

29
1



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**Escuela Nacional de Estudios Profesionales
"Zaragoza"**

**MANIFESTACIONES CLINICAS ORALES DE
ALGUNAS ENFERMEDADES DE LOCALIZA-
CION CUTANEOMUCOSA**

T E S I S

Que para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a

HILDA ERENDIRA ARCOS SANTOS



México, D. F.

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	PAGINA
INTRODUCCION,	
PROTOCOLO.	1
Fundamentación de la elección del tema.	2
Planteamiento del problema.	3
Marco conceptual o teórico	4
Objetivos.	6
Hipótesis.	7
Material y Método.	8
Cronograma de actividades.	11
Bibliografía	13

CAPITULO I

Desarrollo, Conocimientos Básicos	15
Bibliografía	31

CAPITULO II

Estudio Clínico	33
Bibliografía	43

CAPITULO III

Enfermedades predominantes vesiculoampollares de localización cutaneomucosa, generalidades.	45
------------------------------------------------------------------------------------------------	----

	PAGINA
Bibliografía.	54

CAPITULO IV

Pénfigos, Pénfigo Vulgar o Crónico.	56
Pénfigo Vegetante	72
Pénfigo Foliáceo o de Cazenave	76
Pénfigo Brasileño (Fogo Selvegem o Pénfigo Sudamericano).	79
Pénfigo Eritematoso, Pénfigo Seborreico o Pénfigo de Senear-Usher.	81
Bibliografía	83

CAPITULO V

Penfigoides, Enfermedad de Duhring (forma vulgar o verdadera) o Dermatitis Herpetiforme.	85
Penfigoide benigno de mucosas (Lever) o Dermatitis ampollar mucosinequante y atrofian te (Lortat Jacob)	90
Penfigoide ampollar (Lever) o Parapénfigo de Prakken y Woerdeman	96
Bibliografía	99

CAPITULO VI

Eritema Multiforme o Polimorfo	101
--------------------------------	-----

	PAGINA
Síndrome de Stevens-Johnson	108
Bibliografía	112
RESULTADOS.	113
CONCLUSIONES.	114
PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES.	116
ALTERNATIVAS.	118
ANEXOS.	119
Bibliografía	128
BIBLIOGRAFIA GENERAL	129

INTRODUCCION.

Por lo general, la mayoría de los profesionistas ven con cierto desdén, las enfermedades que afectan a la piel y a la mucosa oral a pesar de la frecuencia con que se presentan en el consultorio estomatológico; no obstante que estos órganos son superficiales, se encuentran más a la mano para ser explorados; sus alteraciones no se pueden desligar de los procesos biológicos y de otros trastornos del organismo.

La accesibilidad que se tiene a la piel y a la mucosa bucal para su estudio, favorece en gran medida su conocimiento, pero también es necesario que el profesionista conozca la intimidad del proceso y la relación que pueda tener con todo el organismo, para que de esa manera el tratamiento sea lo más apegado posible a su naturaleza.

El diagnóstico de las enfermedades cutáneas está a la vista, por tener la ventaja de ser reconocida por el profesionista odontológico a la entrada misma del paciente; pero esto no quiere decir que no se deba hacer el interrogatorio, el cual será orientado y conducido para corroborar el diagnóstico presuncional que ha establecido el profesionista.

Muchas veces las lesiones cutáneas revelan el diag

nóstico de un proceso interno, el cual debe ser valorado --
adecuadamente por el estomatólogo para que éste resuelva el
problema satisfactoriamente.

Debido a la confianza que deposita en nuestras ma-
nos cada paciente que tratamos, debemos de esmerarnos al es
tudirlo íntegramente. para poder comprender su problema, -
que muchas veces se toma como insignificante pero que para
el enfermo es grande; por tal motivo el odontólogo debe re-
solver estos trastornos de acuerdo a sus limitaciones sin -
producir un daño mayor al paciente.

Existe relación entre la piel y la mucosa oral, ya
que presentan una gran similitud con algunas variantes en -
su estructura.

No hay una manera del todo aceptada de clasificar-
las enfermedades dermatológicas, sin embargo, es posible se
pararlas en varios grupos para su mejor comprensión según -
la similitud que presentan, dentro de las cuales, encontra--
mos las lesiones vesiculoampollares todas de interés para -
el odontólogo.

Los principios básicos y los lineamientos genera--
les del contenido del presente trabajo de investigación com
prenden las enfermedades vesiculoampollares adquiridas de -
localización cutaneomucosas; abarcan una serie de procesos-

que deben ser analizados por el estomatólogo.

La información está basada en las características de las lesiones, estudios histopatológicos, manifestaciones clínicas, su etiología y evolución; los detalles clínicos antes mencionados son elementos muy útiles para poder establecer un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento adecuados.

En esta investigación se incorpora material escrito e ilustraciones, estos últimos van a ser empleados como material auxiliar para aclarar las descripciones escritas.

P R O T O C O L O

TITULO DEL PROYECTO.

Manifestaciones clínicas orales de algunas enfermedades -
de localización cutaneomucosa.

AREA ESPECIFICA DEL PROYECTO.

Enfermedades predominantemente vesiculoampollares de loca
lización cutaneomucosa.

PERSONAS QUE PARTICIPAN.

ALUMNA: Hilda Eréndira Arcos Santos.

ASESOR: Dra. Patricia Uribe.

FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA.

Creo necesario que el presente trabajo de investigación a realizar, sea con la finalidad de obtener y dar a-
conocer la información acerca de las características primor-
diales de algunas enfermedades de origen Dermatológico y la
relación que guardan con la Odontología, para que tales co-
nocimientos los aplique en mi práctica profesional.

Las lesiones de origen cutáneo, muchas veces se -
menosprecian suponiéndose superficiales, a las cuales no se
les da la importancia que se requiere dando como resultado-
un diagnóstico erróneo y tardío.

En términos generales, la piel y la mucosa oral -
pueden considerarse como continuación una de la otra, de --
tal manera que no debe resultar sorprendente que muchas en-
fermedades cutáneas tengan manifestaciones orales, por lo -
que el odontólogo debe familiarizarse con tales lesiones.

El Estomatólogo debe saber que algunas dermatosis
presentan lesiones concomitantes en la mucosa oral, pero --
además, que algunas enfermedades van precedidas de lesiones
bucales, de esa manera estará capacitado para establecer un
diagnóstico de una enfermedad dermatológica antes de que --
aparezcan las lesiones cutáneas.

El presente trabajo de investigación está enfoca-

do exclusivamente a las lesiones vesiculoampollares de localización cutaneomucosas, ya que debe ser de incumbencia tanto para el Dermatólogo como para el Estomatólogo por la gran frecuencia con que se presentan, que en muchos casos suelen ser graves si no se les diagnostica y trata a tiempo, sobre todo que las ampollas son afecciones que difícilmente se conservan intactas en la cavidad oral, por lo general, se observan rotas como consecuencia del traumatismo al que se encuentra sujeto el paciente, debido a las fuerzas de la masticación; por tal motivo, considero que el profesionalista debe conocer más a fondo las características de los trastornos antes mencionados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Qué importancia tiene para el estomatólogo el conocer las enfermedades vesiculoampollares de localización cutaneomucosas y la relación que guardan con el resto del organismo?

MARCO CONCEPTUAL O TEORICO.

La Dermatología, es la rama de la Medicina que se encarga del estudio especializado de las enfermedades de la piel, algunas de estas alteraciones también afectan a la mucosa bucal.

La separación entre la Dermatología y la Odontología a veces es necesaria pero puede llegar a ser exagerada, cada una de las dos especialidades pueden ofrecer gran utilidad.

La piel y la mucosa oral tienen mucho en común -- con algunas diferencias, ambas están integradas por una capa epitelial externa y una base de tejido conectivo, con órganos que se encuentran más a la mano para ser explorados y expuestos a que sufran alteración en su estructura, se les puede considerar como órganos frontera por encontrarse situados entre dos medios diferentes uno interno y el otro -- externo, de tal manera que ofrecen un campo bastante amplio para ser estudiados.

Es muy importante recordar que las lesiones vesiculoampollares tienen ubicación intra o subepitelial con -- contenido líquido, seroso o hemorrágico, estas alteraciones pueden estar cubiertas por un techo o sin él, observándose solamente su piso a causa de la pérdida superficial epite--

lial denominada erosión de la mucosa o ampolla sin contenido, lo que dificulta su reconocimiento.

Estas características son de gran utilidad para el diagnóstico.

OBJETIVOS.

- Determinar la importancia que tiene el conocer algunas de las enfermedades de origen dermatológico en especial las lesiones vesiculoampollares, para el estomatólogo.
- Conocer las características que presentan las ampollas y las vesículas.
- Conocer las diferencias que existen entre las ampollas y las vesículas.
- Mencionar la clasificación de la formación de ampollas.
- Mencionar la clasificación de las enfermedades ampollares.
- Mencionar la etiopatogenia, histología y evolución de los trastornos vesiculoampollares de localización cutaneomucosa.
- Mencionar las manifestaciones clínicas generales, cutáneas y mucosas que presentan las lesiones ampollares.
- Establecer el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento de las lesiones antes mencionadas.

HIPOTESIS.

Las enfermedades vesiculoampollares de ubicación cutaneo mucosas son de particular importancia para el estomatólogo, - por la frecuencia con que se presentan en el consultorio - - odontológico y por la relación que guardan con los procesos biológicos del organismo.

MATERIAL Y METODO.

MATERIAL.

- Recursos Humanos.

Asesora: Dra. Patricia Uribe.

Alumna: Hilda Eréndira Arcos Santos.

Personal Administrativo encargado de los trámites -
de exámenes profesionales de la carrera de
Cirujano Dentista de la ENEP "ZARAGOZA"

Doctores encargados de la revisión del trabajo de -
investigación.

- Recursos Físicos.

Bibliotecas.

Hemerotecas.

Secretaría Técnica de la carrera de Cirujano Dentista.

Secretaría Técnica de exámenes profesionales.

- Recursos Materiales.

Libros.

Revistas.

Ilustraciones.

Fotografías.

Fichas Bibliográficas.

METODO.

El presente trabajo de investigación se llevará a cabo mediante el siguiente procesamiento:

- Recopilación de información por medio de revistas, libros, etc.
- Los criterios de selección de la bibliografía, se basan en los objetivos que se persiguen alcanzar en la presente investigación.
- Traducción de los libros y revistas que sean necesarios.
- Análisis de la documentación bibliográfica con que se cuenta.
- Mención de los siguientes aspectos:
 - Generalidades.
 - Características de las enfermedades.
 - Clasificación.
 - Etiopatogenia.
 - Manifestaciones Clínicas (Cutánea, de la Mucosa Oral y generales).
 - Histopatología.
 - Citología.
 - Diagnóstico.
 - Tratamiento.
 - Pronóstico.
- Criterios de análisis para la elaboración de conclusiones.

nes se basa en los resultados que se obtienen del trabajo de investigación.

- Mención en cada capítulo de la bibliografía que apoya la investigación.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Del 2 de agosto de 1983 al 31 de agosto de 1983.

- 1) Título.
- 2) Índice.
- 3) Introducción.
- 4) Proyecto inicial aprobado por el Consejo de Inves
tigación.

4.1) Fundamentación de la elección del tema.

Del 22 de agosto de 1983 al 11 de septiembre de 1983.

- 4.2) Planteamiento del problema.
- 4.3) objetivos.
- 4.4) Hipótesis.
- 4.5) Material y Método.
- 5) Bibliografía por Capítulo.

Del 12 de septiembre de 1983 al 3 de octubre de 1983.

- 6) Desarrollo.
- 6.1) Consideraciones previas.
- 6.2) Desarrollo del trabajo.
- 6.3) Resultados.

Del 4 de octubre de 1983 al 30 de octubre de 1983.

- 7) Discusión.
- 8) Conclusiones.
- 9) Propuestas y/o recomendaciones

- 10) Anexos (fotografías, cuadros, formas de encuestas, etc.)
- 11) Bibliografía General

BIBLIOGRAFIA.

- 1).- Amado, S.: Lecciones de Dermatología, 9a. ed. Ed. Editor. México 1979. 1-4.

- 2).- Grinspan, D.: Enfermedades de la Boca, Semiología, - Patología clínica y Terapéutica de la mucosa bucal.- Toma II. Ed. Mundi. México 1977. 1301-1302.

- 3).- Shafer, W.: Tratado de Patología Bucal, 3a. ed. Ed. Interamericana. México 1977, 755.

- 4).- Thoma, T.: Patología Oral. Ed. Salvat, México 1980. 734

- 5).- Zegarelli E.: Diagnóstico en Patología Oral. Ed. Salvat. México 1979. 557.

1017-1017

DESARROLLO

CONOCIMIENTOS BASICOS.

La piel y la mucosa oral son órganos que forman parte de un complejo anatómico y funcional ligado a la fisiología y patología de todo el organismo, por esta razón, debemos conocer a estas estructuras en su estado patológico y por ello, revisaremos brevemente lo concerniente a su anatomía, histología y su fisiología.

LA PIEL.

Es la superficie externa del cuerpo, que se encarga de cubrirlo y protegerlo de las influencias perniciosas del medio ambiente, no es como se cree una simple envoltura inerte, sino un órgano complejo que está integrado de terminaciones nerviosas periféricas, toma parte en la regulación corporal térmica y posee propiedades secretoexcretoras y absorbentes.

La extensión de este órgano es variable según sea la talla y la complexión del individuo, esta estructura es continua, lisa, resistente, flexible, elástica, tensa y húmeda.

Se puede considerar que tiene dos caras, la inter

na y la externa que se encuentran sujetas a la agresión del medio ambiente.

La piel está integrada por una porción epitelial de -- origen ectodérmico, "la epidermis", y una porción de tejido conjuntivo de origen mesodérmico, "la dermis". Por debajo de esta estructura encontramos "la hipodermis" que aunque - tiene el mismo origen y morfología de la dermis, no forma - parte de la piel, y solamente se encarga de dar soporte y - unión con los órganos adyacentes.

