera permanente el sitio de fusión de los -- procesos palatinos laterales. La fusión vá en sentido anteroposterior, desde la papila incisiva hacia atrás; esta -- porción de la bóveda palatina, finalmente incluirá el paladar blando y duro y es a lo que se llama Paladar Secundario. Donde se desarrolla el paladar blando y úvula, "no -- hay unión con el tabique nasal". (3).

Lengua.- Hacia el final de la cuarta semana, aparece una elevación medial triangular en piso de la farínge, cra

neal al orificio ciego, llamada, Tubérculo Impar ("yema o tumefacción lingual medial")(4). Pronto aparecen a cada lado de éste tubérculo dos tumefacciones linguales laterales ovales ("yemas o tumefacciones linguales distales")(5). Estas tres elevaciones son proliferación ventromedial del primer par de arcos branquiales. Estas tumefacciones laterales se fusionan entre sí formando los dos tercios anteriores o cuerpo de la lengua.

Caudalmente al orificio ciego se desarrollan dos elevaciones:

1) La Cópula (de conexión), que se forma por la fusión de las partes ventromediales de los segundos sacos branquiales.

2) La Eminencia Hipobranquial caudal a la cópula a partir del mesodermo de los sacos branquiales tercero y cuarto. Todo junto forma al principio el tercio posterior o Raíz de la Lengua, y como resultado se termina el desarrollo a partir de la eminencia hipobranquial. La línea de fusión de las partes anterior y posterior de la lengua se indica por la hendidura en forma de V llamada Surco Terminal.

En la parte anterior de la lengua se desarrollan las Papilas Gustativas (papilas filiformes, fungiformes y circunvalladas), y en la parte posterior de la mucosa lingual aparece el tejido linfático. Los músculos extrínsecos de -

---

(3) L. MOORE, Keith. Embriología Básica. Pag. 111

(4)(5) ORBAN Balint, J. Histología y Embriología Bucal. Pag. 8

la lengua crecen en su mesodermo primitivo y los músculos-intrínsecos se diferencian a partir del mesénquima situado en el espesor de la lengua.

### CAPITULO III

#### HISTOLOGIA DE LA MUCOSA ORAL

La histología (del griego Histós-tejido, y Logos-tratado) es la parte de la anatomía, que trata del estudio de los tejidos orgánicos, los que a su vez se forman por células que desempeñan las mismas funciones básicas y que tienen la misma morfología general agrupándose para formar -- los mismos tejidos.

A pesar de la complejidad de nuestro organismo, existen sólo cuatro tipos básicos de tejidos y son:

a) Tejido Epitelial. Constituido por células poliédricas yuxtapuestas en donde hay escasa sustancia intercelular. Las células epiteliales derivan de las tres capas germinativas. Comúnmente los epitelios se clasifican de acuerdo con su estructura y función en dos grandes grupos:

- 1.- Los de Revestimiento.
- 2.- Los Glandulares.

b) Tejido Conjuntivo. Se caracteriza por la riqueza en material intercelular producido por sus células. Este tejido desempeña las funciones de: sostén, relleno, defensa y nutrición. Los tejidos conjuntivos se originan del mesénquima, que es, un tejido embrionario derivado de la hoja embrionaria media o mesoderma. Este tejido lo clasificamos en:

- 1.- Tejido conjuntivo propiamente dicho (laxo y denso).
- 2.- Tejido conjuntivo de propiedades específicas

cas (adiposo, elástico, reticular, hemocitopoyético-linfoide y mieloide, mucoso).

3.- Tejido cartilaginoso.

4.- Tejido óseo. (6).

c) Tejido Muscular. Está formado por células alargadas especializadas en la contracción. Las células musculares se originan del mesodermo. De acuerdo con sus características morfológicas y funcionales se distinguen tres tipos de tejido muscular:

1.- Músculo liso, formado por células fusiformes sin estrías transversales.

2.- Músculo estriado esquelético, formado por células cilíndricas con estrías transversales. Presenta contracción voluntaria, rápida y vigorosa, lo contrario del músculo liso ya que éste es de contracción lenta y no está sujeto a control voluntario.

3.- Músculo estriado cardíaco que también tiene estrías transversales, formado por células alargadas y ramificadas, que se unen longitudinalmente a las células vecinas, formando una red. Presentan contracción involuntaria, vigorosa y rítmica.

d) Tejido Nervioso. Durante la evolución de los metazoos surgieron dos sistemas de integración para coordinar-

---

(6) Clasificación del tejido conjuntivo más aceptable aún cuando no encuadra todas las variedades de conjuntos.

las funciones de los órganos especializados que aparecieron en éstos animales, y ambos sistemas se desarrollaron a partir de los epitelios y son el Sistema Nervioso y Endócrino. Anatómicamente éste sistema se divide en:

1.- Sistema Nervioso Central, formado por el encéfalo y la médula espinal.

2.- Sistema Nervioso Periférico, formado por nervios y por pequeños agregados de células nerviosas llamadas, ganglios nerviosos.

El tejido nervioso se halla disperso por todo el organismo y se forma por dos componentes principales:

a.- Las neuronas, con largas prolongaciones.

b.- Y varios tipos de células de la glía o neuroglia, cuya función es la de servir de sostén de las neuronas.

Las principales propiedades del protoplasma de las neuronas es la irritabilidad y conductibilidad. Además de que estos dos tipos de células se encargan de recibir, producir y transmitir los impulsos nerviosos.

#### TRANSICION ENTRE LA PIEL Y LA MUCOSA.

La zona transicional entre la piel que cubre la superficie externa del labio y la mucosa verdadera, de la superficie interna, es la zona roja o el borde bermellón del labio.

La región transicional se caracteriza por numerosas papilas largas, situadas en la lámina propia, que llegan al epitelio y portan sus capilares grandes. Esta zona de transición está sujeta a la descamación si no se humedece con la lengua, ésto se debe a que sólo hay glándulas sebáceas aisladas ocasionales.

## A. CLASIFICACION DE LA MUCOSA BUCAL.

Quando se estudie cualquier mucosa se tomará en cuenta lo siguiente:

- 1.- Tipo de epitelio que la cubre.
- 2.- Estructura de la lámina propia.
- 3.- Tipo de unión entre el epitelio y la lámina propia.
- 4.- Su fijación a las estructuras subyacentes o sea la submucosa.

La mucosa bucal puede dividirse en tres tipos diferentes y son: a) Mucosa Masticatoria, que durante la masticación algunas partes están sometidas a fuerzas intensas de presión y fricción. Estas partes son la encía y la cubierta del paladar duro.

b) Mucosa de Revestimiento, que representa una cubierta protectora de la cavidad bucal. Las partes que corresponden a ésta son la Mucosa de los labios y las mejillas, del surco vestibular y la de la apófisis superior e inferior, mucosa del piso de la boca, la mucosa de la superficie inferior de la lengua y mucosa del paladar blando

c) Mucosa Especializada, representada por la cubierta de la superficie dorsal de la lengua.

Histológicamente el epitelio se compone de dos capas: A) Capa Profunda o Corion (dermis). De 1 a 2 mm. de grueso semejante a la dermis cutánea, formada esencialmente por fascículos de tejido conectivo, diversamente entrecruzados, mezclándose numerosas fibras elásticas en forma de red.

B) Epitelio. El epitelio es pavimentoso estratificado no--

queratinizado; y pueden observarse algunos gránulos de queratohialina en las células de las capas más superficiales. Como regla el epitelio de la mucosa masticatoria es cornificado y el de la mucosa de revestimiento no lo es. La comparación entre epitelio cornificado y no cornificado, es que el primero es más delgado, tiene una capa granulosa, las células basales son mayores, con forma angulosa, tiene muchas tonofibrillas, espacios intercelulares más anchos y espinas que forman puentes intercelulares, hay más fibras reticulares, sus papilas son altas.

#### MUCOSA MASTICATORIA.

ENCÍA. La encía que rodea a los dientes se somete a fuerzas de fricción y presión en la masticación. La encía se limita por la unión mucogingival que la separa de la mucosa alveolar. La encía normal tiene color rosado, a veces con tinte grisáceo. La mucosa alveolar es roja con varios y pequeños vasos cerca de la superficie. De acuerdo con la conducta de la capa superficial, se distinguen cuatro tipos de epitelio gingival y son:

1.- En el epitelio cornificado las capas superficiales se forman de escamas córneas, planas densamente colocadas. No hay núcleos.

2.- En la paraqueratosis las células superficiales se constituyen por queratina pero su núcleo es picnótico.

3.- En la paraqueratosis incompleta las tinciones específicas dan la capa superficial dividida en dos zonas.

4.- Donde falta la queratinización, las células planas retienen sus núcleos.

Las células de la capa basal pueden contener gránulos

de pigmento o melanina, la que es más abundante en las papilas interdentarias; este pigmento lo producen células especiales llamadas Melanoblastos, situadas en la capa basal del epitelio. La lámina propia de la encía se forma de tejido conjuntivo laxo perivascular, además hay macrófagos para su defensa y reparación. Además hay papilas del tejido conjuntivo largas, delgadas y numerosas. El tejido de la lámina propia tiene unas fibras elásticas en las paredes de los vasos sanguíneos. Las fibras gingivales del ligamento parodontal penetran hasta la lámina propia, uniendo la encía con los dientes. La mucosa contiene fibras elásticas en la lámina propia, delgadas y la submucosa, gruesas. Las fibras gingivales están ordenadas en los siguientes grupos:

1.- Ligamentogingival, que vá desde el cemento gingival hasta la lámina propia de la encía siendo las más en número.

2.- Grupo Alveologingival, estas surgen de la cresta alveolar llegando hasta la lámina propia.

3.- Grupo Circular, es un grupo pequeño de fibras que rodean al diente y se entrelazan con las otras.

4.- Fibras Dentoperiósticas, estas van a partir del cemento hasta el perióstico de la cresta alveolar, y de las superficies vestibular y bucal del hueso alveolar.

La irrigación de la encía se deriva de las ramas de las arterias alveolares que atraviezan los tabiques interdentarios en donde se anastomosan con otras arterias que irrigan la mucosa bucal, vestibular, la encía marginal, ejemplo, con ramas de la arteria lingual, del buccinador,-

la mentoniana y la palatina. Existe una red de vasos linfáticos en encía que van a los ganglios linfáticos. La encía está inervada donde se observan terminaciones nerviosas como cuerpos de Meissner, Kause o terminaciones bulbosas y -asas o fibras finas. La encía se divide en:

a) Encía Libre o Marginal, que es un listón angosto - de 1 a 2mm. de anchura que contornea con su borde libre la corona clínica. Se cubre por tejido epitelial queratinizado hasta el borde libre. A partir de éste, se forma con la pared dentaria el surco gingivodental, teniendo en su interior a su inserción epitelial.

b) Encía Adherida o Insertada, es la que está a continuación de la encía marginal. Se caracteriza por papilas - altas de tejido conjuntivo que elevan el epitelio, de tal modo que su superficie se vé "punteada".(7). La desaparición del punteado es un signo de edema, que es la expresión de ataque a la encía adherida durante una gingivitis. Esta encía está insertada al cemento del diente y al hueso.

c) Mucosa alveolar, es móvil y no está queratinizada - como el resto de la mucosa, se extiende hasta el repliegue o fondo de saco del vestíbulo.

d) Papila Interdentaria, es la parte de la encía que - llene el espacio entre dos dientes vecinos. Tiene forma de tienda, las esquinas vestibular y bucal son elevadas, y el borde más saliente de la papila es cóncavo. Debido a su se

---

(7) El punteado es probablemente una adaptación funcional a los impactos mecánicos.

mejanza con el paso entre dos picos montañosos, se llama Collado. La resistencia a las fuerzas mecánicas de la masticación reside principalmente en la fortaleza del tejido conjuntivo denso, inelástico, pero resilente de la lámina propia. La protección contra lesiones de origen químico y bacteriano, es función del epitelio grueso y por lo común con paraqueratosis o cornificado. Ambas capas están fijadas al diente y la estructura de cada uno de estos componentes contribuye a la seguridad de la fijación dentogingival. El epitelio fijado tiene la forma de un collar o boca manga llamada fijación epitelial o recorde epitelial fijado. El surco gingival se forma cuando la punta de la corona sale a través de la mucosa bucal.

**PALADAR DURO.** La mucosa del paladar duro está fijada al periostio subyacente, y por lo mismo es inmóvil. Presenta un color rosado. El epitelio es uniforme en todo el paladar duro, con una capa cornificada un poco gruesa y varias papilas gruesas y largas. La lámina propia, que es una capa de tejido conjuntivo denso, es más gruesa en la parte anterior que en la posterior. Las diversas regiones del paladar duro difieren a causa de la estructura variable de la capa submucosa, y se distinguen las siguientes zonas:

- 1.- Región gingival, vecina a los dientes.
- 2.- Rafé palatino o zona media, y se extiende a partir de la papila incisiva o palatina, hacia atrás.
- 3.- Area anterolateral o zona adiposa, entre el rafé y la encía.
- 4.- Zona posterolateral o glandular, entre el rafé y-

la encía.

En las áreas laterales del paladar duro, tanto en la zona adiposa como glandular, la lámina propia está fijada al periostio por medio de bandas de tejido conjuntivo fibroso denso. La distancia entre la lámina propia y el periostio es menor en las partes anteriores que en las posteriores. En la zona anterior los espacios contienen grasa y en la posterior contienen glándulas mucosas. La capa glandular del paladar duro se continúa hacia atrás con el paladar blando. En el surco que separa a la apófisis alveolar y el paladar duro, los vasos y nervios palatinos anteriores se rodean por tejido conjuntivo laxo.

**Papila Incisiva.**- La papila periforme o incisiva, oval o palatina, se forma por tejido conjuntivo denso. Contiene las porciones bucales de los vestigios de los conductos nasopalatinos que son conductos epiteliales ciegos. Pequeñas glándulas se abren hacia la luz de los conductos, están rodeados por islotes pequeños e irregulares de cartílago hialino. Se dice que los conductos palatinos junto con el órgano de Jacobson son auxiliares del sentido del olfato.

**Rugosidades Palatinas.**- o pliegues palatinos transversos, son salientes de la mucosa, que se extienden lateralmente a partir de la papila incisiva y de la parte anterior del rafe. Su base es tejido conjuntivo denso, con fibras finas.

**Perlas Epiteliales.**- Son residuos del epitelio en la línea de fusión entre los procesos palatinos en la lámina propia.

### MUCOSA DE REVESTIMIENTO.

Todas la zonas de la mucosa de revestimiento se caracterizan por un epitelio, grueso no cornificado y por la --delgadéz de la lámina propia.

LABIOS Y MEJILLAS. El epitelio de la mucosa sobre los labios y la mejilla es escamoso, estratificado no cornificado. La lámina propia de la mucosa bucal y labial consiste de tejido conjuntivo denso, que envía papilas cortas al espesor del epitelio. La capa submucosa conecta la lámina-propia a los músculos y se forma por bandas de fibras colágenas, entre ellas hay tejido conjuntivo laxo que contiene grasa y glándulas mixtas. Las bandas de tejido conjuntivo-denso limitan la movilidad de la mucosa contra la musculatura y evitan su elevación en forma de pliegues.

SURCO VESTIBULAR Y MUCOSA ALVEOLAR. En el surco, la -mucosa está conectada a las estructuras subyacentes, lo --que permite los movimientos de labios y mejillas. La mucosa alveolar es delgada, unida al periostio por una capa --submucosa de tejido conjuntivo laxo, y puede contener glán-dulas mixtas. El epitelio es delgado, no cornificado.

MUCOSA DE LA SUPERFICIE INFERIOR DE LA LENGUA Y DEL PISO DE LA BOCA. La mucosa del piso de boca es delgada, adherida a las estructuras para permitir el movimiento de -la lengua. El epitelio no es cornificado, y las papilas de la lámina propia son bajas. La submucosa tiene tejido adiposo y las glándulas sublinguales están cerca de la cubier

ta mucosa en el pliegue sublingual. La mucosa de la superficie inferior de la lengua es lisa y delgada, y su epitelio no es cornificado. La submucosa úne a la mucosa al tejido conjuntivo que rodea los músculos de la lengua.

**PALADAR BLANDO.** La mucosa del paladar blando está muy vascularizada y tiene color rojizo. Las papilas del tejido conjuntivo son escasas y cortas. El epitelio escamoso es--tratificado no es cornificado. La lámina propia muestra --una capa de fibras elásticas, que la separan de la submucosa.

#### MUCOSA ESPECIALIZADA.

**MUCOSA LINGUAL DORSAL.** La superficie dorsal de la lengua es áspera e irregular. Una línea en V la divide en una parte anterior o cuerpo, y una parte posterior o base. La primera son las dos terceras partes de la longitud y la última forma el tercio posterior. Los tercios anteriores se inervan por el nervio trigémino mediante su rama lingual, y el tercio posterior por el glossofaríngeo. La parte anterior se llama porción papilar y la posterior linfática. Sobre la parte anterior de la lengua están las papilas filiformes en forma de hilo, de tejido conjuntivo. El epitelio que las cubre es cornificado. Entre las papilas filiformes se encuentran las papilas en forma de hongo o fungiformes, que son prominencias redondas y rojizas con pocos corpúsculos gustativos. Frente al surco terminal divisorio en forma de V, entre el cuerpo y la base de la lengua, se encuentran las papilas circunvalladas o cuneiformes en número de 8 a 11, donde existen numerosos corpúsculos gustativos. En

el foso se habren los conductos de pequeñas glándulas serosas, llamadas de VON EBNER, que sirven para lavar los elementos solubles de comida que estimulan a los corpúsculos-gustativos. En el ángulo del surco terminal de la V, se sitúa el Agujero Ciego, residuo del conducto tirogloso. Ha--cia atrás del surco terminal están los folículos linguales teniendo cada uno un nódulo linfático.

CORPUSCULOS GUSTATIVOS. Son órganos intraepiteliales-pequeños, ovoides o en forma de barril. Deoajo de los corpúsculos se encuentra un plexo rico de nervios. Los corpúsculos son numerosos en la pared interna del foso que rodea a las papilas circunvalladas en los pliegues de las papi--las foliáceas, sobre la superficie posterior de la epiglotis y en algunas papilas fungiformes de la punta y de los bordes laterales de la lengua.

Las sensaciones gustativas primarias, es decir, dul--ce, salado, amargo y ácido, no se perciben en todas las regiones de la lengua. Lo dulce es gustado en la punta y lo-salado en el borde lateral del cuerpo de la lengua. Lo a--margo y lo ácido se reconocen en la parte posterior de la-lengua. Lo amargo en la parte media, y lo ácido en las á--reas laterales. Las papilas circunvalladas reconocen el sabor amargo y las foliáceas el ácido. Los corpúsculos gusta--tivos de las papilas fungiformes en la punta de la lengua-reciben el sabor dulce y las de los bordes el salado.

Los sabores amargo y ácido son conducidos por el ner-vio glosofaríngeo, y el dulce y el salado por el nervio --lingual a través de la cuerda del tímpano.

## CAPITULO IV

### FISICLOGIA DE LA MUCCSA BUCAL

La fisiología debemos tomarla mucho en cuenta, yá que nos vá a enseñar el funcionamiento de los órganos y de los tejidos de los seres vivos. La palabra fisiología, proviene del griego PHYSIS-naturaleza, LOGOS-estudio.

En este caso la fisiología que nos interesa, es la de la membrana mucosa, la que vá a revestir cavidades o conductos de la economía que desembocan al exterior, como la de revestimiento de la boca y aparato digestivo, vías respiratorias y aparato genitourinario. Consiste, en una capa superficial de tejido epitelial, sobre una capa más profunda de tejido conectivo.

Las funciones de las mucosas en general, es la de proteger, secretar y absorber; proteger por ejemplo, contra la invasión bacteriana, secretar moco y absorber agua, sales y otros solutos.

Al enfocarnos en la mucosa bucal, veremos que en ésta y en la submucosa, hay abundantes glándulas mucosas y serosas, labiales, bucales, palatinas y linguales, que mantienen constantemente húmeda la membrana por virtud de una secreción mucosa, semejante a jalea diluída por líquido seroso y acuoso. Las glándulas tienen principalmente caractermucoso, y las palatinas y linguales posteriores son completamente mucosas. Además, el volúmen de saliva aumenta por la secreción que vierten tres pares de glándulas salivales voluminosas: parótidas, submaxilares y sublinguales, como reacción a estímulos especiales que van desde tocar la mu-

cosa bucal, hasta oler, ver, incluso recordar alimentos.

La cavidad bucal como primera parte del tubo digestivo, desempeña gran variedad de funciones. Es la puerta de entrada y el lugar de masticación de los alimentos y donde se inicia la digestión.

Habiéndola ya mencionado vemos que la mucosa es la -- que limita en todas sus partes a la cavidad bucal, como ya dijimos, siendo el revestimiento de las cavidades que comunican con el exterior.

La estructura morfológica de la mucosa varía en las -- diferentes áreas de la cavidad bucal, en relación con las funciones de zonas específicas, y las influencias mecáni--cas que actúan sobre ellas. Alrededor de los dientes y en el paladar duro, por ejemplo, la mucosa está expuesta a -- fuerzas mecánicas durante la masticación de comida áspera y dura, mientras que en el piso de la boca está protegida por la lengua.

Yá que la mucosa se expone en diferentes zonas a dife--rentes fuerzas de masticación, clasificaremos a la mucosa--según su función y zona, la que veremos más adelante.(8)

---

(8) Ver Capítulo III, inciso a) de ésta tesis.

## CAPITULO V

## CARACTERISTICAS CLINICAS NORMALES DE LA MUCOSA ORAL

Para llevar a cabo un exámen minucioso de la mucosa bucal, nos auxiliaremos por medio de la inspección, de la exploración y de la palpación, yá que sólo así nos daremos cuenta de la normalidad o patogenicia de la misma.