LA EPIDERMIS.

Está constituida por varias capas que en su con-- junto forman parte del epitelio poliestratificado; las célu las que las originan son los llamados Queratinocitos, las - cuales se van dividiendo terminando con la muerte. Esta úl tima capa se va renovando continuamente, a este proceso se le conoce como Queratopoyesis, que tiene una duración de 21 días.

Las capas de la epidermis o cutícula son:

1. Estrato Córneo.

Está formado por hileras de células muertas, aplanadas, sin núcleo, llenas de una proteína llamada queratina, - esta capa se descama, su grosor está en relación con -

la violencia a que se halla sometida la correspondiente zona.

2. Estrato Lúcido.

Se presenta como una banda traslúcida, homogénea, más delgada en relación a los otros estratos, sus células contienen gránulos de eleidina (sustancia oleosa semejante a la queratina), sin una estructura bien definida.

3. Estrato Granuloso.

A medida que se acercan a la superficie, las células se van aplanando y empiezan a presentar en su interior unos gránulos gruesos, están compuestos de queratohialina, sustancia que se transforma en queratina en sus capas superficiales.

4. Estrato Espinoso o de Malpighi.

Está formado por varias hileras de células poligonales dispuestas en mosaico, el número depende de la región del cuerpo a que corresponda y presenta puentes citoplasmáticos que se encargan de la unión de una célula con la otra dándole cohesión a la epidermis, dejando suficiente espacio entre ellas para la circulación de la linfa que las nutre. Cuando están aisladas, se observan pequeñas espinas. Los estudios hechos han demostrado que cada célula se fija a las próximas en - -

unos puntos llamados desmosomas. Su citoplasma tiene fibrillas diminutas, las cuales corresponden a los desmosomas, que se observan en el microscopio de forma extendida por lo que reciben el nombre de tonofibrillas.

5. Estrato Basal o Germinativo.

Es la capa más profunda que se compone de una sola hilera de células cilíndricas por lo que también recibe el nombre de estrato cilíndrico; sus núcleos son muy basófilos, los extremos de las células presentan proyecciones protoplasmáticas en forma de dientes, las cuales se alojan en depresiones de la membrana y fijan las células a la dermis subyacente. Las células se dividen frecuentemente por mitosis, de esta manera se van reponiendo las que se pierden. A esta capa también se le conoce como estrato germinativo. De trecho en trecho existen células más claras en forma de luna (masson o melanocitos) que se encargan del pigmento de la piel.

LA DERMIS.

Llamada también "Cori6n o Piel Verdadera", es flexible, elástica, rugosa, varía en grosor en las diferentes zonas del cuerpo, está constituida por tejido conectivo, fibras elásticas, vasos sanguíneos, linfáticos y nervios.

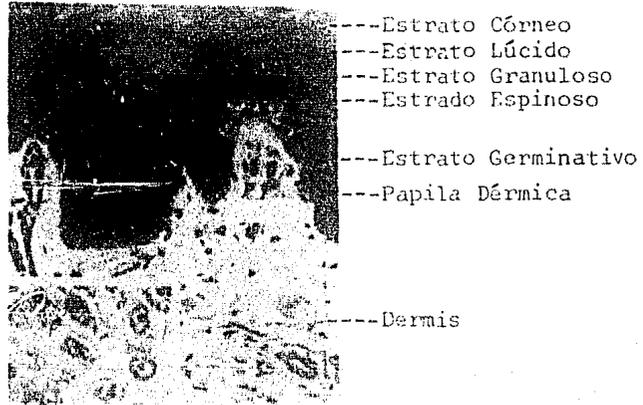


FIG. 1. Histología de la Epidermis. ²
Corte microscópico tomado de la planta de pie.
(Dr. David Gibson.)

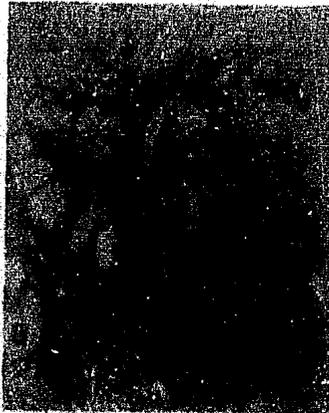


FIG. 2. Histología de la piel normal: E: epidermis, C; estrato córneo, I: procesos interpapilares, P: papilas, D; dermis, S: glándulas sebáceas, B: bulbo piloso, M: músculo erector, G: glándula sudorípara, F: folículo piloso. (tomado de Trap, J.: Histopathologie Koznich Chorob).

Las capas de la dermis son:

1. Estrato Papilar o Cuerpo Papilar del Cori6n.
Está integrada por eminencias vasculares muy sensitivas, es laxa, con fascículos delgados y orientados perpendicularmente a la superficie de la capa.
2. Lámina Reticular o Capa Profunda.
Se compone de tejido conectivo fibroelástico, compuesto de fascículos de colágena, además, existen fibras -- elásticas. En esta capa predominan los fibroblastos -- e histiocitos, en los estratos más profundos encontramos glándulas sudoríparas y sebáceas, pelos o folícu-- los y pequeñas colecciones de células grasas. La su-- perficie profunda de esta capa se mezcla con el tejido adiposo de la fascia subcutánea.

LA HIPODERMIS.

Se encuentra situada por debajo de la dermis profunda, está integrada por células grasas o adipocitos, separados por tabiques de tejido conectivo que forman los l6bulos. Es la capa responsable del deslizamiento de la piel -- sobre las estructuras que le sirven de apoyo.

LA MUCOSA ORAL.

La cavidad bucal está integrada por dos cámaras:

- La cámara anterior o vestíbulo bucal.
Se encuentra limitada en su exterior por labios y mejillas, en su porción interna por las encías y los dientes.

- La cámara principal o cavidad bucal propiamente dicha.
Se encuentra limitada por delante y hacia los lados por las encías y los dientes, en la parte superior por el paladar, en su base por el surco sublingual y la lengua.

Las estructuras antes mencionadas presentan algunas variaciones en su composición, las cuales serán mencionadas posteriormente.

MUCOSA VESTIBULAR.

Está integrada por epitelio y tejido conectivo, que se localiza en la parte inferior de los labios y mejillas, las diferencias entre estas estructuras son mínimas, por tal motivo la descripción que se hace a continuación es aplicable a ambas.

Las capas de la mucosa vestibular son:

1. Epitelio.
2. Tejido Conectivo.

Las capas del epitelio son:

El epitelio de la mucosa vestibular es de tipo es camoso estratificado y no queratinizado. No existe estrato córneo ni lúcido como sucede en la piel.

La capa más superficial de descamación (mudable)- está integrada por células aplanadas, sus núcleos son pequeños y picnóticos; esta área se encarga de proteger el epitelio de las fuerzas abrasivas y del desgaste general.

El estrato germinativo o basal, es la capa más -- predominante que se encarga de separar al epitelio del tejido conectivo.

Las capas del tejido conectivo.

1. Capa Papilar.

Está constituida por clavos epiteliales (papilas). La adherencia firme de esta capa evita la formación de -- pliegues grandes, el aporte sanguíneo no es abundante.

2. Lámina Reticular.

El tejido conectivo de esta capa es de tipo areolar -- laxo, contiene fibras elásticas que se encuentran adheridas al centro del músculo mediante fibras colágenas, tiene particular importancia ya que permite la formación de pliegues pequeños que permiten la flexibilidad y extensión de las mejillas durante la masticación.

No existe una capa muscular definida, ni elástica que separe a los tejidos subepiteliales y profundos de la cavidad bucal, se cree que no hay submucosa.

La densidad del tejido conectivo se ve disminuída por la acumulación de grasa (por el número anormal de los mastocitos). Los acinos o alveolos de las glándulas salivales bucales que se encuentran situadas cerca de la superficie y entre las fibras del músculo estriado, presentan se creciones mucosas, aunque también suelen existir unidades serosas, por tal motivo se consideran glándulas mixtas.

MUCOSA ALVEOLAR.

Se encuentra ubicada en sentido apical a nivel de la unión mucogingival, es de color rosado, el epitelio es delgado y no queratinizado, lo que permite que se puedan observar los vasos sanguíneos superficiales. El tejido conectivo es laxo, lo que permite el libre movimiento, su composición es semejante a la lámina propia vestibular.

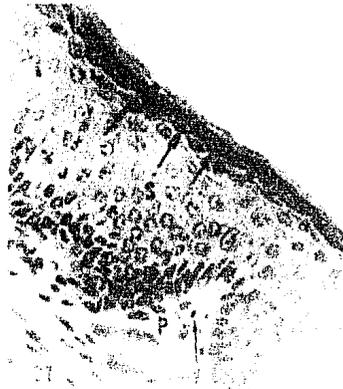


FIG. 3. Zona de transición del labio que muestra tejido conectivo (CT) y epitelio superficial. El epitelio consta de las capas basal (B), espinosa (S), granulosa (flechas), lúcida (L) y córnea (C). Nótese vasos sanguíneos (V) en papila (P).

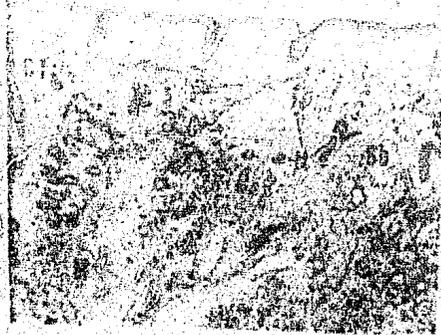


FIG. 4. Histología del labio, que muestra epitelio (E), tejido conectivo (CT) y músculo (M). Dentro del tejido conectivo pueden encontrarse porciones de folículos pilosos (H), glándulas sudoríparas (Sw) y glándulas sebáceas. (Sb).



FIG. 5. Lado bucal del labio. El tejido conectivo de la -
lámina propia (LP) contiene glándulas salivales --
accesorias (MSG) con acinos mucosos y conductos --
excretorios (E) que llegan a un clavo epitelial (P)
Nótense que el epitelio bucal no está queratiniza-
do y muestra capas basal (B) y espinosa (S) y su-
perficie escamosa de descamación (DS).

SURCO SUBLINGUAL.

El piso de la boca también recibe el nombre de -- surco sublingual, éste se continúa con las encías y por la porción posterior inferior (superficie ventral) de la lengua.

El epitelio de esta estructura es similar al del vestíbulo. La membrana basal es delgada, en esta capa no es necesaria la fijación del tejido epitelial y el conectivo.

La capa reticular de este surco, es delgada y difusa, debido a la cantidad reducida de fibras colágenas y al aumento de células grasas; las secreciones de las glándulas sublinguales (mixtas, predominando las mucosas) y submaxilares (predominando las serosas, también son mixtas) se vacían en el surco, el tejido conectivo de este estrato es muy vascularizado y laxo.

MUCOSA VENTRAL DE LA LENGUA.

Esta estructura es muy semejante a la del surco sublingual y al vestíbulo bucal, el epitelio es delgado no queratinizado, los clavos epiteliales son bajos, anchos y en ocasiones no se encuentran presentes.

La membrana basal no está bien desarrollada, el -



FIG. 6. Surco sublingual que muestra epitelio (E) y lámina propia subyacente (LP). El epitelio no está queratinizado y las papilas (P) son pocas. Las células grasas (F) hacen muy difuso al tejido conectivo.

tejido conectivo forma una capa delgada difusa, existen elementos vasculares, linfáticos y nervios.



FIG. 7. Mucosa del vientre de la lengua. El tejido conectivo de la lámina propia (LP) es difuso. Las papilas (P) contienen muchos capilares (flechas). El Epitelio consiste de capas basal (B), espinosa (S) y de descamación (Dq). Clavos epiteliales (Pg) son angostos y cortos. Nótense los núcleos de las células de descamación (flechas en relieve). Esto indica que el epitelio no está queratinizado.

LA ENCÍA.

La encía sana se adapta estrechamente alrededor de los dientes y ocupa cada espacio interproximal entre dientes y superficie de contacto. El punto de unión con la mucosa alveolar se conoce como línea mucogingival.

Se divide en: Encía libre e insertada; entre es--

tas estructuras se encuentra una depresión superficial llamado surco gingival. El reborde de la encía libre recibe el nombre de encía marginal.

Dependiendo de la gravedad de las fuerzas funcionales a la que está sujeto el epitelio, puede tener las características de queratinizado a no queratinizado pasando como paraqueratótico.

El epitelio está integrado por tres capas: germinativa, granulosa y córnea. El epitelio es de tipo escamoso estratificado que se encarga de cubrir al tejido conectivo.



FIG. 8. Epitelio bucal. (A), Epitelio queratinizado de la encía. Se muestra papila de tejido conectivo (P), capa basal (B), capa espinosa (S), capa granulosa (G), y capa córnea (C).

El tejido conectivo de la encía se denomina lámina propia y consta de dos capas.

1. Capa Papilar.

Es subyacente al epitelio, que consiste en proyecciones papilares entre los brotes epiteliales.

2. Capa reticular contigua al periostio del hueso alveolar.

El tejido conectivo fibroso denso de esta estructura se dispone en forma irregular, también existen vasos sanguíneos en esta zona.

La piel y la mucosa oral forman parte de un complejo anatómico y funcional, el cual está ligado a la fisiología y patología de todo el organismo, por tal motivo se debe conocer en su estado normal para poderlo comprender en su estado patológico.

La piel en comparación con la mucosa oral es más gruesa, el estrato córneo que se encuentra en la piel suele estar ausente en la cavidad oral a excepción de la encía y el paladar duro. La Paraqueratosis, el estrato córneo y la ausencia del estrato nucleado, constituyen una regla general de la mucosa oral que la hace diferente de la piel.

La membrana mucosa tiene un tiempo de recambio de 4 días en comparación con la piel.

BIBLIOGRAFIA.

- 1).- Amado, S.: Lecciones de Dermatología. 9a. Ed. Editor México 1979. 5-19.

- 2).- Gray, H.: Anatomía Ed. Salvat. México. 1976. 1047-1057.

- 3).- Junqueira, L. y Carneiro, J.: Histología Básica. Ed. Salvat. México 1977. 312-318.

- 4).- Provenza, V.: Histología y Embriología Odontológicas. 1a. ed. Ed. Interamericana. México 1974. 201-211.

- 5).- Saver, : Dermatología, Enfermedades de la piel. ed. - Ed. Interamericana. México 1979, 1-4

6).- Thoma, T.: Patología Oral. Ed. Salvat. México 1980.734

17071710 II

ESTUDIO CLINICO.

Definición: Es la aplicación de un conjunto de procedimientos propedeúticos que se realizan con el fin de obtener información (datos) acerca del estado de salud del individuo o de un grupo de individuos, que le permiten al profesionalista analizar, sintetizar y elaborar sus conclusiones (diagnóstico) de la información que se obtiene.

El estomatólogo forma parte del equipo que interviene en la salud del individuo, el cual no ha de limitarse al examen sólo de la cavidad oral, sino que tiene que considerarse la totalidad del organismo.

El odontólogo por medio del examen sistemático -- cuidadosamente planificado, que debe hacer al paciente en cada sesión, será capaz de identificar los diversos estados nosológicos que se presenten. Muchas de las afecciones se detectan fácilmente en la primera cita, en cambio otras, manifiestan lesiones con características que sugieren varias entidades patológicas, en tales casos es recomendable obtener más información de estos trastornos para poder establecer un buen diagnóstico. El estomatólogo debe detectar y registrar en algunas formas lo que observa, en ciertos casos enviar el diagnóstico y tratamiento para que este sea confirmado por otros miembros del equipo de salud.

Los trastornos vesiculoampollares de localización

preferentemente cutaneomucosas, pueden provenir de numerosas influencias nocivas que actúan desde el exterior o del interior. Para separar y clasificar las diversas afecciones de este tipo, nos valemos de datos clínicos y estudios complementarios de diagnóstico (reacciones inmunológicas, estudios de laboratorio, exámenes histológicos etc.) que a continuación serán mencionados.

Los métodos generales para la obtención de la información del estudio clínico son: interrogatorio, inspección, palpación, percusión, auscultación, punción exploradora y estudios complementarios de diagnóstico.

Interrogatorio:

(del latín interrogatorius). Son procedimientos de exploración clínica que el médico hace al enfermo por medio del lenguaje. Es una serie ordenada de preguntas que permiten orientar al profesionalista sobre la localización, evolución, estado actual y el desarrollo del proceso patológico.

Antes que nada, se debe establecer la relación -- muy importante médico-paciente, el odontólogo debe inspirar la confianza al enfermo tan necesaria para que éste se restablezca. Al hablar con el paciente, se dirigirá a él con términos populares, nunca con el verdadero significado médico ya que pueden causar confusión en el enfermo. El interrogatorio mal elaborado perjudica la opinión del estomatólogo que provocará dar un diagnóstico y tratamiento erróneos.

ESQUEMA GENERAL DEL INTERROGATORIO.

La historia Estomatológica complementa a la historia médica general en la cual se deben incluir los siguientes aspectos.

Nombre del paciente _____ Edad _____ Sexo _____

Edo. civil _____ Ocupación _____

Dirección _____

Motivo de la consulta _____

Padecimiento actual.

Fecha de aparición _____ Fecha de recidivas _____

Sitios de comienzo _____ Causa aparente _____

_____ Evolución _____ Signos y síntomas _____

Antecedentes personales no patológicos.

Higiene general _____ Tipo de inmunización _____

¿Ha recibido atención odontológica? _____ ¿De qué tipo? _____

En paciente femenino: ¿Esta embarazada? _____

Trimestre _____

Signos vitales.

Temp. A. _____ °C. T. Art. _____ Pulso _____ F. Resp. _____

Antecedentes personales patológicos.

Antecedentes Sistémicos: Nutricionales, Cardíacos, Vasculares, Hepáticos, Renales, Endrocrinos, Respiratorios, Neoplásicos, Mentales, Inmunológicos y Otros _____

Antecedentes Infecciosos: Fiebres eruptivas, Fiebre reumá--

tica, Tuberculosos, Sífilis, Enfs. Micóticas o Virales, - -
Abscesos, Parasitosis y Otras _____

Antecedentes Hemorrágicos: Hemorragias post-quirúrgicas --
prolongadas, Hemofilia, Epistaxis, Melenas, Púrpuras y - -
Otras _____

Antecedentes Alérgicos: ¿Le han administrado penicilina? -

¿Tuvo alguna reacción adversa? _____ ¿Le han admi--
nistrado anestesia local? _____ ¿Tuvo alguna reacción adversa?
_____ ¿Es alérgico a algún medicamento? _____ ¿Es alérgico-
a algún alimento o sustancia? _____

Antecedentes Médicos y Quirúrgicos: ¿Ha estado sometido a-
un tratamiento médico prolongado? _____ Motivo _____

¿Está tomando actualmente algún medicamento? _____

Cuál _____ Uso _____ Base Fam. _____

Tiempo de emp. _____

Examen de Cabeza y Cuello.

Tipo de cráneo _____ Perfil _____ Tez _____

Labios _____ Gang. Linfáticos: ¿Se palpan? _____ En

caso positivo describa _____ Art. Temp. Mand. : - -

Con desplazamiento en función _____ con ruidos

_____ Dolorosa _____ Describa _____

Examen Intrabucal.

Mucosa: Masticatoria _____ Especializada _____

Revestimiento _____

Amígdalas: _____ Istmo de las fauces _____

Orofaringe _____ Glándulas salivales: Parótida _____

Submaxilares _____ Sublinguales _____

Exámenes

Exámenes Estomatológicos _____

Auxiliares de diagnóstico.

- Exámenes radiográficos _____

- Examen de Laboratorio _____

- Interconsulta _____

Oclusión.

Relación de molares: Derechos _____ Izquierdos _____

Relación de caninos: Derechos _____ Izquierdos _____

Relación de Ants. Normal _____ Div. I _____ Div. II _____

Clase III _____ Apiñamiento: Ant. _____

Post _____ Espacios: Ant. _____ Post _____

Línea media: Mand. _____ Maxilar _____

Facetas de desgaste: Incisivos Mand _____ Molares ---

Caninos _____ Tamaño de la lengua _____

Frenillo Maxilar _____ Frenillo Mandibular _____

Frenillo lingual _____ Versiones _____ Higiene --

oral _____ Estado parodontal _____ Dientes ausen--

tes _____ Obturados _____ Con Caries _____

Diagnóstico.

Pronóstico.

Plan de Tratamiento.

Auxiliares de Diagnóstico.

El profesionalista además de haber elaborado adecuadamente la historia clínica, debe practicar algunos estudios complementarios que le permitirán corroborar el diagnóstico presuncional.

Estos estudios consisten en:

- Citología exfoliativa.

Consiste en el examen microscópico de un fragmento de la superficie mucosa o cutánea, que se extiende sobre un portaobjeto y se fija por medio de la llama, para impedir que se caiga al teñirlo con Giemsa.

- Frotis de Tzanck.

El citodiagnóstico de Tzanck es una prueba clásica que permite el estudio de las lesiones por medio de frotis. Es un método de diagnóstico rápido, sencillo y muy útil, que consiste en tomar la cubierta de una ampolla reciente, se extrae el contenido líquido y se raspa la base de la misma, con una espátula. El material obtenido se extiende sobre una laminilla (portaobjeto), se seca con aire y se tiñe con Wright o May-Grunwald-Giemsa.

- Biopsia. (puede ser incisional o excisional).

Al tomar la lesión para realizar la biopsia, se debe tomar parte de estructura sana, en casos de afecciones ampollares que tenga una duración no más de las 24 ho-

ras.

Técnica: Se realiza con un bisturí o un sacabocados, pinzas, material de sutura y anestesia, generalmente - novocaína o xilocaína, (este es el material indispensable - que se requiere) cuando se haga la biopsia en las regiones distales de los miembros debe evitarse el empleo de anestesia con adrenalina, por el peligro de la necrosis que se -- puede producir.

La anestesia debe aplicarse a cierta distancia -- del lugar de la lesión, ya que si atravieza la afección la estructura de la misma puede alterarse.

La incisión debe hacerse en forma de huso, por lo menos 1 cm. siguiendo las líneas de clivage de la piel para que se efectúe una buena cicatrización.

La profundidad debe abarcar hasta el tejido celular subcutáneo y suturar adecuadamente para que se efectúe una buena cicatrización. Cuando se emplea el sacabocados, - no es necesario suturar debido a que se efectúa en lesiones muy pequeñas (de 2 a 6mm. de diámetro).

Manejo de la biopsia: El fragmento se coloca sobre una gasa o papel absorbente para eliminar la sangre y - evitar que se deforme, se coloca en un frasco donde pueda - entrar fácilmente y en donde se ha colocado el fijador. El fijador que generalmente se emplea es el formol al 10% que-

se obtiene mezclando 90 cc. de agua destilada con 10 cc. de formol químicamente puro. La lesión debe permanecer unas 24 horas en el recipiente en el cual fue colocado. Rotularlo - con los siguientes datos: Nombre del paciente, Fecha, Edad, Sexo, descripción, zona de donde fue tomada la lesión e impresión diagnóstica.

- Prueba de Nikolsky.

El signo de Nikolsky se efectúa frotando enérgicamente la superficie de la piel o mucosa; por medio de un instrumento romo o espátula de madera. Esto quiere decir que existe una tendencia de las superficies antes mencionadas a ampollarse al menor traumatismo, en espe- cial en la cercanía de las lesiones.

- Prueba del aire comprimido (Zegarelli).

Se considera como una variedad de la prueba de Nikols- ky, que constituye un método muy fácil de realizar, -- aplicando aire comprimido, ya sea en la mucosa como en la piel. El resultado es positivo si se observa un ligero brillo de los tejidos superficiales, con forma- ción de ampollas. En algunos casos se puede observar - destrucción del epitelio y se denuda.

- Inmunofluorescencia.

Siguiendo la técnica del frotis de Tzanck, en el cual podemos encontrar imágenes fluorescentes típicas, que permiten identificar y localizar al antígeno. El anti ci cuerpo es conjugado con los compuestos fluorescentes, - resultando un trazador sensible con reactividad inmuni

taria inalterable. El antisuero conjugado se añade a las células y se fija con el antígeno formando un complejo inmunitario estable. Cuando se observan los antígenos al microscopio fluorescente, los antígenos fijados a los anticuerpos fluorescentes se pueden detectar en virtud del color brillante del anticuerpo, y finalmente se tiñe.

- Análisis de sangre.

Una fracción de sangre se introduce en una cámara especial para que se examine al microscopio para el cómputo de los elementos de la sangre.

6).- Giunta, J.: Patología Bucal. 1a. ed. Ed. Interamericana. México 1978. 3-9

7).- Norman, T.: Manual de Dermatología. Ed. Salvat. México 1945. 1-29.

Capítulo III

ENFERMEDADES PREDOMINANTEMENTE VESICULOAMPOLLARES DE LOCALI
ZACION CUTANEOMUCOSA.

GENERALIDADES.

Las ampollas y vesículas son lesiones que se presentan con mucha frecuencia en el escenario odontológico, - por lo tanto, deben ser diagnosticadas y tratadas a tiempo. Son levantamientos circunscritos de la piel o de las mucos - sas aparentemente normales que se distribuyen en forma irre - gular. El líquido que se encuentra dentro de las ampollas - inicialmente puede ser hemorrágico o incluso seropulento. - Al principio, las lesiones son tensas, pero posteriormente se ponen flácidas y se rompen dando lugar a las úlceras, -- que se recubren por costras; la etiología de estas lesiones es desconocida.

Diferencias entre ampollas, vesículas y úlceras.

Las ampollas son colecciones de contenido seroso - mide más de 1 cm. de diámetro, pueden tener un aspecto ten - so o flácido, se distribuyen en forma irregular en la boca, esta lesión es elementalmente primaria.

Las vesículas son colecciones más pequeñas, que - suelen confundirse con las ampollas, se agrupan en forma de ramilletes, que contienen un líquido fluido seroso prove -

niente de un adema circunscrito de la epidermis.

Las vesículas son lesiones elementalmente primarias, que presentan alteraciones celulares, las cuales sufren adema y se forman vacuolas en su interior (degeneración balonizante) posteriormente se rompen, quedando unidas por restos formando retículos.

Las úlceras son lesiones secundarias que se caracterizan por la pérdida del epitelio, que deja al descubierto una zona socavada superficial o profunda. La zona central de necrosis presenta una membrana blanco amarillenta rodeada por un halo rojo. Puede ser grande o pequeña, su borde es duro y elevado. Las úlceras traumáticas son las más comunes.

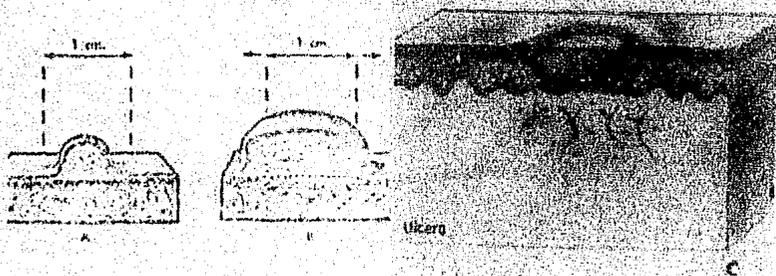


FIG. 9 Lesiones dérmicas: A, vesícula; B, ampolla; C. úlcera.

HISTOPATOLOGIA.

Mecanismos de la formación de ampollas.

1. Por Espongiosis.

Se produce un edema intercelular que hace que se separen las células espinosas, que posteriormente sufren licuefacción en su citoplasma y una verdadera lisis; - estas lesiones se observan en las ampollas intraepidérmicas.