El exámen de la mucosa permite, en condiciones normales hallar los siguientes caracteres: La boca es una cavidad oval, cuyo diámetro mayor es anteroposterior. Hacia -- adelante está limitada por los labios, atrás por el istmo de las fauces, arriba por la bóveda palatina, abajo por la lengua y piso de la boca, a los lados por los carrillos y mejillas.

En reposo la boca es una cavidad virtual, que se hace real al separar la mandíbula o al distender los carrillos -- como, por ejemplo, al soplar. El exámen de la mucosa de la boca debe realizarse ordenadamente: labios, mucosa yugal, -- lengua, piso de boca, paladar duro, paladar blando, istmo de las fauces y encías.

LABIOS. La región labial se limita arriba, por el sub tabique nasal, el borde de los orificios nasales y la extremidad posterior del ala de la nariz. Abajo, por el surco mentolabial y a los lados por los surcos naso y labiogé nianos. La piel del labio es gruesa y tiene en el hombre -- abundantes folículos pilosos y glándulas sebáceas y sudorí paras. Normalmente la hendidura bucal tiene el doble de la distancia existente entre el ángulo interno y externo de --

un ojo.

La raza imprime modificaciones en el tamaño y forma de los labios. Existen diferentes formas labiales: labio inferior evertido, carnosos, atónicos, que sobrepasa mucho el superior; otra forma es la lineal, que ofrece una expresión de firmeza; otra forma es la intermedia de las formas escritas y que sería el término medio normal.

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

Es muy frecuente observar, más en la submucosa del labio superior, pequeñas manchas amarillentas pintiformes o del tamaño de una cabeza de un alfiler como un relieve pequeño, llamados, Puntos de Fordyce, que son glándulas sebáceas, las que por su frecuencia no deben considerarse heterotopías patológicas.

Para examinar la mucosa labial, tomamos el labio con los dedos índice y pulgar de cada mano y lo extendemos, empezando por el inferior y luego el superior. Vemos que la mucosa labial se continúa con la yugal a los costados. En la línea media se observa un pliegue en la mucosa que son los frenillos labiales superior e inferior. La mucosa labial es rosada y húmeda. Presenta múltiples puntos con aspecto papuloide que corresponde a orificios de las glándulas salivales de la mucosa. A la palpación bidigital con el índice sobre la mucosa y el pulgar sobre la piel, se observan múltiples elementos como mucosidades, pequeñas, más-

o menos duras y que son las glándulas mucosas. Si se palpa en el trayecto de las arterias coronarias se puede percibir el latido de las mismas.

MEJILLAS. Las mejillas, carrillos o región geniana, se limita adelante por los labios. En su cara cutánea, el surco nasogeniano y labiogeniano originan el límite anterior. Su espesor depende de la cantidad de tejido adiposo. Siendo más convexa en niños que en el viejo yá que pierde grasa y dientes molares.

La cara mucosa se llama Mucosa Yugal. Al tomar los labios con los dedos índice y pulgar de ambas manos, vemos que la mucosa yugal anterior es continuación de la mucosa labial; arriba y abajo están los surcos vestibulares. La mucosa yugal se observa lisa, rosada y húmeda. A la altura del cuello del primero al segundo molares superiores se sitúa un orificio que es la desembocadura del conducto de Stenon de la glándula parótida. Por detrás, vecinos al conducto de Stenon, están los orificios de las glándulas salivales llamadas, glándulas Molares.

A la palpación digital, se perciben a veces algunos pequeños ganglios genianos, sobre todo el substenoniano o interbuccinador mucoso que se palpa mejor por estar situado entre el buccinador y la mucosa. Al ocluir las piezas dentarias se puede hacer la palpación del del músculo mase<sup>te</sup>ro y conocer la tunicidad y puntos dolorosos. Puede percibirse el latido de la arteria facial. Si se palpa el tercio posterior hacia atrás, arriba y afuera a la altura de la apófisis coronoides se reconocerá el músculo temporal.-

Con el mismo índice se recorre el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula y en el surco vestibular inferior, está la línea oblicua externa y más adelante se verifica la sensibilidad a nivel del agujero del conducto mentoniano a la altura de los premolares.

LENGUA. Ocupa en reposo todo el espacio circunscrito por los rebordes alveolo-dentarios. Para examinarla se abre la boca y se saca la lengua, la tomamos con una gasa, traccionamos y secamos e inspeccionamos el dorso.

La V lingual se forma generalmente por 9 a 11 papilas caliciformes. Cada papila caliciforme presenta un mamelón, este mamelón es la papila propiamente dicha y el repliegue es el cáliz, de allí el nombre de papila caliciforme. Observando con el espejo por detrás de la V lingual se ven folículos a los lados de la línea media llamados Amígdalas Linguales. Y por el vértice de la misma se encuentra una depresión que es el Agujero Ciego, vestigio del conducto tirogloso. El dorso por delante de la V, presenta un aspecto aterciopelado que se dá por las papilas filiformes. Cercanas al borde y punta de la lengua se observan las papilas fungiformes. Para mejor inspección, se debe distender la mucosa y observar el fondo de los surcos, (9), o realizar vitropresión o diascopía. Al proyectar la lengua fuera de la boca se observa la suave movilidad que producen las fibras musculares evaluando la normalidad funcional. Deslizándo el índice sobre el dorso lingual se percibe más áspero que las mucosas de revestimiento. A la palpación como y

---

(9) Ver con lupa o dermatoscopio.

bidigital se verifica el tono muscular normal, la consistencia y ausencia de induraciones musculares. Al inspeccionar el tercio posterior del borde lingual se ven pliegues transversales al mismo, que parecen las hojas de un libro y que son las Papilas Folidas. El color suele ser algo más rojizo. La mucosa se presenta con un color rosa claro, lisa, fija al plano muscular, con una rica red vascular, destacándose nitidamente los vasos raninos. Para inspeccionar la cara ventral en su tercio anterior, se dirige la punta de la lengua hacia arriba y atrás. En la línea media hay un pliegue mucoso que úne la cara ventral de la lengua al piso de la boca y que es el frenillo lingual. A sus costados existen pequeños pliegues, a veces con aspecto papilomatoide y a veces filiformes, donde están los orificios de las glándulas salivales llamadas de Blandin o de Nühn. Se palpa la cara ventral de la lengua para descartar durezas y zonas dolorosas.

PISO DE LA BOCA. La porción de la mucosa 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 se prolonga a los costados 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. 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.

A cada lado del frenillo lingual se observa una formación de aspecto papilomatoide (la cunícula salival) en cuyo vertice hay un orificio que es la desembocadura del conducto de Wharton de la glándula submaxilar. Las glándulas sublinguales es el grupo más voluminoso y se encuentran a los -- costados por el pliegue sublingual en donde hay orificios de los conductos de Rivinus. A la palpación se siente la -- mucosa suave, fina con relieves irregulares por las glándu las. A ambos lados de la línea media de la tabla interna de la mandíbula se encuentran las Apófisis Geni. A la pal pación encontramos en la parte interna de la mandíbula la -- línea oblicua interna. Puede palpase también un trecho -- del conducto de Wharton.

PALADAR DURO Y BLANDO. La parte anterior está formada por el paladar duro y la posterior por el paladar blando o velo del paladar, constituyendo el techo de la cavidad bu cal.

La mucosa del paladar duro tiene un color rosa pálido en medio presenta una línea o rafé palatino donde es más -- clara la mucosa. A la palpación se nota más adherida al -- hueso. En la parte posterior limita con el paladr blando y a ambos lados de la línea media se observan con frecuencia las Foveólas Palatinas o depresiones mucosas. A partir del rafé medio existen relieves transversales u oblicuos de la mucosa y son las Arrugas palatinas o Crestas palatinas, -- que funcionan como apoyo a la punta de la lengua en el des -- menuzamiento del bolo alimenticio. La fibromucosa es dura -- y bien adherida a los planos profundos. En el tercio medio

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 grasa.

Hacia atrás el paladar duro se continúa con el blando o velo del paladar, notándose dicho límite por el cambio de color, movilidad, y por caer casi verticalmente; en el borde libre del paladar blando se encuentra la úvula; a los lados el velo se divide en dos láminas (anterior y posterior) que forman el lugar donde se alojan las Amígdalas Palatinas. 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 punteado papuloide en donde se encuentran los orificios de las glándulas salivales.

REGION AMIGDALINA. Entre los pilares anterior y posterior del paladar blando se encuentran las amígdalas palatinas, con una cara hacia el fondo del 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 orificios que son las criptas amigdalinas.

ENCIA. La encía reviste el proceso alveolar, siendo la externa la encía vestibular y la interna la encía lingual y palatina. La encía es una mucosa gruesa (fibromucosa masticatoria). Vá desde el borde gingival hasta la unión con la mucosa alveolar. La encía se divide en Libre y Adherida. La libre forma con la pared dental el surco gingival con una profundidad de 1 a 2mm. Y la adherida está entre la ranura gingival y la unión con la mucosa alveolar, con-

4 a 5mm. de ancho; la adherida a la inspección es de color rosado, 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 y rojiza. En los espacios interdentarios, la encía se introduce para formar los espacios interdentarios, o papilas interdterdentarias.

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

El exámen de la encía se puede empezar con el maxilar inferior y después el superior, auxiliandose por medio de la palpación e inspección de toda el área, con la ayuda de un espejo para reflejar la luz sobre la zona a examinar.

CAPITULO VI  
CARACTERISTICAS CLINICAS PATOLOGICAS  
DE LA MUCOSA DE LA CAVIDAD ORAL

Las alteraciones que se pueden observar en el exámen de las partes blandas de la boca y en especial de la mucosa y semimucosa son muy variables. Es menester asignarle a ellas, denominaciones especiales para poder reconocerlas y entenderse al describir una lesión y poder así mismo compararlas y diferenciarlas.

La distribución de las afecciones de la cavidad bucal responde a la intención de conseguir un cierto orden en la variación de las variadísimas dolencias locales, o manifestaciones de enfermedades generales que cabe descubrir muchas veces yá por simple inspección, de ésta auténtica ventana del organismo que es la boca.

Estas afecciones en dermatología se denominan Lesiones Elementales y así las designaremos nosotros en estomatología. Cada una tiene su definición especial y pueden aparecer en diferentes procesos. Esa misma orientación daremos a las lesiones elementales que podamos observar en la mucosa y semimucosa de la boca.

La mucosa bucal poseé gran capacidad de cicatrización. Junto con la regeneración rápida, está el hecho de que se halla constantemente bañada por saliva. La saliva tiene -- propiedades antibacterianas que incluyen anticuerpos, y la humedad resulta en una cicatrización rápida. Por lo tanto las lesiones que no cicatrizan en dos semanas, serán consideradas sospechosas hasta que se establezca el diagnóstico

adecuado. Cuando la mucosa se repara, lo hace por regeneración y rara vez por cicatrización.

Lesión.- Es una alteración, un daño, un desperfecto anatómico de cualquier parte u órgano del cuerpo, tanto -- por la acción de un objeto contundente o de corte, como -- por una afección patológica infectiva o no, o por cual---- quier tipo de accidente.

Las lesiones elementales constituyen, lo básico de -- una "Semiología Descriptiva" (del griego-signo- es rama de la ciencia médica que enseña la técnica correcta para obte-- ner los diferentes síntomas o signos de un determinado es-- tado patológico mediante la inspección, palpación, percus-- sión y auscultación).

Las lesiones elementales de la mucosa y semimucosa -- pueden ser:

a) Primitivas, y son: mancha, pápula, vesícula y ampolla, pústulas, tubérculos, nódulos, escamas y queratosis, vegetaciones, verrugosidades y papilomas.

b) Secundarias, y son: soluciones de continuidad, mácula, escama, costra, cicatriz, liquenificación e identifica-- ción.

Cada uno de los procesos estomatológicos o enfermedades con localización bucal dan, por lo general, una o va-- rias lesiones elementales primitivas. Por ejemplo, la única lesión elemental primitiva del pénfigo vulgar es la ampolla, mientras que la sífilis, según el período de enfermedad, puede dar pápulas, tubérculos y nódulos, etc.

Algunas veces, si bien la lesión primitiva es una ampolla, ésta no es observada en ese estado, sino como le---

sión secundaria, o sea una erosión, como se vé con frecuencia en el pénfigo. La semiología deberá hacerse, sin embargo, partiendo del elemento ampollar o sea, de su lesión primitiva.

La denominación secundaria aplicada a las lesiones elementales que subsiguen a otra lesión previa, tienen un significado de orden pero no de importancia, yá que muchos procesos aparecen mostrando dichos elementos secundarios.

Para estudiar los detalles semiológicos de la lesión elemental, parece útil clasificarla como primer término -- en:

- a) Como lesión elevada sobre el plano mucoso (exofítica).
- b) Debajo de ese nivel.
- c) Como de tipo plano. Algunas lesiones planas pueden elevar ligeramente la mucosa pero lo hacen en forma extendida difusa, sin constituir elevaciones circunscritas.

Es útil el analizar la forma de la lesión, hacerlo -- comparativamente, lo que dá una ligera idea de la misma -- (esférica, hemisférica, badajo de campana, coliflor, etc.) El contorno puede mostrar a veces un cuello bien pediculado y estrecho, que nos oriente más hacia una lesión benigna -- yá que los cánceres, por lo general no lo tienen. El tamaño y la altura, esta última en relación con la superficie mucosa, nos permitirá establecer posteriormente comparaciones de utilidad en la evolución del proceso. El color es fundamental: negro en lesiones melánicas, rojo en lesiones vasculares, etc.; el color amarillento de una lesión elevada, no ulcerada, nos permitiría pensar en la posibilidad de un lipoma. La superficie de una lesión elemental puede-

a veces establecer el diagnóstico por su carácter patonogmónico. El borde de la lesión lo consideramos distinto del contorno. Todas las lesiones circunscritas tienen un contorno pero sólo algunas tienen borde. Mientras el primero es lineal imaginariamente, el segundo tiene cuerpo y ciertos caracteres y dimensiones. La palpación de una lesión elemental es fundamental, y nos permite presumir su profundidad. La consistencia fluctuante, elástica, cartilaginosa o leñosa es de sumo valor en el diagnóstico de algunos procesos. Apremiar la sensibilidad es muchas veces útil para el diagnóstico. Como elemento de diagnóstico, señalamos la Diascopia que, es un método simple que permite diferenciar una lesión congestiva de una purpúrica o ver después de -- comprimida la lesión, el color de la misma.

Nunca debemos dejar de examinar la mucosa que rodea la lesión y también la vecindad de la misma. Algunas veces encontramos en ella una lesión elemental aislada que en el conjunto de la lesión no aparece tan claramente.

CAPITULO VII  
 LESIONES PRIMARIAS DE LA MUCOSA CRAL

**A. MANCHA.**

La mancha es la lesión elemental más simple, siendo todo cambio de coloración de la mucosa que no hace relieve ni cambio de consistencia, por lo mismo no se palpa por el tacto. Cuando la mancha es secundaria se llama Mácula.

Para comprender la patogenia de las manchas debemos advertir que la mucosa debe su coloración normal a los siguientes factores: a) pigmento hemático- destacando el color rojo de la hemoglobina. b) Pigmento melánico- debido al pigmento de color pardo llamado Melanina, se encuentra en el epitelio a nivel de la capa basal; aunque se encuentra menos que en la piel. c) Epitelio y Corion, en donde intervienen los elementos que forman la mucosa (epitelio y corion), amarillo pálido el Corion y blanquecino opalino grisáceo el epitelio. Estos elementos por fenómenos de --- transparencia y reflexión intervienen en la coloración de la mucosa. Las manchas se deben a diferentes causas y son: A) Manchas por las alteraciones de los elementos que, normalmente intervienen en la coloración de la mucosa.

- Manchas Hemáticas y Vasculares.- su tono rojo se -- acentúa por aumento de la hemoglobina y empalidece cuando la cantidad disminuye. También hay cambio en la extravasación, como en las púrpuras.

- Manchas melánicas.- hay cambio al aumentar el pigmento melánico, como en las hiper Cromías al disminuir éste.

- Manchas por modificaciones estructurales.- el cambio en la mucosa es también por sus partes estructurales, más cuando hay hiperqueratosis o granulosis, que dan color blanco a la mucosa.

#### B) Manchas por otros pigmentos endógenos y exógenos.

Mencionamos los elementos que no incidienao normalmente en la mucosa lo hacen sólo en circunstancias patológicas y son:

- Pigmento de origen interno.- de estos hay en cantidad mínima en sangre y tejidos, pero que cuando aumentan alteran el color de la mucosa:son: 1) Bilirrubina, que dá color amarillo a la mucosa; 2) Lipocromos ó Carotenos, donde se vé un color amarillento en especial en las palmas de la mano, en surco nasogeniano, yá que se depositan en partes ricas en queratina, también se ven en mucosa yugal.

3) El depósito de hierro sanguíneo, que dá color bronceado a la mucosa y piel y se dá por la cirrosis hepática, etc.

4) La Ocronosis, dando color negro y verdoso a piel y mucosas. Se dá por aumento de Aleaptona que es producto de desasimilación de la tiroxina que no se metaboliza por completo. Se dá por intoxicación de fenoles y por óxido de carbono, sulfamidas y antipirina con color cianótico.

- Pigmento de origen externo.- éstas provocan cambio por introducción parenteral, por ingestión o por vía externa a través de la mucosa, de substancias metales o metaloides como: plata, oro, bismuto, mercurio, arsénico, carbón, etc.

#### C) Seudomanchas.

Estas son debidas a alimentos o medicaciones que se -

depositan sobre las mucosas( vino, láudano, zanahoria, tabaco, nudiciones férricas, etc.) o a exudados (difteria, etc.) que varían la coloración aparentemente, pero que son factibles de desaparecer por prodecimientos no traumáticos.

#### Clasificación Semiológica de las Manchas.

- 1.- Manchas Rojas. son características de los eritemas activos o congestión activa, ectosias vasculares, neo--formaciones vasculares(hemangiomas), Poiglobulias, --púrpuras.
- 2.- Manchas blancas. son características de las leucoplasias, líquen, procesos inflamatorios, mancha opalina de las lúes secundaria, anemia(difusa).
- 3.- Manchas Hipocrómicas. son características de las hipocromías puras o melánicas, pseudohipocromías.
- 4.- Manchas Pardas. son características raciales, del líquen(hipercromías, melánica) pigmentógeno, addison, poli--pósis colónica, urticaria pigmentaria, acantosis nigri--cans, nevos,etc.
- 5.- Manchas azules. son características de la melanosis i--dérmica(nevo azul, nevo de Ota, etc.), crisisis, mercurio, bismuto, plomo(gris azulado), intoxicaciones por --anilinas.
- 6.- Manchas Azul-violáceas. son características de los eritemas pasivos, cianosis- cardiaca, respiratoria, intoxicaciones(óxido decarbono, sulfas y piridina).
- 7.- Manchas Negras. son características de la ocronosis, -carbón, tabaco, lengua negra, carbonendo.
- 8.- Manchas bronceadas. características de la hemocromatosis(hierro, melanina), hemosiderosis.

- 9.- Manchas verdes,- características de la biliverdina (hematomas), cobre.
- 10.- Manchas plateadas. característica de la argiriasis.
- 11.- Manchas amarillas. características de la ictericia, \* xantomatosis(colesterol), xantosis(caroteno), puntos de Foráyce, lipoidoproteinosis, pseudoxantoma elástico.
- 12.- Manchas de colores diversos. características de los - tatuajes(color azul de la amalgama de plata, etc.).

## B. PÁPULA.

La pápula es una elevación circunscrita, sólida, que involuciona espontáneamente y no deja cicatriz. Su tamaño oscila entre una cabeza de alfiler y un "poroto"(11). Puede ser: epitelial, coriónica ó mixta.

- Epitelial.- producida por hiperplasia del epitelio como en las verrugas planas.

- Corion.- producida por alteración en el corion superficial como en la urticaria, en la sífilis secundaria y en papuloides.

- Mixtas.- como el líquen rojo plano y sífilis secundaria.

La pápula se vé más en piel que en boca. Una lesión papulosa que se há visto es la Pápula solitaria de la mucosa bucal, siendo única, aspecto lenticular, consistencia fibrosa, indolora, localizada en el dorso de la lengua. Histológicamente se vé hiperplasia fibromatosa. También con-

---

(11) Poroto. semilla papilonácea judía(legumbre).

aspecto papuloide están los puntos de Fordyce.

### C. VESICULAS Y AMPOLLAS.

Las vesículas y ampollas son elevaciones de la mucosa circunscritas con contenido líquido, alojados en el espesor del epitelio o justamente por debajo de él. La vesícula contiene un líquido transparente seroso, grisáceo en sus formas puras (eczema, herpes simple). Las ampollas, igual que las vesículas tienen forma pura con contenido transparente, seroso (pénfigo) ó hemorrágico.

Histológicamente se dice que la ampolla tiene una cavidad (unilocular), mientras que la vesícula posee varias (multilocular). Esto significa que al punzar con un alfiler una ampolla, se debería vaciar todo su contenido y, en cambio, la vesícula eliminaría parte de él.

Es difícil su distinción entre una y otra por lo fácil de romperse. pero podemos diferenciarlas cuando las vesículas no exceden de media lenteja (3mm más o menos) y que son multiloculares (herpes simple, zona, varicela, etc.) y ampollas a las que sobrepasan ese tamaño y que son uniloculares (pénfigo vulgar, eritema polimorfo, etc.) La vesícula tiene como secuela una erosión y en las ampollas, el techo de las mismas queda a veces cubriendo el piso.