2. Por Acantólisis.

Son características propias de las ampollas intraepiteliales, existe destrucción de los puentes intercelulares y la separación de las células espinosas las cuales degeneran.

3. Por Presión.

Son ampollas subepidérmicas que se originan por la presión que ejercen los infiltrados celulares en las cúpulas de las papilas dérmicas. Estas lesiones se observan en la enfermedad de Duhring, Eritema polimorfo, -- Penfigoides, Lupus Eritematoso.

4. Por degeneración de la Membrana Basal.

Se presenta a nivel de la unión entre la capa germinativa de la epidermis y las fibras elásticas de la dermis. Esto se puede observar en la enfermedad de Lyell.

5. Por Degeneración Reticular o Balonzante de las células epidérmicas.

Ampollas intraepiteliales que se originan por degeneración de las células que se hinchan, conservándose sólo en ocasiones restos de membrana. Se ve en las vesículas y ampollas de origen viral.

Tipos de formación de las ampollas.

1. Formación Intraepitelial.

Se caracterizan por que las ampollas se forman en el interior del epitelio, en el estrato superior, cuyo techo está integrado por capas superficiales, tienen contenido fibrinoso, que posteriormente pasa a ser seropurulento; dentro de las lesiones encontramos estreptococos y leuccitos degenerados.

En la parte media del epitelio se forma un mecanismo llamado acantólisis (rotura o lisis del puente de unión de los desmosomas) entre las células del cuerpo mucoso.

La necrosis de las células epidérmicas durante el proceso de acantólisis produce edema y las células libres se encuentran flotando en el interior de la ampolla.

2. Formación Subepitelial.

Son procesos propios de los penfigoides denominados de esa manera, porque pueden parecerse clínicamente a los pénfigos, aunque histológicamente tienen características que las hacen diferentes.

La epidermis se conserva intacta, por encima de la cavidad vesicular, los cambios iniciales se presentan en la membrana epidérmica, no existe acantólisis, los restos celulares son mínimos dentro de la ampolla, integrados por leucocitos, eosinófilos y en ocasiones linfocitos.

La necrosis epidérmica y la regeneración pueden observarse como caracteres secundarios en lesiones viejas.

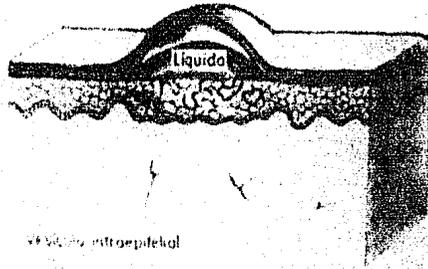
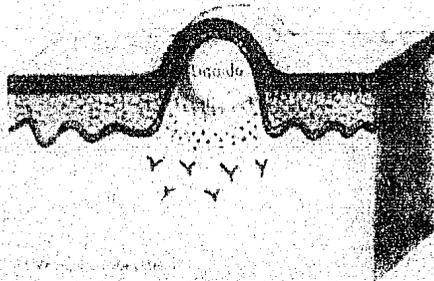


FIG. 10. Alteraciones de la mucosa bucal.



Las causas que producen lesiones vesiculoampollares - se clasifican en:

EXTERNAS:

- a) Mecánicas.
- b) Físicas.
- c) Químicas.

Ampollas sintomáticas a causas

INTERNAS:

- a) Metabólicas.
- b) Infecciosas.
- c) Tóxicas.
- d) Alérgicas.

Afecciones accidentalmente ampollares

- a) Liquen rojo plano.
- b) Lupus eritematoso.

GRINSPAN clasifica a las enfermedades vesiculoampollares, según el cuadro histopatológico de la lesión en:

- I) Pénfigos y
- II) Penfigoides.

AL PENFIGO, lo subdivide en los siguientes tipos clínicos:

- 1) Pénfigo vulgar o crónico.
- 2) Pénfigo vegetante.
- 3) Pénfigo foliáceo.
- 4) Pénfigo eritematoso, Seborreico o de Senear-

Usher.

Fogo Selvagen o Pénfigo Brasileño, algunos autores lo incluyen considerándolo como una variante muy particular del foliáceo.

Existen otras enfermedades que se parecen clínicamente a los pénfigos. Los PENFIGOIDES, pero presentan algunas divergencias en cuanto a su histopatología y los clasifica de la siguiente manera:

- 1) Enfermedad de Duhring, Duhring vulgar o verdadero o Dermatitis herpetiforme.
- 2) Penfigoide benigno de mucosas (Lever), Dermatitis ampollar mucoseniquiante y atrofiante de Lortat Jacob o Pénfigo ocular.
- 3) Penfigoide ampollar de lever o Parapénfigo de Prakken y Woerdeman.
- 4) Eritema multiforme o Polimorfo.

SHAFER clasifica a los pénfigos de la siguiente manera:

- 1) Pénfigo agudo.
- 2) Pénfigo vulgar.
- 3) Pénfigo foliáceo.
- 4) Pénfigo vegetante.
- 5) Pénfigo eritematoso.

y a los penfigoides en:

- 1) Penfigoide benigno de las mucosas.
- 2) Penfigoide ampollar.
- 3) Dermatitis herpetiforme.

HERBET MESCON Y ROBERT. J. GORLIN clasifican a --
las enfermedades no infecciosas predominantemente vesiculo-
ampollares en:

- 1) Pénfigos.
 - a) Pénfigo vulgar.
 - b) Pénfigo vegetante.
 - c) Pénfigo foliáceo.
 - d) Pénfigo eritematoso; y
- 2) Penfigoides.
 - a) Penfigoide ampollar.
 - b) Penfigoide mucoso benigno.
 - c) Eritema multiforme.

BIBLIOGRAFIA.

- 1).- Amado, S.: Lecciones de Dermatología. 9a. ed. Ed. Editor. México 1979. 309-312.

- 2).- Degos, R.: Dermatología. La Prensa Médica Mexicana, 9a. ed. Ed. Fournier. México 1979. 22-24

- 3).- Egularte de Díaz, MC.: Pénfigo Bucal, Revista de la Asociación Dental Mexicana. Vol. 31 Nos. 2 y 3 Marzo Abril, Mayo-Junio. México 1974. 7-10.

- 4).- Giunta, J.: Patología Bucal. 1a. ed. Ed. Interamericana. México 1978. 70-71.

5).- Grinspan, D.: Enfermedades de la Boca. Semiología, Patología Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal. Tomo II. Ed. Mundi. México 1977. 1301-1302.

6).- Sanders, S. y Nelson, C.: Adelantos recientes en Dermatología. Clínicas Médicas Norteamericanas, Mayo. -- Nueva York 1965. 681-682.

7).- Shafer, W.: Tratado de Patología Bucal. 3a. ed. Ed. Interamericana. México 1977. 763-781.

8).- Thoma, T.: Patología Oral Ed. Salvat. México 1980, - 734-743.

110171017

PENFIGO VULGAR O CRONICO.

Es la variedad de pénfigo que se presenta con más frecuencia. Afecta a personas mayores de 40 años de ambos sexos y los individuos de origen judío parecen tener cierta predisposición.

El origen de los pénfigos es desconocida, dentro de las etiologías no comprobables se mencionan las siguientes causas:

Por infecciones.

Causas tóxicas.

Por alteraciones nerviosas.

Por traumatismos físicos.

Otros autores consideran que esta enfermedad se produce por trastornos endócrinos, (en la menopausia, en personas grávidas) por sensibilidad a los halógenos, insuficiencia suprarrenal, etc.

Beutner y Col (1964) fueron los primeros investigadores en encontrar anticuerpos intercelulares específicos de Ig G en el epitelio, que indica la verdadera patogenia de la ampolla acantolítica, y por otro lado, la ubicación del Pénfigo como una enfermedad autoinmune o de autoagresión.

Estas alteraciones se presentan en personas con-

buena salud general, afecta a la piel y principalmente a la mucosa bucal aparentemente normal, pero también puede tener participación ocular (conjuntivitis), de la mucosa nasal -- (epistaxis secundaria) y afección laringea (ronquera) que en ocasiones es muy notable. Se ha observado asimismo intervención esofágica, vaginal y de la mucosa rectal. Dada la ubicación superficial de la lesión, la curación puede lograrse sin que deje cicatriz, dato de gran valor para el diagnóstico en pacientes con afecciones bucales.

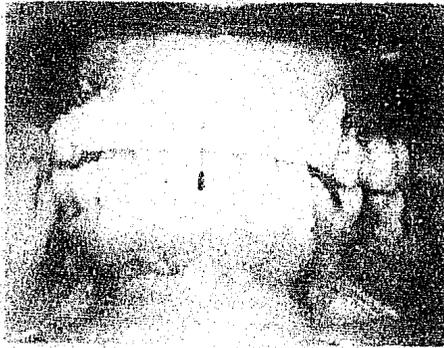


FIG. 11. Pénfigo vulgar. Extensa descamación de las encías (Cortesía del Dr. Carl J. Witkop, Jr., Minneapolis, Minn).



FIG. 12. Pénfigo vulgar.

La enfermedad puede tener un comienzo febril; esta manifestación es poco frecuente. Las lesiones pueden involucrar cualquier tegumento, estos pacientes son muy susceptibles a las infecciones con levaduras (*candida albicans*). Se puede observar moniliasis de la mucosa bucal, in-
tertrigo y paroniquia.

Conforme va evolucionando se pueden presentar alteraciones de tipo visceral, ganglionares, hepáticos, renales y nerviosas; hecho poco frecuentes.

Las lesiones cutáneas se inician en cualquier lugar, en especial en los sitios de flexión como las axilas, pliegues genitocrurales, codos, rodillas, etc., tienen el tamaño de una nuez y son simétricas.

En la piel, las ampollas tienden a crecer por su periferia, se rompen fácilmente, son poco numerosas pero - con el tiempo pueden hacerse extendidas, con techo desprendido o cubierto en parte, están integradas por un líquido-citrino, proteínico y en ocasiones con contenido hemorrágico.

La duración de las lesiones es variable, pueden permanecer entre 8 y 15 días, pero si no son tratadas, pueden persistir durante semanas y meses. No deja cicatriz, solo en casos en los que se produce necrosis de las ampollas; esto es raro que se presente. Cuando esta afección se generaliza se percibe un olor característico parecido a la orina del ratón. Si existe gran pérdida de sustancia - el paciente experimenta dolor.

Existe una tendencia de la piel a ampollarse al menor traumatismo sobre todo en la proximidad de las lesiones, estas características son de suma importancia para el diagnóstico (signo de Nikolsky positivo).

Es el pénfigo que con más frecuencia se presenta en la boca. Algunos autores afirman que las manifestaciones mucosas preceden por algún tiempo, meses o hasta años a las cutáneas y en ocasiones pueden ser únicas.

Las ampollas pueden observarse en cualquier parte

de la mucosa oral, pero generalmente se localizan en las zonas de traumatismo masticatorio (en la mucosa yugal), particularmente en su tercio posterior, encía y cara mucosa de los labios).

Cuando las lesiones no son tratadas a tiempo, se generalizan en toda la boca, muchas veces se observan rotas, en su techo cubierto en parte o desprendido totalmente dejando erosiones al descubierto; en estas circunstancias el paciente experimenta dolor. La lengua presenta edema, hay sialorrea, halitosis y el estado general se ve afectado.

El pénfigo vulgar es de iniciación lenta, tiene un curso crónico, las lesiones de la mucosa son más resistentes al tratamiento. Cuando las afecciones tienen una evolución desfavorable, sus brotes se ven asociados con faringitis, laringitis dolorosa, costras nasales y epistaxis. Al involucionar las ampollas, suelen dejar en la cavidad oral leucoplasias secundarias.

Cuando esta enfermedad no es tratada, el estado general del paciente está en desequilibrio, en los estadios finales puede traer como consecuencia los siguientes trastornos:

Nefritis.

Gastroenteritis.

Alteraciones nerviosas.

Degeneración hepática.

El pénfigo vulgar tiene una formación de ampollas intraepiteliales, en las cuales observamos un proceso acantolítico entre el estrato de las células basales y espinosas, lo cual permite que se forme la ampolla, cuyo techo se puede desprender para ser sustituido por costras fibrinoleucocitarias; a este nivel se puede detectar un Ectoplasma -- muy basófilo y núcleos hipertróficos, en el corión se agregan infiltrados inflamatorios, histiolinfocitarios a veces eosinófilos.

En el proceso de acantólisis las Tonofibrillas se desprenden de sus desmosomas. Este proceso se vincula con las alteraciones que sufren las células Malpighianas y la tendencia a la necrobiosis.



FIG. 13. Pénfigo vulgar. Desprendimiento suprabasilar. Vesícula llena de suero, leucocitos y células epiteliales degeneradas. (Según Milne, Jhon, A.: - - -
Diferencial diagnosis of bullous disease of the skin, Brit. J. Clin. Prac. 21; 297-314, 1967).

DIAGNOSTICO.

Se requiere de la elaboración de una buena historia clínica, además de los siguientes estudios complementarios:

1) Citología exfoliativa.

Con este procedimiento se pueden observar células acantolíticas, en gran cantidad. Existe degeneración citoplasmática. Las uniones intercelulares están perdidas.

2) Frotis de Tzanck.

Si el resultado es positivo, se observan en el microscopio células epiteliales sin puentes de unión con núcleos hinchados con degeneración citoplasmática y ricos en ácido ribonucleico.

3) Biopsia.

Se observa edema intercelular en la parte interior de las células espinosas, además, la presencia de fisuras o hendiduras entre el estrato basal y el espinoso.

4) Prueba de Nikolsky.

Este estudio es positivo si en pocos minutos o en varias horas aparece en el sitio frotado una ampolla llena de líquido o si la capa epitelial se desprende.

5) Prueba de aire comprimido (Zegarelli).

Es positivo si se observa ligero brillo en los tejidos superficiales, posteriormente existe la formación de la ampolla, en ocasiones se destruye el epitelio y se denuda.

6) Inmunofluorescencia.

Por medio de esta prueba se demuestra la presencia de anticuerpos en las células epidérmicas y áreas de formación de ampollas, además, se detectan anticuerpos circulares en el suero.

7) Análisis de sangre.

En este estudio observamos leucocitosis, discreta anemia; el sodio, calcio, potasio y los cetosteroides se ven disminuídos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL PENFIGO VULGAR.

Se deberá realizar en casos no avanzados o en las etapas iniciales de la enfermedad.

Hay que diferenciar el pénfigo vulgar de las siguientes enfermedades:

- Pénfigos verdaderos:

Foliáceos.

Eritematoso.

Vegetante.

- Penfigoides:

Penfigoide benigno de la mucosa de Lever.

Epidermólisis ampollar.

Eritema polimorfo.

Enfermedad de Duhring.

- De afecciones ampollares.

Gingivosis descamativa.

Ampollas sintomáticas.

TRATAMIENTO.

Antes de la aparición de los corticoides, se consideraba el pénfigo como un proceso incurable; se observaba una mejoría espontánea, pero nunca existía una recuperación total, posteriormente, se generalizaba y el paciente moría entre los 6 meses y los 2 años, a consecuencia de caquexia; - en la actualidad puede controlarse y hasta erradicarse.

Es necesario pedir la colaboración del dermatólogo para que el paciente sea atendido en óptimas condiciones. Los casos incipientes pueden ser atendidos en el consultorio; es necesario la hospitalización cuando las lesiones ampollosas y erosionadas son muy extensas.

Está indicado un régimen hiposódico, hipohídrico e hipoglúcido, o sea, una alimentación a base de carne y -- verduras con escasa sal y pocos líquidos.

La elección del medicamento a utilizarse, así como la dosis, el aumento y la disminución del mismo, son factores muy importantes que van a depender de la respuesta -- del paciente, tomando como indicador las lesiones de la boca.

Como se ha señalado anteriormente, el medicamento de elección es el Corticoide, (prednisona, triamcinolona) re

cientemente es utilizado el Metotrexato (compuesto idéntico al ácido fólico) y la Ciclofosfamida. Estos medicamentos - pueden ser utilizados solos o en combinación.

El esquema a seguir en el uso del corticoide es - administrar de 60 a 160 mg. de prednisona al día; si en el transcurso de la semana, no se observa una mejoría se debe duplicar la dosis. Cuando cesan de formarse nuevas lesiones, la dosis se va disminuyendo gradualmente hasta mantener 180 mg. durante 8 semanas. En la 9a. se disminuye a -- 120 mg. En la 10a. 60 mg. y posteriormente 5 mg. al día.

Efectos adversos vinculados a la acción de los corticoides.

- Diabetes insulinoresistente.
- Disminución de síntesis proteica.
- Retención de sodio, agua y aumento en la eliminación de vitamina K.
- Amenorrea, acné y alopecia.
- Hipertensión arterial.
- Úlceras gástricas.
- Hiperexcitabilidad nerviosa.
- Osteoporosis con pérdida de calcio.
- Leucocitosis.
- Candidiasis.
- Síndrome Cushing.

Edema.

Debilidad muscular.

Hiperglucemia.

Glucosuria.

Obesidad (cara de luna llena, dorso de búfalo, nuca y caderas grandes)

Para evitar los efectos antes mencionados se deben suministrar 15 días después potasio (3g. de celeka), anabólicos (dianabol), vitaminas, calcio, antibióticos, antiácidos y estrógenos.

El metotrexato es un medicamento inmunosupresor -

introducido por Lever al tratamiento del pénfigo vulgar basándose en la posible etiología autoinmune de éste. Es utilizado en una dosis de 25 a 50 mg. al día por vía intramuscular en pacientes que han manifestado efectos adversos con el empleo de los corticoides.

Efectos adversos a la acción del metotrexato.

- Lesiones necróticas en boca (aftas).
- Vómitos y diarreas sanguinolentas.
- Leucopenia.
- Abortos.
- Malformaciones congénitas (anancefalia e hidrocefalia).
- Nefritis.
- Cansancio.
- Púrpura de la piel.
- Alopecia.
- Diarrea.

Síntomas Tóxicos.

- Leucopenia.
- Hemorragias intestinales o cutaneomucosas.

En estas condiciones se debe disminuir o suspender la medicación. Realizar una transfusión de sangre.

La ciclofosfamida (Cytosan) es un medicamento inmu

nosupresor con el cual se consigue mantener una dosis de -- prednisona. Este se recomienda administrar en dosis de -- 100 mg. al día por vía endovenosa.

Lever y colaboradores recomendaron para el pénfigo severo, iniciar el tratamiento con corticoides hasta controlar la afección; después administrar a razón de 25 mg. - (por vía intramuscular) de metotrexato semanales y en caso necesario duplicar la dosis. En ocasiones es recomendable administrar de 20 a 30 mg. de prednisona en la víspera, el mismo día y al siguiente día de la inyección.

Peck aconseja combinar corticoides, metotrexato y fonilato de calcio (Leucovorina); este último es antagonista del ácido fólico. El esquema sería el corticoide en cantidad útil, el metotrexato que no exceda a los 25 mg. semanales y el fonilato de calcio se puede administrar de 1 a 2 horas después del metotrexato, en una dosis de 3 a 6 mg.

Existen otras terapéuticas como la germanina - - (Moranyl) por vía intramuscular, aplicando 1 gr. c/5 días - hasta completar 10 grs., la Aureomicina o cualquier tetraciclina en una dosis de 1 a 2 grs. diarios asociados a los -- corticoides y al metotrexato. La hormona ACTH que provoca la producción suprarrenal de cortisona, se utiliza para - - reemplazar a la cortisona a fin de evitar la atrofia suprarrenal diariamente o c/3er. día en una dosis de 40 unidades

equivalente a 20 mg. de prednisona. Este medicamento puede provocar retención de sodio y diabetes iatrogénica.

Durante el empleo prolongado de estos medicamen--tos es necesario contar con datos periódicos de laboratorio, radiografías, hemograma, análisis de orina, velocidad de sedimentación de glóbulos rojos y electrocardiograma.

El paciente puede ser ayudado tópicamente con 2 - cucharadas de permanganato potásico cristalizado disueltas--en un vaso de agua, añadidos a la tina de baño en un volumen de agua de 25 cm. de altura aproximadamente. Esta disolu--ción previa evita que los cristales quemen la piel. Espol--vorear en la ropa de cama y en las lesiones 2 veces al día--un talco compuesto de Trisilicato de magnesio, Oxido de - - zinc, Calamina (Oxido de zinc y Fierro) y Almidón.

Como lubricante de la piel se puede utilizar azu--fre precipitado al 3%. En las áreas infectadas emplear una pequeña dosis 2 veces al día de pomada de Neo-polycin u - - otra pomada con antibiótico (Fusalar con neomicina).

Las áreas dolorosas pueden ser rociadas con corti--coides o con clorhidrato de procaína al 2%. Encima de las--cuales puede ser colocada una película de polietileno.

Para calmar el dolor producido por las úlceras de

los labios y la boca, pueden ser empleadas xilocaína viscosa al 5% o elixir de benadryl. Para lograr la antisepsia, utilizar jarabe de tetraciclina a manera de colutorios.

PRONOSTICO.

Con el empleo de los corticoides se ha favorecido el pronóstico, ya que si es bien tolerado por el paciente, éste va a ser bueno y si por el contrario, aparecieran reacciones secundarias, se ve complicado el tratamiento y por lo tanto el pronóstico será dudoso.

PENFIGO VEGETANTE.

Se le considera como una variante morfológica rara del pénfigo vulgar, los cambios más notables que se aprecian son las lesiones papulomatosas y vegetantes nacidas en las zonas intertriginosas del organismo.

La incidencia con respecto a la edad y sexo no difieren del pénfigo vulgar, esta enfermedad se da con menor frecuencia, afecta tanto a la piel como a la mucosa bucal, puede manifestarse en la forma vegetante, pero generalmente aparece en la etapa involutiva o de mejoramiento del pénfigo crónico.

Las zonas que se encuentran afectadas se cubren -

de masas vegetantes, exulceradas y malolientes. El signo de Nikolsky es positivo en la proximidad de la lesión.

Si la enfermedad no es tratada a tiempo, las lesiones evolucionan muy lentamente llegando a producir una caquexia, acompañada de complicaciones renales; que en algunos casos pueden ocasionar la muerte del paciente. Las afecciones viejas de este trastorno tienen un aspecto verrugoso.

Las lesiones en términos generales se inician en la cavidad oral; persisten en ese lugar aún después de que las afecciones cutáneas han desaparecido. Las regiones que se ven involucradas son: las comisuras bucales, el dorso de la lengua, las encías y con menor frecuencia el paladar.

En la forma vegetante, existe una acentuada proliferación papilar e hiperplasia epidérmica.

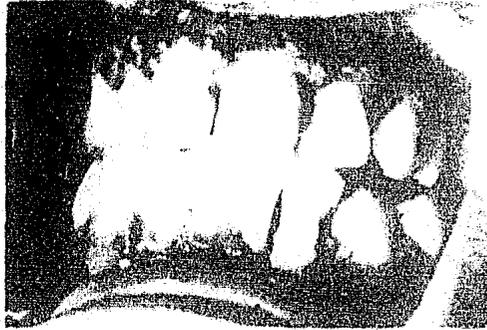


FIG. 14. Pénfigo vegetante, fueron las lesiones bucales las primeras manifestaciones de la enfermedad.

DIAGNOSTICO.

No resulta difícil establecerlo debido a las características en cuanto a su localización de las lesiones vegetantes y a la existencia de las afecciones ampollares en la periferia.

Hay que diferenciar al pénfigo vegetante de las siguientes enfermedades:

- Moniliasis vegetante.
- Sífilis secundarias tardías.
- Brómides.
- Yódides.
- Papilomatosis florida.

TRATAMIENTO.

Es semejante al del pénfigo vulgar, pero resulta ser más resistente a la terapéutica. Se pueden emplear en algunos casos las inyecciones in situ de triamcinolona, recurrir a la electrocoagulación de las lesiones o suministrar tetraciclinas asociadas a los corticoides.

PRONOSTICO.

Es menos severo si se compara con el pénfigo vulgar, pero debido a que las lesiones son más resistentes a la terapéutica, las afecciones de esta enfermedad puede persistir durante meses o años.

Existen ciertas afecciones de las cuales única---
mente se mencionarán sus características primordiales, ya -
que es raro encontrar manifestaciones en la mucosa bucal, -
de tal manera resultan de poco interés para el estomatólogo
y son:

a) PENFIGO FOLIACEO O DE CAZENAVE.

Llamado también Eritrodérmico, esta denominación no es
la adecuada, ya que no es un proceso eritemaescamoso -
generalizado como se supone, sino que es una enferme--
dad de tipo ampollar.

Es una enfermedad rara que se presenta en personas - -
adultas de ambos sexos entre los 40 y 50 años.

El Pénfigo Foliáceo; en su etapa inicial suele presen-
tar lesiones ampollares flácidas, posteriormente el cuadro-
se caracteriza por la exfoliación generalizada de las capas
superiores de la epidermis.

Las ampollas suelen aparecer en el cuero cabelludo, --
cara o extenderse en toda la superficie cutánea; estas --
lesiones se caracterizan por presentar un área húmeda, ro--
ja, exfoliativa y fétida. El signo de Nikolsky es positi--
vo.

Estas afecciones rara vez se pueden apreciar en -

la cavidad oral, y aún solo se trata de una estomatitis su superficial erosiva.

Los pacientes que presentan esta enfermedad se quejan de ardor y dolor, en ocasiones de prurito intenso; las lesiones pueden persistir por mucho tiempo sin que el estado general se vea afectado.

Esta enfermedad ataca a las capas superficiales de la epidermis (estrato granuloso); las cuales sufren - - acantólisis intercelular.

DIAGNOSTICO.

El pénfigo foliáceo debe ser diferenciado de:

- Pénfigo vulgar.
- Dermatitis herpetiforme.

TRATAMIENTO.

Es semejante al pénfigo vulgar, pero puede ser -

menos estricto, con lo cual se logra que se disminuyan los efectos colaterales indeseables que se presentan con el -- tratamiento de los corticoides prolongados.

B) PENFIGO BRASILEÑO (FOGO SELVAGEM O PENFIGO SUDAMERICANO).

Es una enfermedad de forma endémica, propia de regiones tropicales, principalmente en el interior de Brasil. Se cree que es contagiosa, ya que puede afectar a los integrantes de la familia.

El fogo selvagem se presenta en personas jóvenes entre los 15 y 30 años de edad, especialmente en mujeres. En su etapa inicial se detectan ampollas flácidas, que son eczematoides, psoriasiformes, impetigosas o seborreicas. Al involucionar las lesiones, dejan pigmentación residual y verrugosidades.

Hay elefantiasis de las orejas, como se presentan en las lesiones lepromatosas. Existen alteraciones viscerales de origen endócrino, virilismo, feminismo y enanismo. Además se observa osteoporosis producto de la deficiencia de la vitamina D.

Las uñas de los pacientes que padecen esta afección se observan de color amarillo yodotado, el cuero cabelludo se cubre de escamas que aglutinan el pelo dándole un aspecto parecido a la llamada seudotifia. La mucosa bucal no está invadida y el signo de Nikolsky es positivo.

TRATAMIENTO.

Suministrar Atebrina, nivaquine ó quinacrina a -
razón de 0.40 g. al día y baños de permanganato de potasio.
Localmente se puede emplear pomadas con alquitrán.

C) PENFIGO ERITEMATOSO, PENFIGO SEBORREICO O PENFIGO DE SENEAR-USHER.

Es la forma menos grave de pénfigo, se parece -- clínicamente a la descamación y enrojecimiento de la dermatitis seborreica, suele distribuirse en la cara, cuero cabelludo y parte superior del tronco; en la cara tiene aspecto en forma de "Mariposa" similar al que se presenta en el lupus eritematoso.