La formación de las vesículas y ampollas es:

- Por separación del epitelio y el corion.
- Por la separación corionepitelial que se produce por alteración de las células basales.
- Hidrópica de la capa basal, que también se produce por alteración de las células basales.

- Otras veces la vesícula y ampolla se producen en el espesor del epitelio, en el estrato superior, medio o inferior. En el estrato superior se forman las ampollas superficiales como las del impétigo.

En la parte media e inferior del epitelio se forman por medio de dos mecanismos lesiones ampollosas y vesiculares y son:

- de Acantólisis, que es rotura o lisis de los puentes de unión entre las células del cuerpo mucoso; se produce edema intercelular y las células libres flotan en el interior de la ampolla( pénfigo vulgar).

- Espongiosis, que significa agrandamiento de los espacios intercelulares por serosidad, que en sí es un mecanismo eczemático. La clasificación semiológica de las ampollas y vesículas es:

Ampollas- entre los procesos ampollosos están el pénfigo crónico o vulgar, dermatitis ampollar de Lortat-Jacob o pénfigo benigno de mucosas, el parapénfigo o perifoide ampollar, eritema polimorfo, epidermólisis ampollar, a diferentes causas, líquen rojo plano y lupus eritematoso ampollar, impétigo ampollar.

Vesículas- Entre los procesos vesiculares tenemos los eczemas, zona, herpes simples, herpangina, varicela, viruela, erupción variceliforme de Kaposi, Glosopeda.

#### D. PÚSTULAS.

Las pústulas son elevaciones de la mucosa, circunscritas con contenido líquido, alojados en el espesor del

epitelio o justamente por debajo de él; contienen pus, éste es un líquido más o menos espeso, por lo general amarillento, pero de color variable, constituido por una parte líquida o suero y otra sólida formada por leucocitos alterados, microorganismos y restos orgánicos. En boca las pústulas primitivas son raras y se rompen con mucha facilidad quedando una erosión con piso no deprimido sino elevado. La patogenia de pústulas se lleva a cabo por los mismos mecanismos que en ampollas y vesículas. Entre los procesos pustulosos de contenido líquido se encuentran el impétigo estafilococcico, la vacuna, el impétigo herpetiforme y en la aerodermatitis continua.

#### E. TUBERCULOS.

El tubérculo es una lesión sólida, circunscrita de -- consistencia compacta, prominente de forma redondeada, que invade los planos profundos de la piel, de evolución lenta y cicatrizal, de ubicación en el corion. De ordinario los tubérculos se agrupan y dan así origen a una lesión de alguna extensión, plana o apenas elevada, con característi--cas particulares según las causas que los producen. Los tubérculos se constituyen por granulomas inflamatorios crónicos específicos. Los procesos capaces de dar tubérculos --son la sífilis, la tuberculosis, la lepra, las micosis, --etc. Se les encuentra raramente en labio y paladar. En tuberculosis aparecen en encía y en paladar, de color amarillento. En lepra aparecen en piel y mucosa. Por lo regular los tubérculos se úlceran.

## F. NODULOS.

Los nódulos son lesiones circunscritas submucosas. Se clasifican en: 1) Agudos.- Son de ubicación casi exclusivamente cutánea. Se observan en el eritema nudoso, así como en la periadenitis mucosa necrótica recurrente, donde se vé como lesión inicial un nódulo que corresponde a la inflamación glandular y posteriormente se necrosa.

2) Subagudos.- Se pueden reblandecer y abrir dejándo una ulceración que repara a expensas de una cicatriz y son los llamados gomas, que evolucionan en cuatro etapas: - de crudeza, - de reblandecimiento, - de ulceración, - y cicatrización. Algunas veces los nódulos subagudos se necrosan y dan elementos hemorrágicos necróticos diferentes a las gomas. Estos se observan en los procesos de vascularitis alérgica, reticulosis, neutropenia cíclica, y en procesos por cuerpos extraños como hilos de sutura y es pina de pescado, etc.

3) Crónicos.- que son exclusivamente cutáneos y no mucosos. En donde después del tratamiento de un cáncer de mucosa, en especial radiante, suelen verse nódulos fibrosos en cuyo interior puede quedar células cancerosas.

## G. ESCAMAS Y QUERATOSIS.

Escamas.- es una lesión elemental que consiste en el desprendimiento visible de las capas superficiales del epitelio, en forma de un pequeño colgajo epitelial parcialmente adherido. Por lo general las escamas son consecuencias

de procesos inflamatorios del corion que determinan, a su vez alteraciones del epitelio. A veces son secundarias a -- lesiones de contenido líquido que se abren. Según el tipo de descamación, las escamas se clasifican en: - Pitiriásicas o Furfuráceas, - Laminares, - Foliáceas, - en Hojaldras - en Collarete, etc., que de por sí dan la idea de su aspecto. Los procesos escamosos que las producen son: queilitis exfoliativa, lupus eritematoso crónico, pitiriasis rosada, líquen rojo plano, lengua geográfica, psoriasis, gingivitis descamativa o gingivosis, lengua saburral, mucosa mordiscada.

La mayoría de los procesos son del grupo de lesiones blancas de la boca, yá que las escamas y queratosis en las mucosas dan dicha coloración.

**Queratosis.**- Cuando las escamas se acumulan estratificándose sin desprenderse, se constituye la lesión clínica llamada Queratosis, que es nada más un fuerte espesamiento córneo. Se vé como una mucosa blanca y engrosada. En boca es sinónimo de queratinización. Conviene aclarar - algunos términos para evitar confusiones:

- **Ortoqueratosis.**- Es una cornificación del epitelio, cuya estructura es semejante a la cornificación de la piel normal.

- **Paraqueratosis.**- Es cuando la cornificación es viciada, o sea falta la capa granulosa y la capa cornea es nucleada.

- **Disqueratosis.**- Es un vicio de cornificación: células aisladas del epitelio se cornifican por su cuenta.

- Hiperqueratosis.- es, aumento de la queratinización pudiendo dar lugar a manchas , queratosis, escamas.

- Leucoqueratosis.- Significa queratosis blanca y es una queratosis de las mucosas.

- Leucoplasia.- significa una placa blanca.

Las escamas y queratosis son importantes en boca por su frecuencia. En las lesiones queratósicas de la mucosa bucal existen:

a) Lesiones congénitas o displásicas.- en donde caben las leucoqueratosis congénitas como el Síndrome de Jadassohn-Lewandowsky, enfermedad de Darier, paraqueratosis de Mibelli, nevo blanco, disqueratosis congénita familiar, -- disqueratosis familiar benigna intraepitelial de Witkop.

b) Lesiones adquiridas.- como las leucoplasias de grado dos, algunos líquenes, algunos lupus eritematosos. crónicos, queratosis senil.

#### H. VEGETACIONES, VERRUGOSIDADES Y PAPILOMAS.

Vegetación.- es una lesión primitiva, elevada, constituida por múltiples elementos agrupados, cónicos o fitoformes, cilíndricos o lobulados, o con aspecto de coliflor. - Se produce por Acantosis, con papilomatosis de la mucosa.

VERRUGOSIDAD.- recibe el nombre de verrugosidad a la vegetación que está cornificada, queratinizada y que es blanquesina. Tanto las verrugosidades como las vegetaciones se ven principalmente en las enfermedades infecciosas y en los epitelios de la mucosa bucal. Las causas de éstas son: - Traumáticas.- como los bordes y cámaras de succión de prótesis dentarias.

- Tóxicas.- como los bromide y yodide con lesiones

en semimucosa de labio.

- Infecciosas.- producidas por virus como en las verrugas vulgares y condilomas acuminados. Producidas por bacterias como en la tuberculosis verrugosa, en la sífilis en el botriomicoma, rinoscleroma y lepra. Producidas por micóticas, como las blastomicosis sudamericanas, histoplasmosis, moniliasis.

- Parasitarias.- como en las leishmaniasis.

- Malformativas.- como en la glositis medio losángica o lengua romboidal.

- Causas desconocidas.- como en la papilomatosis florida o carcinoma verrugoso, pénfigo vegetante, acantosis nígricans, epitelioma, micosis fungoide y líquen vegetante.

- Causas múltiples.- como la lengua negra vellosa y leucoplasia verrugosa.

Las lesiones con aspecto vegetante o verrugoso son frecuentes en la mucosa bucal, a pesar de su agrupación semiológica conjunta, la mayoría presenta caracteres que permiten su individualización y diagnóstico.

Papilomas.- Es necesario diferenciarlas de las verrugosidades y vegetaciones. Semiológicamente el papiloma es una lesión que eleva la mucosa a la manera de un dedo de guante, como una hernia.

Está cubierto por un epitelio prácticamente normal ó poco modificado. La base del papiloma ocasionalmente presenta una estrangulación o esbozo de cuello.

La mayoría de las veces tiene un eje vertical de mayor longitud que el horizontal. Su tamaño y consistencia -

son variables.

Existen diferentes criterios para la clasificación de los papilomas.

Desde el punto de vista de patología general puede ser: Malformativas; Blastomatosos como el papiloma blastomatoso ( mixoma, lipoma, etc.); Siempre Benignas ó hiperplásicas simples como el papiloma blastomatoso ( mixomas, lipoma, etc.)

## CAPITULO VIII

### LESIONES SECUNDARIAS DE LA MUCCOSA ORAL.

Las lesiones secundarias de la mucosa bucal reciben dicho nombre por derivar de una lesión primitiva y no por tener escasa importancia. Entre las lesiones secundarias tenemos:

#### A. SOLUCIONES DE CONTINUIDAD.

Se les llama soluciones de continuidad, las pérdidas de sustancia del epitelio mucoso. Pueden ser: primitivas y secundarias.

a) Primitivas.- que serían los traumatismos agudos como son:

- Heridas. que es toda solución de continuidad por -- traumatismos bruscos. Puede ser cortante o lineal, punzante, ó desgarrante cuando la pérdida de sustancia es irregular y profunda.

- Contusiones. no hay solución de continuidad, salvo en las heridas contusas.

- Laceraciones. es una pérdida de sustancia muy superficial debida a un traumatismo.

- Excoriaciones. es una pérdida de sustancia superficial y lineal provocada por el rascado o un agente externo de acción similar.

b) Secundarias.- siguen a traumatismos agudos que se reiteran o repiten o son secundarios a otras lesiones elementales. Entre éstas se encuentran:

- Ulceración y úlcera. denominamos ulceración a la --

pérdida de sustancia secundaria y persistente pero que tiene tendencia a la cicatrización. Úlcera se denomina a la ulceración crónica que no tiende a cicatrizar, y que obedecen a causas infecciones crónicas.

Los tubérculos, nódulos, algunos tumores, las gangrenas, las necrosis o necrobiosis y las inflamaciones son capaces de provocar ulceraciones y úlceras. Desde el punto de vista semiológico hay una serie de caracteres que deben ser analizados en una úlcera o ulceración, para efectuar el diagnóstico etiológico y son: a) localización; b) forma; c) tamaño; d) color; e) borde; f) fondo; g) profundidad; h) consistencia; i) dolor; j) adherencia a planos profundos; k) repercusión y distancia y l) evolución.