Las ampollas son chatas, casi sin contenido, grasosas y costrosas; son una mezcla de escamocostras de la eczemátide seborreica y de las escamas del lupus eritematoso. El signo de Nikolsky es positivo; las lesiones orales son raras, si es que llegaran a observarse.

Histológicamente es similar al pénfigo vulgar, con la diferencia de que las alteraciones acantolíticas involucran capas muy superficiales de la epidermis (el estrato granuloso).

Pruebas inmunofluorescentes por Chorzelski han demostrado la presencia de anticuerpos en los espacios intercelulares y en la membrana basal, marcando la diferencia entre esta afección y el lupus eritematoso.

DIAGNOSTICO.

Esta enfermedad resulta difícil distinguirla de la Dermatitis herpetiforme y del Lupus eritematoso.

TRATAMIENTO.

Administrar corticoides en cantidades mínimas. - Tye y Cols, han obtenido buenos resultados empleando compresas de agua caliente y aplicando crema de acetónido de fluocinolona al 0.25%.

BIBLIOGRAFIA.

- 1).- Amado, S.: Lecciones de Dermatología 9a. ed. Ed. Editor. México 1979. 309-313.

- 2).- Andrews y Damakos, A.: Tratado de Patología. 2a. ed. Ed. Salvat. México 1980. 612-620.

- 3).- Eguiarte de Díaz, M.C.: Pénfigo Bucal. Revista de la Asociación Dental Mexicana. Vol. 31 Nos. 2 y 3 Marzo Abril, Mayo-Junio. México 1974. 7-10

- 4).- Grispan, D.: Enfermedades de la Boca. Semiología, Patología Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal. Tomo II. Ed. Mundi. México 1977. 1301-1339.

- 5).- Korting, D.: Diagnóstico Diferencial Dermatológico.- Ed. Científica Médica, Caracas 1975. 412-416.

- 6).- Sanders, S. y Nelson, C.: Adelantos recientes en Dermatología. Clinicas Médicas Norteamericanas, Mayo Nueva York 1965. 681-691.

- 7).- Saver.: Dermatología, Enfermedades de la Piel 3a. ed, Ed. Interamericana, México 1979, 161-163.

- 8).- Shafer, W.: Tratado de Patología Bucal. 3a. ed. Ed. Interamericana. México 1977, 773-778.

- 9).- Thoma, T.: Patología Oral, Ed. Salvat, México 1980. 734-740.

- 10).- Zegarelli, E.: Diagnóstico en Patología Oral, Ed. Salvat. México 1979, 565-566.

PAUL V

LOS PENFIGOIDES.

Los penfigoides son enfermedades que se parecen clínicamente a los pénfigos, se caracterizan por ser una --afección de origen inflamatorio que comprende una serie de lesiones cutáneas y mucosas (eritema, pápula, vesícula, ampollas y pústulas) tienen una formación básicamente subepidérmica, se distribuyen en forma de ramillete y pueden detectarse con prurito.

Se observa con más frecuencia en ancianos y niños muy pequeños. En términos generales se puede controlar, pero suele ser grave si no se atiende oportunamente.

Las lesiones se caracterizan por:

- Fenómenos dolorosos con un prurito muy marcado.
- Erupciones polimorfas, con disposición herpetiforme, generalmente agrupadas, pero también se pueden observar diseminadas.
- Una tendencia a recidivar.
- Con conservación del estado general del paciente, pero en ocasiones puede ser fatal.

ENFERMEDAD DE DUHRING (FORMA VULGAR O VERDADERA) O DERMATITIS HERPETIFORME.

Es una enfermedad dermatológica recurrente, cróni-

ca, inflamatoria, que consiste en erupciones cutáneas polimorfos de localización generalizada, con lesiones fundamentales en forma de ampollas, vesículas, eritemas y costras; con disposición en ramilletes.

La denominación herpetiforme no tiene nada que ver con el herpes simple o con el herpesvirus. También se le designa como enfermedad de Duhring en honor al investigador de este proceso.

La etiología de esta enfermedad es desconocida pero en la actualidad se acepta como un proceso de origen autoinmune. Se presenta generalmente entre los 20 y 55 años, pero ocasionalmente puede afectar a niños. Los varones la experimentan en una proporción dos veces más que las mujeres.

En los lugares donde se instala esta enfermedad, el paciente suele experimentar prurito y un intenso ardor. Posteriormente, en la superficie cutánea aparecen ampollas, vesículas, eritema, pápulas, ronchas urticariformes y costras.

Las ampollas se desarrollan sobre la piel eritematosa, esto contribuye a una particularidad propia de esta lesión a diferencia de la ampolla del pénfigo que nace sobre la piel sana.

Las erupciones se distribuyen simétricamente, los lugares de predilección son las extremidades, el tronco, la cara y en ocasiones la mucosa.



FIG. 15. ENFERMEDAD DE DUHRING.

Su evolución es por brotes que recidivan, el estado general no se ve comprometido; después de que involucionan las lesiones, dejan manchas pigmentadas.

La participación de las lesiones en la mucosa bucal son infrecuentes y en ocasiones se confunden con eritemas polimorfos y toxidermias (iatrogenias) ampollares.

Es rara la localización bucal de la enfermedad de Duhring; cuando esto sucede, las vesículas y ampollas se --rompen rápidamente dejando áreas de ulceración superficia--les.

Las lesiones son inicialmente inflamatorias y se-

caracterizan por la acumulación de neutrófilos y eosinófilos. El tejido conectivo sufre necrosis y el epitelio subyacente se desprende produciendo una vesícula subepitelial.

La presencia de eosinófilos es notoria y característica primordial para el diagnóstico diferencial con - - otras afecciones. Reportan una eosinofilia sanguínea por - arriba del 10%, existe sensibilidad a los halógenos.

DIAGNOSTICO.

Esta enfermedad debe ser diferenciada de:

- Todos los tipos de penfigoides.
- y con las afecciones ampollares.

TRATAMIENTO.

La enfermedad de Duhring responde favorablemente a la terapéutica a base de sulfamidas, en particular a la - sulfapiridina. Suministrar inicialmente 3g. al día, la dosis se va disminuyendo en base a la evolución de la enfermedad. En tratamientos prolongados también se pueden emplear las sulfonas (DDS) en dosis de 50 a 100 mg. al día por vía oral, durante 3 meses.

Si no responde el paciente al tratamiento, se pueden emplear corticoides asociados a los antipalúdicos. Lo-

calmente, puede utilizarse eosina al 2%, violeta de genciana o azul de metileno al 1%.

EVOLUCION Y PRONOSTICO.

Tiene una evolución por brotes que aparecen en verano y otoño, como secuelas de la enfermedad se observan -- pigmentaciones melánicas o quistes epidérmicos. El pronóstico se ve favorecido con respecto a la vida, pero puede -- existir la posibilidad de un cáncer asociado.

PENFIGOIDE BENIGNO DE MUCOSAS (LEVER) O DERMATITIS AMPOLLAR MUCOSINEQUIANTE Y ATROFIANTE (LORTAT JACOB).

En 1953 Lever denominó a este proceso como "PENFIGOIDE BENIGNO DE MUCOSAS" que anteriormente se le conocía como PENFIGO DE LA CONJUNTIVA. Constituye un cuadro clínico con características propias.

En 1958 Lortat-Jacob la designaron como DERMATITIS AMPOLLAR MUCOSINEQUIANTE Y ATROFIANTE, basándose en las siguientes características.

- Tiene ubicación cutánea.
- La benignidad de esta alteración es relativa ya que puede producir ceguera.
- Existe adherencia y tendencia sinequiante de las mucosas.

Esta enfermedad es de particular interés para el estomatólogo, ya que prácticamente produce lesiones de localización parcial o exclusivamente en la cavidad bucal, que pueden pasarse inadvertidas si no se saben reconocer; cuando se observan en el área gingival se suelen confundir con otras gingivitis.

Es una enfermedad rara de etiología desconocida, algunos autores la consideran como una variante de la enfermedad de Dühring-Brocq. En la actualidad se reconoce como-

un proceso de autoagresión.

Afecta a personas entre los 40 y 70 años de edad sin que tenga preferencia por uno u otro sexo, las lesiones generalmente se observan en los ojos y boca; con menor frecuencia se pueden detectar en la piel y en otras mucosas.

MANIFESTACIONES BUCALES.

Se caracteriza por la presencia de lesiones ampollares que se localizan en cualquier parte de la mucosa bucal, con excepción del borde libre de los labios. Inicialmente la sintomatología se presenta en forma de una gingivitis descamativa.

Las ampollas en sus inicios pueden pasarse desapercibidas, conforme van evolucionando se observan de un color blanco grisáceo. El techo, al desprenderse, deja en su base una zona erosiva sangrante con exudado. En su etapa final, tiene un aspecto aftoide; el paciente se queja por las molestias que ocasionan estas lesiones, que posteriormente son sustituidas por sinequias y cicatrices muy características de este proceso.

MANIFESTACIONES OCULARES.

Se caracteriza por la presencia de ampollas en la

conjuntiva bulbar que se erosionan y se adhieren en el fondo del saco. Posteriormente, existe una proliferación cicatricial debido a la retracción palpebral que oblitera los conductos excretores de las glándulas lagrimales produciendo la ambliopía y la ceguera.



A)



B)

FIG. 16. Penfigoide benigno de la membrana mucosa. A) Lesiones erosivas de la mucosa bucal de la lengua en -- una mujer de 55 años. También se observan lesiones oculares, nasales y cutáneas. B) Gingivitis descamativa en una mujer de 56 años. (A y B según Haselden, Frank G.: Bullous lichen planus. Oral Surg. - Oral Med. Oral Path. 24:472-479, 1967).

Puede afectar a la farínge, laringe, esófago, cavidad nasal y al aparato genital.

Alrededor del 50% de los casos presentan lesiones en la piel, las afecciones son de tipo ampollar siendo el cuero cabelludo y las piernas las partes más afectadas.

Lo característico de este proceso es que las lesiones dejan atrofas cicatrizales a diferencia de otras enfermedades que no sufren atrofia en su estructura.

En la zona donde se desarrollan las ampollas, se observan escamocostras que permanecen mucho tiempo sin epitelizar.

El signo de Nikolsky puede ser positivo en la piel, pero no es muy frecuente que lo anterior se detecte.

La ampolla se origina en el estrato subepidérmico con infiltrado (linfocitario plasmocelular y algunos granulocitos) de tipo inflamatorio a nivel de la dermis superficial.

La inmunofluorescencia directa revela la existencia de anticuerpos a nivel de la membrana basal.

DIAGNOSTICO.

Diferenciar al penfigoides benigno de mucosas con las siguientes enfermedades:

- Eritema exudativo multiforme.
- Epidermólisis ampollar.
- Pénfigo vulgar.
- Dermatitis de Duhring.
- Penfigoide ampollar.

TRATAMIENTO.

La terapéutica empleada actualmente no ha dado -- buenos resultados, pero se mencionan algunos medicamentos -- que mejoran al paciente en forma transitoria empleando in--yecciones de corticoides in situ y por vía general.

Localmente se pueden emplear analgésicos antes de la ingestión de alimentos.

PRONOSTICO.

No es bueno, ya que esta enfermedad produce tras--tornos en la conjuntiva (ceguera) y en la mucosa oral; para las cuales se deben tener ciertos cuidados.

PENFIGOIDE AMPOLLAR (LEVER) O PARAPENFIGO DE PRAKKEN Y
WOERDEMAN.

Es una dermatosis de forma ampollar que tiene algunas discrepancias muy notorias del pénfigo vulgar, pero es muy semejante al penfigoide benigno de la mucosa, algunos -- investigadores opinan que es una variante de la dermatitis herpetiforme, a esta patología Lever le denominó PENFIGOIDE-AMPOLLAR.

Posteriormente Prakken y Woerdeman le dieron a este proceso, el nombre de Parapénfigo, también es conocida como Duhring maligno o Senil, porque suele manifestarse en forma grave y generalmente afecta a personas de edad avanzada.

Se ve con más frecuencia en personas mayores de 60 años, sin embargo, puede presentarse en niños, no existe predilección por ningún sexo.

Esta dermatosis se caracteriza por la aparición de lesiones ampollares, tensas y hemorrágicas que nacen en la piel sana. Por algún tiempo se conservan intactas y sin crecer en su periferia.

La ampolla se desarrolla a nivel subepidérmico, no son pruriginosas. Se localiza generalmente en el cuero cabelludo, las ingles, axilas y las zonas de flexión.

La mucosa bucal interviene excepcionalmente conforme va evolucionando la enfermedad; se observa una gingivitis descamativa crónica, suele involucrar a la encía en su totalidad y es muy dolorosa. En los tejidos gingivales se observa un eritema intenso y descamación que le dan un aspecto -- erosivo.

La alteración histológica que se presenta es la formación de vesículas subepidérmicas, integradas por -- exudado fibrinoso con algunas células inflamatorias.

El estudio de las lesiones en el microscopio electrónico revela alteración del tejido conectivo subyacente a la membrana basal.

DIAGNOSTICO.

Establecer el diagnóstico diferencial del pénfigo de ampollar en las siguientes enfermedades:

- Pénfigo vulgar.
- Dermatitis herpetiforme.

TRATAMIENTO.

La terapéutica empleada para este proceso es a base de sulfamidas que ayudan a controlar la enfermedad, también se pueden suministrar corticoides en altas dosis (las lesio-

nes mucosas son más resistentes al tratamiento, que las de la piel).

PRONOSTICO.

El índice de mortalidad es bajo si es atendido a tiempo y puede haber remisión espontánea.

BIBLIOGRAFIA.

1).- Amado, S.: Lecciones de Dermatología. 9a. ed. Ed. Editor. México 1979. 314-315.

2).- Andrews y Damakos, A.: Tratado de Patología. 2a. ed.-
Ed. Salvat. México 1980. 621-625.

3).- Grinspan, D.: Enfermedades de la Boca. Semiología, Pa
tología Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal. To-
mo II. Ed. Mundi. México 1977. 1340-1362.

4).- Korting, D.: Diagnóstico Diferencial Dermatológico. Ed.
Científica Mexicana. Caracas 1975. 416-421.

5).- Shafer, W.: Tratado de Patología Bucal. 3a. ed. Ed. -
Interamericana. México 1977. 780-781.

6).- Thoma, T.: Patología Oral. Ed. Salvat. México 1980.
740-741.

FRIBILO VI

ERITEMA MULTIFORME O POLIMORFO.

Es una enfermedad que abarca una serie de procesos que se presentan con mucha frecuencia en el consultorio estomatológico, en ocasiones las lesiones bucales dominan el cuadro clínico o pueden preceder a las lesiones de la piel.

Este proceso fue descrito por Hebra en 1866; le dio el nombre de ERITEMA EXUDATIVO MULTIFORME, posteriormente Kaposi le llamó ERITEMA POLIMORFO.

Es una enfermedad cuyo cuadro habitual involucra a los niños o adultos jóvenes, aunque suele afectar a ambos sexos y presentarse a cualquier edad. La etiología de este proceso permanece en la más absoluta obscuridad, en la actualidad le atribuyen varias causas: tóxicas, inmunológicas o infecciosas.

Antes de que se establezca la enfermedad, se manifiesta un período preruptivo, observándose en el paciente resfrío común, malestar, astenia, cefalea, dolor de garganta, fiebre, náuseas y artralgias. Puede existir infección de las vías respiratorias que duran de 1 a 13 días aproximadamente.

El eritema polimorfo se caracteriza por lesiones eritematoedematosas que se inician como pápulas rojo-violá-

ceas edematosas, redondeadas, circunscritas. Conforme van evolucionando se extienden y se unen unas con otras dando un aspecto policíclico. Esta afección posteriormente adquiere aspectos variados, el centro puede observarse purpúrico o ampollar.

Las lesiones se distribuyen simétricamente en las manos, brazos, piernas y cara. Miden generalmente 1 cm. de diámetro.

Conforme pasa el tiempo las lesiones cambian de tonalidades adquiriendo un color "Blanco iris" o "Centro -- blanco". Los elementos de este proceso se descaman a los 8 o 10 días, algunas veces dejan máculas pigmentadas que persisten durante meses.



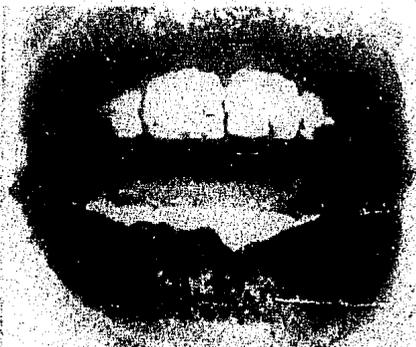
FIG. 17. Eritema Multiforme. Lesiones en "Blanco" u "Ojo-de Buey" típicas en la mano.

Es muy común que se presente en la mucosa bucal,-

localizándose en los labios, la lengua, mucosa yugal y con menor frecuencia en la encía. Las lesiones aquí no son consideradas como características muy significativas, excepto el dolor y las molestias que producen estos trastornos.

Wooten y Col. Consideran que las lesiones cursan 5 estados evolutivos: Macular, ampollar, necrótico, pseudomembranoso y de curación.

Inicialmente, tienen un aspecto eritematoso que pueden pasarse sin ser reconocidas, posteriormente se convierten en ampollas de diversos tamaños constituidos por elementos serosos o serohemáticos, con el tiempo se rompen produciéndose escamocostras pseudomembranosas o hemorrágicas. En el transcurso de la semana, estos elementos desaparecen y el epitelio se reconstruye sin dejar cicatriz.



A.



B

FIG. 18. Eritema Exudativo multiforme. A) Extensas costras y erosión de los labios. B) Múltiples vesículas que coalescen en los rebordes anterior y lateral de la lengua con pequeñas lesiones en el dorso. (A, Cortesía del Dr. Jens J. Pindborg, Copenhagen, Denmark; B, Cortesía del Dr. A. Lodin, Stockholm, Sweden).

Suele estar afectada la nasofaringe, produciendo perturbación del estado general del paciente; puede existir una conjuntivitis intensa y dolorosa produciendo úlceras en la córnea con el riesgo de la pérdida de la vista por la formación de cicatrices.

En los procesos tóxicos o infecciones severas se-

detecta fiebre, astenia, mialgias, artralgias, vómito y deshidratación.

Es frecuente encontrar neumonías y bronconeumonías. A pesar de la terapéutica empleada, la enfermedad se presenta en forma grave y si se asocia con meningoencefalitis, los casos son fatales y el paciente muere.

FORMAS CLINICAS.

Tal como su nombre lo dice ERITEMA POLIMORFO, se caracteriza por varios tipos clínicos de lesiones: ampollas vesículas, pápulas y habones, que se pueden manifestar en forma individual o en su conjunto.

Según THOMA (1950) las clasifica en dos formas clínicas:

1) EL ERITEMA POLIMORFO MENOR.

Su cuadro clínico se caracteriza por ser una enfermedad de tipo benigno, con localización en la piel; las mucosas pueden o no estar comprometidas, no presenta signos febriles y el estado general del paciente es bueno.

2) ERITEMA POLIMORFO MAYOR.

Las lesiones mucosas son frecuentes, no así las de la piel; el estado general del paciente se encuentra per-

turbado, existe fiebre por encima de los 40°C, hay astenia. Algunos casos se han registrado como fatales.

Existe otra manera de clasificar las formas clínicas del Eritema Polimorfo, basándose en la etiopatogenia.

- Primaria o idiopática.

Se presenta el período preeruptivo, no produce prurito, ni eosinofilia tiene localización cutánea y no existen recidivas.

- Forma Secundaria.

a) Introgenias producidas por drogas (penicilina, antibióticos, sulfamidas, yodo, etc.)

b) Deficiencias nutricionales (producidas por avitaminosis B y por la carencia de nicotinamida).

c) Infecciosa.

Agudas (difteria, fiebre tifoidea, reumatismo poliarticular, gonorrea).

Crónica (lepra, tuberculosis, sífilis, etc.)

d) Por diversos procesos.

Enfermedad de Hodgkin, leucemias, exposición solar, factores emocionales, alcoholismo, radiaciones, etc.

Existe formación ampollar subepitelial, con un techo integrado por el espesor del epitelio, hay necrosis masiva, en el piso se conservan las papilas, los vasos del --

plexo subpapilar y en la porción superior se encuentran limitados.

Reportan una eritrosedimentación acelerada, así como una leucocitosis, algunos investigadores mencionan un aumento de monocitos y eosinofilia. En procesos graves se detecta leucopenia.

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico del eritema polimorfo no reviste dificultad para hacerlo.

Se debe establecer el diagnóstico diferencial de este proceso, especialmente con las siguientes afecciones:

- Pénfigo.
- Enfermedad de Duhring-Brocq.
- Epidermólisis ampollar.
- Pénfigo benigno de mucosas.
- Gingivoestomatitis aguda herpética.

TRATAMIENTO.

Emplear corticoides solos o asociados con antibióticos (en caso de que exista infección agregada). Administrar de 30 a 60 mg. diarios de prednisona o triamcinolona

por vía oral, disminuir la dosis conforme se observe alguna mejoría. Como coadyuvante, suministrar ácido nicotínico, complejo B, vitamina C y gammaglobulinas. Si es necesario emplear el antibiótico debe tenerse cuidado en su espectro y la tolerancia de éste. Abstenerse de administrar analgésico ya que puede ser el factor desencadenante de la enfermedad.

Localmente, emplear buches antisépticos y corticoides (comprimidos o en suspensión).

PRONOSTICO.

Las lesiones evolucionan en el transcurso de 3 - 4 semanas, si se lleva a cabo el tratamiento se ve disminuída la intensidad de la enfermedad. Las afecciones en la mucosa pueden persistir por algún tiempo, no deja cicatrices.

La mortalidad de esta enfermedad es baja, esto llega a suceder cuando existen complicaciones viscerales (pulmonares). Cuando hay compromiso ocular (síndrome de Stevens-Johnson, puede quedar como secuela una ceguera parcial o total).

SINDROME DE STEVENS-JOHNSON.

En la actualidad se sabe que el síndrome de Stevens-Johnson, es una forma ampollar grave del eritema multiforme, anteriormente era estudiada como una enfermedad independiente.

Esta enfermedad recibe tal término porque fue descrita por STEVENS-JOHNSON en 1922. Se trata de una lesión-ampollar poco frecuente que se localiza en la piel, mucosa-oral, ojos y genitales. Se inicia con fiebre, fotofobia y erupciones en la mucosa bucal.

Las lesiones cutáneas suelen ser asintomáticas, - sin prurito, se observan máculas rojas oscuras y purpúricas, algunas tienen un aspecto necrótico en la zona central.

Las afecciones de la mucosa oral, son las molestias que refiere el paciente, ya que las ampollas se rompen dejando al descubierto el exudado que impide que se realice la ingestión y masticación de los alimentos. Los labios y la boca presentan úlceras dolorosas con costras sanguinolentas, estas manifestaciones son tomadas como una gingivomatitis ulceronecrotizante.



FIG. 19. Síndrome de Stevens-Johnson. Lesiones ulceradas - costrosas de la cavidad bucal y labios.

Las lesiones oculares pueden terminar con ceguera - parcial o total, puede afectar los genitales (uretritis, úlceras vaginales).

No resulta raro que se vean comprometidas las - - vías respiratorias (ulceración traqueobronquial y neumonías)

Con el estudio al microscopio electrónico de esta enfermedad encontramos la presencia de vesículas intraepite - liales con ausencia de la membrana basal, dilatación de los capilares y vasos linfáticos en la parte superior del teji - do conectivo. Existe infiltración de células inflamatorias principalmente (linfocitos, neutrófilos y eosinófilos).

DIAGNOSTICO.

Se debe establecer el diagnóstico diferencial de este proceso, con las siguientes enfermedades:

- Estomatitis aftosa.
- Pénfigos.
- Dermatitis herpetiforme.
- Liquen plano ampollar.
- Herpes zoster.
- Enfermedad de Lyell.

TRATAMIENTO.

No existe una terapéutica específica para la enfermedad, pero se ve favorecida con la administración de -- cortisona, ACTH y clortetraciclina.

PRONOSTICO.

Pocas veces se ve comprometida la vida del paciente, pero las lesiones algunas veces dejan recidivas.

BIBLIOGRAFIA.

1).- Grinspan, D.: Enfermedades de la Boca. Semiología, -
Patología Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal.-
Tomo II. Ed. Mundi. 1363-1375.

2).- Shafer, W.: Tratado de Patología Bucal. 3a. ed. Ed.-
Interamericana. México 1977. 763-766.

3).- Thoma, T.: Patología Oral. Ed. Salvat. México 1980.-
778-781.

RESULTADO.

Con la presente investigación se obtuvo, información a cerca de las características clínicas primordiales de las enfermedades vasiculoampollares adquiridas, sobre todo las que originan lesiones en la mucosa bucal.

Existe una relación muy estrecha entre la piel y la mucosa bucal, ya que poseen características estructurales anatómicas semejantes. Por tal motivo no resulta -- sorprendente que algunas lesiones cutáneas se manifiesten en la cavidad oral.

Las diferencias entre las vesículas y ampollas; es que las primeras, son lesiones elementalmente primarias, miden menos de 1 cm de diámetro y se distribuyen en forma de ramilletes, las ampollas son afecciones primarias de mayor tamaño que las primeras y miden más de 1 cm de diámetro; se distribuyen en forma irregular.

Tipos de formación de las ampollas.

- 1 Intraepiteliales (propias de los pénfigos).
- 2 Subepiteliales (propias de los pénfigoides y del eritema multiforme).

CONCLUSIONES.

El pénfigo es una enfermedad de etiología desconocida, que se da generalmente en personas adultas sin predilección por el sexo. Tiene una ubicación cutaneomucosa.

Tradicionalmente lo clasifican en 4 grupos. Siendo el pénfigo vulgar o Besnier el que con mayor frecuencia se presenta en la cavidad oral.

El pénfigo se caracteriza por tener una forma --ción intraepitelial. Son levantamientos circunscritos de piel o de la mucosa aparentemente normal, con contenido líquido que al romperse dan lugar a las úlceras dolorosas -- que sanan sin dejar cicatriz.

El tratamiento del pénfigo debe ser tanto tópico como general; consiste en suministrar corticoides, también se puede emplear citostáticos en combinación o después de la administración de los corticoides.

Los penfigoides se parecen clínicamente a los --pénfigos, pero presentan características muy propias. Es una enfermedad de etiología desconocida, se da en personas entre los 20 a 55 años.

Es una enfermedad de formación de ampollas sub -epiteliales, tiene un origen inflamatorio con una serie de lesiones polimorfas que se observan en la piel, en la mu -

cosa bucal y ocular. Tiene una disposición herpetiforme con tendencia a decidivar que en ocasiones puede ser fatal. La terapéutica es a base de sulfamidas, corticoides y antibióticos.

El eritema polimorfo es un proceso que afecta tanto a los niños como a los adultos jóvenes. Es una enfermedad que es producida por causas tóxicas, inmunológicas o infecciosas. Tiene una ubicación en la piel y mucosa oral.

Esta enfermedad se caracteriza por presentar un período percursor antes de que se establezca la afección. Las lesiones cursan 5 estados evolutivos (macular, ampollar, necrótico, pseudomembranoso y de curación). Es una enfermedad de formación ampollar subepitelial. La terapéutica empleada para este proceso es a base de corticoides solos o asociados con antibióticos.

Para el diagnóstico de estas enfermedades se debe efectuar una buena historia clínica. Para corroborar el diagnóstico que se ha establecido el profesionalista, realizar los siguientes estudios complementarios: citología exfoliativa, biopsia, frotis de Tzanck, signo de Nikolsky, prueba de aire comprimido, inmunofluorescencia y los análisis de sangre.

PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES.

Pedir la colaboración del dermatólogo para que -- trabaje en conjunto con el estomatólogo para poder compar-- tir la responsabilidad en el tratamiento del paciente.

En casos incipientes las lesiones bucales deben - ser tratadas en el consultorio estomatológico.

Cuando las lesiones sean extensas, el paciente debe ser hospitalizado para que sea atendido adecuadamente.

Dar indicaciones al paciente acerca de la dieta - que debe seguirse.

Está contraindicado prescribir el empleo de anti-- bióticos con fines profilácticos, por el peligro que repre-- senta de producir infecciones enmascaradas y crear resistencia de las bacterias.

Durante el tratamiento se recomienda al paciente-- checarse periódicamente la presión arterial, análisis de -- sangre, de orina y equilibrio de líquidos con el fin de evitar futuras complicaciones.

Para el tratamiento tóxico de las lesiones en la-- cavidad oral, se recomienda utilizar xilocaína viscosa al 5%

o elixir de benadril y jarabe de tetraciclina a manera de -
colutorios. Esto es con el fin de calmar las molestias que
experimenta el paciente.

ALTERNATIVAS.

- Formar un equipo de salud, en el que participen el odontólogo, dermatólogo e internista, con la finalidad de dar una atención más integral al paciente.

- Establecer la relación médico-paciente.

- Explicar al paciente la naturaleza de su padecimiento, haciéndole ver el papel tan importante que el desempeña, para su restablecimiento.

- Indicarle al paciente que por ningún motivo interrumpa el tratamiento.

- Vigilar periódicamente al paciente para evitar futuras complicaciones.

ANEXOS.

Definición de algunos términos.

Acantólisis (del gr. ákantha, espina, y lýsis, disolución).

Término de Auspitz para el desprendimiento de las células de cuerpo mucoso de Malpigio.

Acino (del lat. acinus, grano de racimo).

Cualquiera de los lóbulos de una glándula compuesta.

Afta (del lat. aphta, y éste del gr. áphtai, quemaduras).

Pequeña vesícula, luego ulceración blanquesina en la mucosa bucal.

Alopecia (del lat. alopecia, y éste del gr. alopekia, de --alópex, zorra).

Calvicie; deficiencia natural o anormal de cabello.

Ambliopía (del ambli- y el gr. opos, ojo).

Oscurecimiento de la visión por sensibilidad imperfecta de la retina y sin lesión orgánica del ojo.

Amenorrea (de a, el gr. men-menós, mes y rhein, fluir).

Falta de menstruación.

Ampolla (del lat. ampulla).

Lesión elevada de piel o mucosa, superficial y llena de líquido, que mide más de 1 cm. de diámetro.

Astenia (del gr. asthénēia, debilidad, de ā y asthenos, - fuerza).

Falta o pérdida de fuerza.

Candida.

Género de hongos semejantes a levaduras. La especie *C. albicans* es causa de moniliasis o candidiasis cutaneomucosas (muguet, vaginitis, intertrigo estomatitis angular, etc.)

Caquexia (caquéctico) (del gr. Kachexía, mal estado).

Estado de trastorno constitucional profundo y progresivo, determinado por causas diversas: infecciones, intoxicaciones, tumores, etc.

Cetosteroide.

Compuesto orgánico que contiene el grupo funcional CO llamado carbonilo. Los 17-cetosteroides tienen el grupo cetona en el carbono 17; se hallan en la orina en el hombre y mujeres normales y, en cantidad excesiva, en determinados tumores ováricos o suprarrenales.

Edema (del gr. oídema, hinchazón).

Acumulación excesiva de líquido seroalbuminoso en el tejido celular debida a diversas causas; disminución de la presión osmótica del plasma por reducción de las proteínas; aumento de la presión hidrostática en los capilares por insuficiencia cardíaca; mayor permeabilidad de las paredes capilares u obstrucción de las vías linfáticas. La -

hinchazón producida se caracteriza por conservar la huella de la presión del dedo.

Eritema (del gr. *erýthema*, rubicundez).

Enrojecimiento difuso o en manchas de la piel, -- producido por la congestión de los capilares, que desaparece momentáneamente por la presión.

Erosión (del lat. *erosio*, -onis, roedura).

Destrucción o ulceración lenta y progresiva de un tejido por fricción, compresión o por la acción de una sustancia corrosiva.

Escama (del lat. *squama*).

Laminilla formada de células epidérmicas adheridas que se desprenden espontáneamente de la piel.

Esteroide.

M. Sustancia de importancia fisiológica, constituida por cuatro anillos unidos de manera característica: dos anillos de seis miembros de carbono abajo y dos anillos, uno de seis y otro de cinco miembros de carbono arriba.

Estomatitis (del gr. *stoma*, -atos, boca, y el suf. -itis).

Inflamación de la mucosa de la boca. -aftosa. Formación de úlceras pequeñas y superficiales en la mucosa de la boca.

Exfoliación (de *exfoliar*, y éste del lat. **exfoliare*).

Desprendimiento de escamas o láminas de una parte u órgano; desprendimiento de las capas superficiales de la epidermis.

Exulceración.

f. Ulceración superficial.

Fístula (del lat. fístula, tubo).

Trayecto patológico, consecutivo generalmente a un proceso de ulceración, que comunica el foco patológico con un órgano o estructura externo o interno y por el cual sale pus o un líquido normal, desviado de su camino ordinario.

Fotofobia (de foto- y el gr. phobos, temor).

Intolerancia anormal de la luz, especialmente la provocada por afecciones oculares.

Gastroenteritis (de gastro- y enteritis).

Inflamación de estómago y los intestinos.

Habón.

m. Elevación cutánea aplanada, en ocasiones pruriginosa.

Halitosis (del lat. halitus, exhalación).

f. Olor anormal del aire espirado; aliento fétido; bromopnea foetor ex ore.

Hemograma (del hemo- y el gr. gramma, registro, inscripción).

m. Fórmula o cuadro sanguíneo en que se expresan el número, proporción y variaciones de los elementos celulares de la sangre. (Rojo y blanco).

Hidrocefalia.

f. Calidad de hidrocéfalo.

Hidrocéfalo (del gr. hydroképhalos; de hydor, agua y kepha-

lé, cabeza)

Acumulación de líquido en el encéfalo por aumento de su producción en los plexos coroides de los ventrículos o por disminución de su resorción. La variedad más común en la infancia es debida siempre a la obstrucción, que puede radicar en los agujeros de Luschka y Magendie (hirocéfalo obstructivo subaracnoideo). La enfermedad se caracteriza por el mayor volumen de la cabeza con prominencia de la frente, debilidad mental por atrofia del cerebro y convulsiones.

Hiperplasia (de hiper- y el gr. plasis, acción de modelar).

Multiplicación anormal de los elementos de los tejidos; hipertrofia numérica.

Intertrigo (del lat. intertrigo, roce).

Inflamación eritematosa de la piel en las regiones sujetas a roces entre dos superficies cutáneas, tales como los pliegues, acompañada de comezón y exudación más o menos abundante. Es muy frecuente en los niños y en las personas desaseadas y obesas. Sin.: Eritema intertrigo.

Insuficiencia Renal (del lat. insufficientia).

Incapacidad mayor o menor renal, para cumplir las funciones debidas.

Leucopenia (de leuco- y el gr. penia escaséz).

Reducción del número de leucocitos en la sangre por debajo de 5,000; hipoleucocitosis; puede ser-

basófila o maligna -maligna o perniciosa. Agranulocitosis.

Mácula (macular) (pl. maculae) (lat.)

f. Mancha. Cambio de color plano o circunscrito de la piel o las mucosas, hasta de 1 cm. en su diámetro mayor.

Meningoencefalitis (de meningo- y encefalitis).

Inflamación simultánea, aguda o crónica, del encéfalo y las meninges.

Necrobiosis (del gr. nekros, muerte y bios, vida).

f. Muerte fisiológica de las células o tejidos dependientes de cambios relacionados con el desarrollo, envejecimiento, uso, etc., como la maduración y descamación de las células epidérmicas, fagocitos de eritrocitos viejos, etc.

Nefritis (del lat. nephritis y éste del gr. nephritis; de nehrós, riñón).

Inflamación del tejido renal.

Pápula (del lat. papula)

Elevación eruptiva pequeña, sólida y circunscrita de la piel, que evoluciona en días y semanas, resolutive, esto quiere decir que no deja huella si no se maltrata y es debido a un infiltrado de células basales: polimorfonucleares, linfocitos en la dermis superficial y parte de la epidermis, -- termina ordinariamente por descamación; es una de las lesiones elementales de la piel.

Paraqueratosis.

Presencia de núcleos en la capa córnea (psoriasis)

Prodrómico (del lat. prodromus, y este del gr. pródromos, -- que precede; de pro, delante, y dramein, correr).

Prurito (pruriginoso, pruritoso).

Sensación particular que incita a rascarse.

Psoriasis (psoriásico, psórico) (de psora).

Dermatosis eritematoescamosa de etiología desconocida, propias de los individuos de raza blanca, en la edad media de su vida persistente o con brotes repetidos y remisiones más o menos largas.

Púrpura (del lat. purpura)

Afección caracterizada por manchas rojas de la -- piel, constituidas por pequeñas extravasaciones -- sanguíneas subcutáneas; síntoma de enfermedades di₂versas.

Pústula (pustuloso) (del lat. pustula).

Pequeña elevación cutánea llena de pus.

Pustulosis.

f. Estado caracterizado por la formación de pústulas.

Queratina (del gr. keratine, córnea o cuerno).

Sustancia orgánica que forma la base de la epidermis, uñas, pelo y tejidos córneos, semejantes a -- las proteínas por su estructura química y que, al descomponerse, da tirosina y leucina. Es soluble en el ácido acético cristalizable y en las solucio₂

nes alcalinas, e insolubles en los líquidos acu-
sos ácidos por lo que se ha utilizado su solución
en amoniaco para recubrir medicamentos en forma -
pilular que deban obrar únicamente en el intesti-
no.

Quiste (del gr. kystis, vejiga).

Tumor formado por un saco cerrado, normal o acci-
dental, especialmente el que contiene líquido o -
sustancia semisólida.

Seropurulento.

Adj. Seroso y purulento a la vez.

Seudomembrana.

Falsa membrana o neomembrana, especialmente la --
producción morbosa que sólo tiene de membrana la-
apariencia, estando constituida por un exudado fi
brinoso coagulado que engloba leucocitos y bacte-
rias.

Sialorrea (de sialo- y el gr. rhein, fluir).

Flujo exagerado de saliva; salivación, tialismo.

Sinequia (del gr. synécheia, continuidad).

Adherencia de las partes próximas, especialmente-
la del iris con la córnea o con el cristalino.

Toxidermia.

f. Dermatitis de origen tóxico.

Úlcera (del lat. úlcera, pl. de ulcus, llaga).

Solución de continuidad con pérdida de sustancia-
debida a un proceso necrótico, de escasa o nula -

tendencia a cicatrización.

Uretritis.

Inflamación aguda o crónica de la uretra.

Urticaria (del lat. urtica, ortiga).

Afección cutánea caracterizada por la erupción súbita de placas o ronchas ligeramente elevadas, de forma y dimensiones variables acompañadas de prurito intenso. No suele durar más de dos o tres días y generalmente es sintomática de una irritación nerviosa por acción refleja. En muchos casos es un fenómeno alérgico producido por la ingestión de sustancias a las que el individuo es sensible. Sin.: Epinictis pruriginosa, estigmasia, estigmatodermia, fiebre urticada, onidosis.

Vegetante.

adj. Que produce vegetaciones o se cubre de ellas.

Verruga (del lat. verruca).

Única o múltiple, de forma y tamaño variable, constituida por la hipertrofia de las papilas. La común o vulgar, que aparece con gran frecuencia en las manos en la infancia y adolescencia, es debida a un virus filtrable y desaparecen a veces espontáneamente.

Vesícula (del lat. vesícula, dim. de vesica, vejiga).

Vejiga pequeña; órgano en forma de saquito o bolsa. Vejiguilla cutánea formada por la elevación circunscrita de la epidermis, llena de líquido seroso.

BIBLIOGRAFIA.

- 1).- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 11a. -
ed. Ed. Salvat. México 1982.

BIBLIOGRAFIA GENERAL.

1).- Amado, S.: Lecciones de Dermatología. 9a. ed. Ed. -
Editor. México 1979.

2).- Andrews, y Damakos, A.: Tratado de Patología. 2a. -
ed. Ed. Salvat. México 1980.

3).- Degos, R.: Dermatología. La Prensa Médica Mexicana.
9a. ed. Ed. Fournier. México 1979.

4).- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 11a,
ed. Ed. Salvat. México 1982.

10).- Grinspan, D.: Enfermedades de la Boca. Semiología, Patología Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal. Tomo II. Ed. Mundi, México 1977.

11).- Junqueira, L. y Carneiro, J.: Histología Básica. Ed. Salvat. México 1977.

12).- Korting, D.: Diagnóstico Diferencial Dermatológico. Ed. Científica Médica, Caracas 1975.

13).- Norman, T.: Manual de Dermatología. Ed. Salvat. México 1945.

14).- Provenza, V.: Histología y Embriología Odontológicas. 1a. ed. Ed. Interamericana. México 1974.

15).- Sanders, S. y Nelson, C.: Adelantos recientes en Dermatología. Clínicas Médicas Norteamericanas. Mayo.-- Nueva York 1965.

16).- Saver.: Dermatología. Enfermedades de la Piel 3a. - ed. Ed. Interamericana, México 1979.

17).- Shafer, W.: Tratado de Patología Bucal, 3a.ed. Ed. Interamericana. México 1977.

18).- Thoma, T.: Patología Oral. Ed. Salvat. México 1980.

19).- Zegarelli, E.: Diagnóstico en Patología Oral. Ed. Salvat. México 1979.