Así cada una de las úlceras o ulceraciones según las lesiones de que provengan tienen características especiales que orientan al diagnóstico.

A veces a la úlcera se le denomina fagedénica por ser ésta un tipo de necrobiosis que avanza y destruye como no es común en el proceso que la produce. Cuando la úlcera fagedénica cura por un extremo, pero avanza por el otro se dice que es serpiginosa, y cuando avanza en profundidad se llama terebrante. Las úlceras y ulceraciones podemos encontrar en: las histoplasmosis, epitelomas, aftas gigantes o la periadentitis mucosa necrótica recurrente, rayos x, en enfermedades de la sangre, reticulosis, procesos metabólicos o carenciales.

- Erosión.- o exulceración o abración, son pérdidas de sustancia, superficiales, que no alcanzan a dejar cicatriz; a veces, sin embargo, queda como secuela de ellas un

cambio de coloración que se denomina mácula. Así como las úlceras pueden ser secundarias a ciertas lesiones elementales como vesícula, ampolla y pústula, pápulas, necrobiosis, necrosis, e inflamaciones mínimas. Las erosiones podemos observarlas en: las aftas y en el herpes, queilitis abrasivas, en el pénfigo vulgar, en el líquen erosivo, blastomycosis sudamericana, sífilis primaria y secundaria, epidermólisis ampollar distrófica, gingivitis descamativa.

- Grieta.- ó Fisura, es una pérdida de sustancia lineal. Se produce en especial a nivel de pliegues cutáneos-mucosos como las comisuras labiales o sien en sitios donde existe engrosamiento córneo y pérdida de elasticidad.

Algunas veces no se trata de grietas o fisuras sino de surcos, que se diferencia de las primeras en que éste último no es una solución de continuidad, yá que lo recubre mucosa sana. Las grietas podemos encontrarlas en: la queilitis comisural, en algunas carencia, en la sífilis secundaria, en las queilitis exfoliativas, en el pénfigo vulgar, etc.

- Perforación.- es la pérdida de sustancia en forma de ojal que abarca todas las capas de un sector topográfico determinado, estableciendo comunicaciones entre dos cavidades vecinas. En boca se vé casi exclusivamente en el paladar. Estas se pueden dar en: goma sífilítico, en granuloma maligno medio facial o granuloma gangrenoso, en papilomatosis florida, granuloma eosinófilo de hueso y por extracción de piezas dentarias, y epitelomas, en reticulosis destructiva y sífilis tardía.

- Cavidad.- cuando la pérdida de sustancia es grande-

y alcanza los maxilares pero no llega a comunicar boca y seno maxilar y/o fosas nasales, la denominamos cavidad.

En síntesis, la cavidad sería una pérdida de sustancia terebrante, no intrecomunicante o una depresión en forma de hoyuelo. Las causas de la cavidad pueden ser: por granulóma eosinófilo del hueso, en todas las necrosis de la mucosa que llegan al hueso (como radionecrosis, cáncer, etc.), en la papilomatosis florida.

#### B. MACULA.

La mácula no es más que una mancha secundaria.

Las lesiones con contenido líquido, las pápulas y las inflamaciones superficiales, en ocasiones dejan secundariamente una mancha pigmentaria melánica o reitematosa.

#### C. ESCAMA.

La escama como lesión secundaria puede verse en la etapa final de procesos inflamatorios acompañando a otras lesiones elementales primitivas. Una descamación circundencial o en collarete puede ser secundaria a ampollas.

#### D. COSTRA.

La costra es la desecación de una secreción patológica o de un líquido (serosidad, pus, sangre, detritus). Casi siempre se extrae con facilidad pero suele sangrar la superficie que recubre.

Las costras se clasifican en:

- Hemáticas (procesos o enfermedades hemorrágicas o -

ampollas hemorrágicas).

- Serosas (eczema).
- Serohemáticas (eczema y eritema polimorfo).
- Purulentas (pústulas); seropurulentas (impétigo).
- Necrobióticas (neurobiosis).
- Melicéricas (impétigo estreptocócico, aspecto de miel desecada).

Es importante reconocer el tipo de una costra porque nos orienta sobre la lesión previa. A veces recubre lesiones tumorales malignas y benignas como en: granulomas piógenos dando la apariencia de queratosis, pero su desprendimiento fácil permite la diferenciación.

#### E. CICATRIZ.

La cicatriz subsigue por lo general a una ulceración o úlcera aunque a veces pueden producirse sin que existan pérdidas de sustancias, por procesos que desorganicen el corion. Pueden ser de tipo escleroso ó atrófico según exista o no fibrosis. En las cicatrices las fibras elásticas y los anexos glandulares desaparecen o disminuyen. Las papilas corionicas también desaparecen y el epitelio atrófico puede estar tapizado con zonas hiperqueratósicas.

Las cicatrices se clasifican en:

- 1- Estéticas ( lisas, no adheridas).
- 2- Viciosas, o inestéticas.
  - irregulares, - retráctiles (con deformaciones por tracción y bridas). - queloides. - hipertróficas. - atróficas. - anodérmicas ( papilomatosas).

Las cicatrices son vulnerables a los agentes exógenos por su mala vascularización (infecciones frecuentes) y pueden degenerar en cáncer. Las cicatrices pueden aparecer en la sífilis hereditaria, en las esclerodermias, síndrome de Sjögren, en la porfiria ampollar y erosiva del adulto, en la escrófula, en blastomicosis sudamericana, en atrofi-  
as de encías y paladar duro, en las leishmaniasis cutáneo-  
mucosa americana, la aftosis, en traumatismos protésicos, en el lupus eritematoso crónico, el líquen rojo plano, en el tratamiento radiante de los epitelomas.

#### F. LIQUENIFICACION.

La liquenificación es una lesión caracterizada por aumento de los pliegues cutáneos y del espesor de la piel. Es hiperpigmentada y tiene aspecto de un embaldosado. Es provocada por el rascado de lesiones pruriginosas. Se desarrolla por lo general, sobre una lesión previa de carácter --  
eczematoso, por lo que se asocia con costras, escamas y escoriaciones. En las lucitis crónicas de la cara, el labio superior adopta este aspecto semiológico.

#### G. INDENTACION.

Es la marca de las piezas dentarias que dejan en la -  
mucosa bucal. En las zonas donde se localizan las indenta-  
ciones principalmente son:

- en la lengua, en casos de pénfigo vulgar o en in---  
fecciones crónicas (histoplasmosis, blastomicosis y en mu-

croglorias, viendose en la lengua depresiones muy juntas - entre sí que son calcos de las piezas dentarias.

- en la mucosa yugal, que se dá en casos de edema de cualquier naturaleza. En ocasiones las piezas dentarias -- con grandes coronas o en malposición son causas de indentación.

- en labios engrosados o malas oclusiones también se prestan para que las piezas dentarias dejen su marca.

- en casos de contracción muscular de los maseteros y en las bruxomanías la mucosa yugal y labios son afectados.

## CAPITULO IX

ALGUNOS PADECIMIENTOS SISTEMICOS QUE REPERCUTEN EN LA  
MUCOSA BUCAL

## A. AVITAMINOSIS.

La palabra vitamina son compuestos orgánicos potentes presentes en concentraciones pequeñísimas en los alimentos tienen funciones específicas y vitales en las células y tejidos del organismo. El organismo no las sintetiza, y su ausencia o absorción inadecuada produce enfermedades carenciales o avitaminosis específicas. Las vitaminas se agrupan según su solubilidad en: Liposolubles (solubles en grasa) y las Hidrosolubles (solubles en agua).

La Avitaminosis.- se denominan así las enfermedades producidas por la carencia o gran escasez de vitaminas en la alimentación.

El tratamiento de todas las enfermedades producidas por la carencia de vitaminas o avitaminosis es la administración de la vitamina ausente.

## VITAMINAS LIPOSOLUBLES.

1.- Vitamina "A".- La vitamina A se necesita para la conservación adecuada de los epitelios y el funcionamiento adecuado del órgano de la visión. Por lo tanto en la deficiencia de ésta, se pueden observar diferentes trastornos como: metaplasia queratinizante de las células epiteliales, puede producir xeroftalmía, queratosis, nictalopía (ceguera nocturna), hemeralopía (ceguera diurna), disminuye la resistencia a las infecciones, espe-

cialmente de las vías respiratorias y genitourinarias, sufre alteraciones en el sistema nervioso, perturbaciones -- del crecimiento, forma y textura del hueso, piel aspera y seca escamosa caracterizada por hiperqueratosis folicular, e hiperqueratosis en la mucosa bucal.

2.- Vitamina "D".- Si es insuficiente la vitamina D, para cubrir las necesidades de los niños aparecerá el raquitismo. Y en el adulto si la dosis, no es satisfactoria aparecerá un transtorno llamado Osteomalacia.

3.- Vitamina "E".- No se ha demostrado su relación -- con síndrome específico alguno en el humano, pero muchos -- médicos piensan que se necesita, a pesar de que no se conoce su utilización en el cuerpo.

4.- Vitamina "K".- Esta vitamina se necesita para la producción adecuada de protrombina por parte del hígado, y de éste modo, para la coagulación satisfactoria de la sangre. Esta vitamina , a semejanza de la vitamina C se em--plea para corregir problemas en que aparece sangrado. No -- guarda relación alguna con enfermedad específica, sin em--bargo, aparecen hemorragia, petequas y equimosis. La hemorragia gingival es la manifestación más común de su deficiencia.

#### VITAMINAS HIDROSOLUBLES.

A.- Complejo "B".- son hidrosolubles y no constituyen una entidad química, sino que forman un complejo integrado por diversas vitaminas con distinta acción fisiológica. Las células no las contienen libres, sino vinculadas a los cuerpos protéicos. El complejo B lo forman: la Vitamina B<sub>1</sub> ó -

Tiamina, Riboflavina ó B<sub>2</sub>, Piridoxina ó B<sub>6</sub>, Cobalamina ó B<sub>12</sub>, Ac. Nicotínico. ó Niacina, Ac. Pantoténico, Biotina, - Piridoxina ó B<sub>6</sub>, Ac. Fólico.

1.-Vitamina B<sub>1</sub> ó Tiamina.- Es importante para el metabolismo de los hidratos de carbono. La deficiencia de ésta produce el Beri-beri; se caracteriza por parálisis, síntomas cardiovasculares y pérdida del apetito. Las alteraciones bucales que se atribuyen a la deficiencia de tiamina son: hipersensibilidad de la mucosa bucal, vesículas pequeñas ( que simulan herpes) en la mucosa bucal, debajo de la lengua o en el paladar; y erosión de la mucosa bucal.

2.-Vitamina B<sub>2</sub> ó Riboflavina.- La deficiencia de esta vitamina provoca degeneración y la inflamación de mucosa labial llamada queilosis o estomatitis angular; en la deficiencia leve, hay glositis que comienza con sensibilidad e irritación de la punta. Las papilas filiformes se atrofian, las fungiformes permanecen normales ó se tornan tumefactas y con aspecto de hongo, lo cual dá a la lengua aspecto rojizo, grueso y granular. En casos avanzados, la lengua es lisa y brillante. A veces la lengua tiene un color magenta. Además aparece la palidez de los labios, esta palidez avanza originando queilosis en forma de fisuras donde más tarde forman una costra amarilla. Debido a la descamación del epitelio se toman los labios de color rojos brillantes. Las lesiones dejan cicatrices al curar.

3.-Vitamina B<sub>6</sub> ó Piridoxina.- Es un complejo de tres sustancias relacionadas: piridoxina, piridoxal, y piridoxamina. En la deficiencia de ésta existe quei-

losis angular bilateral, glositis, edema de la lengua, atrofia de las papilas, color púrpúreo en la lengua y malestar.

4.-Cianocobalamina ó B<sub>12</sub>.- En la deficiencia de ésta en su forma más grave origina una anemia perniciosa macrocítica con médula ósea megaloblástica, inflamación y atrofia de la lengua, de la mucosa bucal. En la anemia perniciosa aparecen úlceras linguales, a veces existe blanqueamiento de las encías así como queilosis.

5.-Niacina.- ó Ac. Nicotínico, factor antipelagra ó PP.- Es importante para la oxidación intracelular. La deficiencia de esta vitamina produce la pelagra (piel áspera), que se caracteriza por dermatitis, trastornos gastrointestinales, trastornos neurológicos y mentales.

La glositis y la estomatitis, son los primeros signos de la pelagra. En la forma aguda hay hiperemia de la lengua, agrandamiento de las papilas e indentación del margen, es de color rojo la lengua y dolorosa, con ardor (glosopirosis). En la forma crónica, la lengua está fisurada y adelgazada, con surcos y atrofia de las papilas. El hallazgo más frecuente es la gingivitis ulceronecrotizante aguda, en áreas de irritación local.

6.-Ac. Pantoténico.- Las alteraciones que causa las deficiencias del ácido pantoténico se identificaron en animales, pero no en personas; se desconocen las necesidades de esta vitamina.

7.-Biotina.- su deficiencia en los seres humanos produce una dermatitis descamativa, palidez de la mucosa y de la piel, letitud, cansancio muscular, anorexia y alteraciones en el color de la superficie de la lengua.

8.-Ac.Fólico.- Ó ac. pteroilglutámico, la deficiencia de ésta, produce anemia macrocítica con médula ósea megaloblástica, lesiones gastrointestinales, diarrea y lesiones bucales como: estomatitis generalizada, -- queilosis, queilitis y glositis. La mucosa oral está enrojecida y dolorosa y puede presentar ulceraciones.

B. Vitamina "C".-Ó ac. ascórbico, es una sustancia hidrosoluble esencial para el mantenimiento de la sustancia fundamental de todos los tejidos conectivos. Si la deficiencia de ésta, es grave, se produce el escorbuto, es una enfermedad rara, yá que se tarda de 4 a 6 meses para que los tejidos queden desprovistos de su contenido de vitamina C, se caracteriza por lesiones purpúricas, disminución de la capacidad de cicatrización, resorción ósea, etc.

En boca hay petequias y equimosis de la mucosa bucal, la encía interdental y marginal es rojo brillante, hinchada y lisa. En el escorbuto plano la encía es fofa, se ulcera y sangra. El color vira hacia un rojo violáceo. En niño las coronas de los dientes se cubren por el tejido agrandado. En los casos de escorbuto agudo o crónico las úlceras gingivales presentan microorganismos y los pacientes tienen mal aliento.

## B. ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS.

Las diversas discracias sanguíneas presentan expresiones clínicas polimórficas, una de las cuales es la lesión o lesiones constantes en las estructuras bucales. Las manifestaciones bucales como regla general, son más evidentes \*

en los tejidos blandos de la boca y consisten en agranda--  
mientos, ulceraciones y hemorragia. Estas manifestaciones  
pueden aparecer antes, después ó junto con los síntomas de  
la enfermedad. Los trastornos hematológicos se agrupan se  
gún el tipo de célula afectada como son:

a) En ERITROCITOS.

1-Anemia.- Que se caracteriza por una deficiencia de  
eritrocitos y hemoglobina. La anemia puede ser consecuen--  
cia de la pérdida de sangre, formación defectuosa de san--  
gre por deficiencia de proteínas, hierro o vitaminas- por  
depresión de la actividad de la médula ósea por acción de  
toxinas, etc., y por causas desconocidas. Las diferentes -  
formas de anemia que presentan lesiones bucales de tejidos  
blandos son:- Anemia Ferropénica, - Anemia perniciosa, - A  
nemia aplástica, - Talasemia, - Esprue.

2-Policitemia.- Es un aumento anormal de hematíes en  
sangre periférica, por lo general con aumento del nivel de  
hemoglobina. Existen tres tipos de policitemia: relativa,  
primaria o eritremia, de etiología desconocida y policite-  
mia secundaria originada por anoxia de la médula ósea o la  
producción de un factor estimulante de la eritropoyesis.

En la policitemia observamos que la mucósa es de co--  
lor rojo violáceo intenso, la encía está congestionada e -  
hinchada y sangra con facilidad, hay petequias submucosas  
así como equimosis y hematomas.

b) En LEUCOCITOS.

1- Leucopenia.- es la disminución de leucocitos en -  
el torrente sanguíneo. Existen varios tipos de leucopenias  
como son: - Agranulocitosis,- Neutropenia Cíclica,- Síndro

me de Chediak-Higashi.

2- Leucocitosis.- que es el aumento anormal de la cantidad de leucocitos circulantes. Hay varios tipos de leucocitosis, pero las más importantes son: - Mononucleosis Infecciosa,- Leucemia( mieloide, linfoide, monocítica).

c) En PLAQUETAS.

1- Púrpura.- se define como una coloración violácea de la piel y mucosas debido a la extravasación espontánea de sangre, y en sí, es un síntoma y no una entidad patológica. Hay muchas causas de púrpura y sus manifestaciones son muy diversas. Las plaquetas son importantes en la coagulación y si son escasas y defectuosas, pueden originar la púrpura. Cuando hay fragilidad capilar también aparece la púrpura. La púrpura se clasifica en: - Púrpura Trombocitopénica que se debe a cambios en las plaquetas y la - Púrpura no trombocitopénica debida a la fragilidad capilar.

d) En FACTORES SANGUINEOS ESPECIFICOS.

1- Hemofilia.- ó enfermedad de reyes, ó hemorrágica. - Se caracteriza por un tiempo de coagulación prolongado y tendencias hemorrágicas. Esta es hereditaria. Esta se dá sólo en hombres siendo el transmisor las mujeres. La hemorragia en la boca es frecuente. El menor procedimiento quirúrgico(extracciones) pueden producir la muerte por desangrado.

2- Macroglobulinemia.- de Waldstrom, no es específicamente una enfermedad de un factor sanguíneo pero se incluye aquí debido a su tendencia hemorrágica. Su etiología es desconocida. Las lesiones bucales consisten en hemorragia gingival espontánea, con salida continua de sangre, ú

ceras sangrantes en lengua, paladar, mucosa vestibular ó encías, y hemorragia prolongada después de extracciones.

### C. ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS.

1.- Líquen Plano.- ó líquen rojo plano. Es una enfermedad inflamatoria de la piel y la túnica mucosa, de etiología desconocida. Se caracteriza por, pápulas raiantes blancas ó grisáceas, aterciopeladas y filiformes, que forma placas con aspecto de encaje, ó reticulares, anillos y - bandas en mucosa vestibular, en labios, lengua y paladar. Cuando se forman ampollas, se revientan y forman erosiones rojas brillantes. Además de la forma habitual del líquen se presentan formas arpollosas, atróficas e hipertróficas.

2.- Pénfigo.- Es una enfermedad eutánea aguda ó crónica de la piel, que por lo general presenta lesiones bucales. Se describen varias formas de pénfigo: vulgar, vegetante, foliáceo y eritematoso.

3.- Pénfigo benigno de la mucosa.- ó penfigoide, es una enfermedad vesículoampollar de etiología desconocida. Presenta lesiones bucales, en la piel, ojos, genitales, -- etc. Las lesiones más constantes son en la encía. Las lesiones mucosas son vesículoampollar que duran 24 a 48 horas antes de romperse y descamarse. Al romperse dejan erosión viva y sangrante.

4.- Eritema Multiforme.- ó Síndrome de Stevens-Johnson. Es una enfermedad dérmica aguda de etiología desconocida y manifestaciones cambiantes. Las lesiones se presentan en piel, mucosa bucal, conjuntiva y mucosa genital.

Las lesiones producen dolor y molestias y consisten - en máculas rojas que se transforman en vesículas, ampollas y úlceras.

5.- Lupus eritematoso.- Es muy común de etiología desconocida. Se le clasifica en dos grupos: diseminado y discoides crónico. En la lengua, la enfermedad se manifiesta - en áreas circunscritas, lisas, enrojecidas en donde se - pierden las papilas. Al comienzo de la enfermedad los labios se hinchan y son de color rojo-azulado y prominentes. Las lesiones labiales se cubren de escamas y costras, que al retirarlas se producen hemorragias de la superficie viva, que además van a dejar cicatrices.

6.- Esclerodermia.- llamada enfermedad de la piel fija da. Se caracteriza por la induración de la piel y fijación de la epidermis a los tejidos subcutáneos más profundos. La lengua es la parte que es más afectada seguida de la mu cosa bucal y encía, afectandose también el paladar olando y la laringe. Los labios son delgados, rígidos y parcial-- mente fijos, lo que produce microstomía. Hay distagia, sen sación de asfixia, incapacidad de abrir y cerrar la boca y dificultad para respirar.

7.- Dermatitis herpetiforme.- Es una enfermedad recu rrente crónica benigna, rara, de etiología desconocida. En la cavidad bucal se observan vesículas y ampollas que se - rompen rápidamente para dejar zonas de ulceración en cual- quier sitio intraoculal.

8.- Psoriasis.- Es una dermatosis crónica bastante co mún, en la cual rara vez se manifiestan lesiones en la ca- vidad bucal. Se describen como placas grises o blanco-ama-

rillentas.

9.- Queratosis Folicular.- Llamada enfermedad de Darier, enfermedad de Drier-White. Es una genodermatosis transmitida como característica dominante autosómica. Las lesiones bucales son minúsculas pápulas blanquecinas que se perciben ásperas a la palpación. Se encuentran con frecuencia en la encía, lengua, paladar blando y duro, mucosa vestibular y faringe.

10.- Disqueratoma Verrucoso.- ó enfermedad folicular aislada. Guarda similitud histológica con la queratosis folicular, pero ésta es aislada. Las lesiones bucales son raras pero se dan, y son como pequeñas zonas blanquecinas de la mucosa con una depresión central, localizadas en apófisis alveolar y paladar.

11.- Disqueratosis Congénita.- Es una genoqueratosis rara, que probablemente se hereda como característica receptiva. La enfermedad presenta tres síntomas característicos que son: leucoplasia bucal, distrofia de unas y pigmentación de la piel.

12.- Disqueratosis intraepitelial hereditaria benigna, Esta enfermedad es similar al nevo blanco esponjoso, por su pauta hereditaria. Las lesiones bucales son blancas, esponjosas, maceradas con pliegues o sin ellos y se localizan en la mucosa. Las lesiones abarcan las comisuras bucales y aparecen como placas blandas con elevaciones puntiformes cuando la mucosa está estirada.

## D. ENFERMEDADES DE TIPO VIRAL.

1.- Síndrome de Behcet.- es de etiología incierta, se dice que es producida por un virus o por organismos semejantes a los de la pleuroneumonía. Se caracteriza por alteraciones bucales y genitales, lesiones oculares y cutáneas. La primera manifestación es la aparición de las lesiones bucales que son dolorosas y de aspecto similar a las úlceras aftosas recurrentes.

2.- Herpangina.- ó faringitis aftosa. es una enfermedad infecciosa causada por el virus Coxsackie grupo A. Se observa más en niños con fiebre, dolor de garganta, cefalea, vómitos, etc.,. En los pilares anteriores de las fauces, paladar duro y blando, y lengua, se observan úlceras con una base gris y periferia inflamada, éstas úlceras se acompañan de vesículas de poca duración.

3.- Sarampeón.- ó moroillia. Es infección cutánea viral aguda y contagiosa, que afecta principalmente a niños. Se caracteriza por fiebre, tos, conjuntivitis, fotofobia, lesiones eruptivas de la piel y mucosa bucal. Las lesiones bucales suelen presentarse 2 ó 3 días antes de la erupción cutánea. Las lesiones bucales son pequeños puntos irregulares de color rojo vivo; en el centro de cada punto se observa una manchita blanca azulada; al comienzo puede haber sólo de 2 a 6 manchas de Koplik, que después se hacen incontables. Al final del primer día de exantema pueden abarcar toda la mucosa bucal y labial; las áreas rojas se funden y forman un fondo eritematoso difuso salpicado de gran número de elevaciones de color blanco azulado, del ta

maño de la punta de un alfiler, en ese período las manchas de Koplik parecen granos de sal espolvoreados en un fondo rojo; para el final del segundo día de exantema, las manchas han comenzado a desaparecer, y al terminar la mucosa al tercer día tiene aspecto normal. También puede haber inflamación generalizada, tumefacción y ulceración de encías paladar y garganta.

4.- Rubéola.- ó sarampeón alemán. Es causada por un virus filtrable. Aquí no aparecen las manchas de Koplik, y las mucosas de la boca no están inflamadas, aunque a veces las amígdalas están tumefactas y congestionadas y pueden aparecer máculas rojas en el paladar.

5.- Verruga vulgar.- Es causada por un virus, y el período de incubación es de 6 semanas hasta 1 año, constituye una lesión cutánea básicamente; pero puede presentarse en cavidad bucal, sobre todo en labios y paladar. Clínicamente la verruga vulgar es una lesión sésil y blanda, -- con forma de coliflor, de sólo pocos mm. Las lesiones pueden desaparecer, ó tratarlas con nitrógeno líquido.

6.- Herpes Zoster.- ó Zona. Es una enfermedad viral infecciosa aguda muy dolorosa. Se caracteriza por la inflamación de los ganglios de la raíz dorsal, y los nervios craneales extramedulares, junto con erupciones vesiculares de la piel y membranas mucosas en las zonas inervadas por los nervios sensoriales afectados. Es causado por el virus neurotrópico varicela zoster. Esta enfermedad aparece en -- cara, por infección del nervio trigémino. Las lesiones de mucosa bucal son muy comunes, y es factible que hayan vesículas muy dolorosas en mucosa vestibular, lengua, úvula, -- farínge, y larínge. Estas vesículas suelen romperse y de--

jar zonas erosionadas. Uno de los rasgos característicos, de la enfermedad que se genera en cara ó en cavidad oocal, es la unilateralidad. Es típico que las lesiones, cuando -- son grandes, se extienden hacia la línea media y se detengan ahí.

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

1.- Al estudiar cada una de las lesiones primarias, nos hemos dado cuenta que de éstas sí se derivan las lesiones secundarias, logrando su identificación y diferenciación de cada una de ellas.

2.- También se observó, que uno de los inconvenientes de las lesiones primarias radica, en que varios de éstos no se logran ver, yá que según en la zona que se encuentran y la fuerza que se ejerza en ella, hace que éstas desaparezcan y sólo dejen ver como consecuencia una lesión secundaria, en donde nosotros estamos obligados a saber el proceso ó enfermedad patológicas que la ocasionan y a la vez de qué lesión elemental primaria derivan.

3.- Cuando hicimos referencia de algunos padecimientos sistémicos en la elaboración de éste trabajo y con la ayuda de las diferentes materias como son: anatomía, fisiología, embriología e histología de la mucosa bucal, hemos visto, que éstos padecimientos al estar presentes en el individuo, aparte de dañar al organismo en general, realmente repercuten en la mucosa bucal y estructuras subyacentes con la aparición de las diferentes lesiones elementales primarias y secundarias, que además de servirnos como signo en la identificación de un proceso patológico, algunas de ellas son muy traumáticas para el individuo, y que van a desaparecer con la terapéutica empleada para cada proceso.

4.- Para concluir, La identificación de éstas lesiones es de fundamental importancia, pues si no se les nota, la enfermedad pasa desapercibida.

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

- 1.- BHASKAR, S.N.  
Patología Bucal 3<sup>ª</sup> Edición.  
Buenos Aires-Argentina, Ed. El Ateneo.
- 2.- CARAMES de Aprile, Esther.  
Anatomía y Fisiología Patológica Bucal.  
Buenos Aires, Ed. El Ateneo.  
1954.
- 3.- DE Angelis, Vincent.  
Embriología y Desarrollo Bucal.  
México, Ed. Interamericana.  
1978.
- 4.- FARRERAS Valenti, P.  
Medicina Interna.  
Barcelona, Ed. Marín.  
1978.
- 5.- GATTI, Juan Carlos.  
Manual de Dermatología. 4<sup>ª</sup> Edición.  
Buenos Aires, Ed. El Ateneo.  
1963.
- 6.- GAY Prieto, José.  
Dermatología. 8<sup>ª</sup> Edición.  
Barcelona-España, Ed, Científico-Médica.  
1976.
- 7.- GRINSPAN, David.  
Enfermedades de la Boca.  
Buenos Aires, Ed. Mundi.  
1970.

- 8.- GIUNTA, John.  
Patología Bucal.  
México, Ed. Interamericana.  
1978.
- 9.- GUYTON, Arthur C.  
Fisiología Humana.  
México, Ed. Interamericana.  
1974.
- 10.- JUNQUEIRA, L.C.  
Histología Básica.  
España-Barcelona, Ed. Salvat.  
1973.
- 11.- L. Moore, Keith.  
Embriología Básica.  
México, Ed. Interamericana.  
1976.
- 12.- MEYERS, Frederick H.  
Manual de Farmacología Clínica.  
Ed. El Manual Moderno.  
1980.
- 13.- M. Pillsbury, Donald.  
Manual de Dermatología.  
La Habana-Cuba, M.V. Presneda.  
1947.
- 14.- ORBAN Balint, J.  
Histología y Embriología Bucales.  
La Prensa Médica Mexicana.  
1981.

- 15.- Odontología Clínica de Norteamérica.  
Correlaciones entre Enfermedades Bucales y Sistémicas.  
Ed. Mundi. Serie II Volumen 5.  
1960.
- 16.- PINDBORG, Jens Jorgen.  
Pathology of the Dental Hard.  
Philadelphia, Saunders.  
1970.
- 17.- SHAFER, Williams G.  
Tratado de patología Bucal.  
México, Ed. Interamericana.  
1977.
- 18.- THOMA, Kurt Herman.  
Patología Oral.  
Barcelona, Ed. Salvat.  
1973.
- 19.- VELAZQUEZ, Tomás.  
Patología Dental y Bucal.  
La Prensa Médica Mexicana.  
1966.
- 20.- V. Zegarelli, Edward.  
Diagnóstico de Patología Oral.  
Barcelona-España, Ed. Salvat.  
1972.
- 21.- W. Ham, Arthur.  
Tratado de Histología. 6<sup>a</sup> Edición.  
Ed. Interamericana.
- 22.- WALTER, John Brian.  
Pathology for Dental Students.

- 23.- REVISTA, Oral Surgery, Oral Medicine.  
Oral Pathology.  
Volúmen 29 . 1970.
- 24.- REVISTA, Práctica (odontológica).  
Volúmenes 2 y 3, Números 6 y 3.  
1981-1982.
- 25.- REVISTA, Prensa Médica Mexicana.  
Volúmen I , Números 1 a 4.  
1979 a 1980.
- 26.- REVISTA, Prensa Médica Mexicana.  
Volúmen I, 1982.

## I N D I C E .

	Pag.
I N T R O D U C C I O N .....	1
CAPITULO I. ANATOMIA DE LA CAVIDAD BUCAL.....	4
CAPITULO II. EMBRIOLOGIA DE LA MUCCOSA DE CAVIDAD ORAL.....	8
CAPITULO III. HISTOLOGIA DE LA MUCCOSA ORAL.....	16
A. Clasificación de la mucosa bucal....	19
CAPITULO IV. FISIOLOGIA DE LA MUCCOSA BUCAL.....	28
CAPITULO V. CARACTERISTICAS CLINICAS NORMALES DE LA MUCCOSA ORAL.....	30
CAPITULO VI. CARACTERISTICAS CLINICAS PATOLOGICAS DE LA MUCCOSA DE LA CAVIDAD ORAL.....	38
CAPITULO VII. LESIONES PRIMARIAS DE LA MUCCOSA ORAL...	42
A. Mancha.....	42
B. Pápula.....	45
C. Vesículas y Ampollas.....	46
D. Pústulas.....	47
E. Tubérculos.....	48
F. Nódulos.....	49
G. Escamas y Queratosis.....	49
H. Vegetaciones, Verrugosidades y Papi- lomas.....	51
CAPITULO VIII. LESIONES SECUNDARIAS DE LA MUCCOSA ORAL.	54
A. Soluciones de Continuidad.....	54
B. Mácula.....	57
C. Escama.....	57
D. Costra.....	57
E. Cicatriz.....	58

F. Liquefacción.....	59
G. Indentación.....	59
CAPITULO IX. ALGUNOS PADECIMIENTOS SISTEMICOS QUE REPERCUTEN EN LA MUCCOSA BUCAL.....	61
A. Avitaminosis.....	61
B. Enfermedades Hematológicas.....	65
C. Enfermedades Dermatológicas.....	68
D. Enfermedades de Tipo Viral.....	71
C O N C L U S I O N E S.....	74
B I B L I O G R A F I A .....	75
I N D I C E .....	79