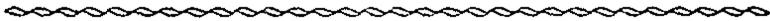


870122

19
24

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México



ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALSA DE GRADU

IMPORTANCIA PARA LA ODONTOLOGIA, DE LAS ENFERMEDADES
DERMATOLOGICAS MAS COMUNES CON
MANIFESTACIONES BUCALES

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

OSCAR ANTONIO CHONG ALVAREZ

ASESOR: DRA. JOSEFINA TERRIQUEZ CASILLAS

GUADALAJARA, JALISCO, 1989.



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.

" IMPORTANCIA PARA LA ODONTOLOGIA, DE LAS ENFERMEDADES
DERMATOLOGICAS MAS COMUNES CON
MANIFESTACIONES BUCALES ".

I N D I C E

Introducción.

- CAPITULO I Liquen Plano.
 a) Generalidades.
 b) Etiología.
 c) Aspectos bucales.
 d) Diagnóstico diferencial y tratamiento.
- CAPITULO II Pénfigo.
 a) Generalidades.
 b) Etiología.
 c) Aspectos bucales.
 d) Diagnóstico diferencial y tratamiento.
- CAPITULO III Lupus Eritematoso.
 a) Etiología.
 b) Generalidades.
 c) Aspectos bucales
 d) Diagnóstico diferencial y tratamiento.

CAPITULO IV

Tuberculosis.

- a) Etiología.
- b) Generalidades.
- c) Aspectos bucales.
- d) Diagnóstico diferencial y tratamiento.

CAPITULO V

Sífilis.

- a) Generalidades.
- b) Etiología.
- c) Aspectos bucales.
- d) Diagnóstico diferencial y tratamiento.

Conclusiones.

Bibliografía.

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

ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS CON MANIFESTACIONES ORALES MAS COMUNES.

Este trabajo está realizado con el propósito de dar al cirujano dentista de práctica general, la información más importante de las enfermedades dermatológicas con manifestaciones bucales en la práctica odontológica. Tratará los aspectos bucales de estas enfermedades como son: Líquen - Plano (Lichen Ruber Planus), Pênfigo, Lupus Eritematoso, Sifilis, Tuberculosis.

Se elaboró para resaltar las características fundamentales, para hacer un acertado diagnóstico diferencial y final, así como también hacer del conocimiento del odontólogo su tratamiento de elección.

Al elaborar este tema, se tiene también en consideración las limitaciones que debe tener el odontólogo en cuanto al tratamiento de estas afecciones procurando limitarse a diagnosticar la misma y remitir al paciente al dermatólogo para una adecuada atención del paciente de su problema.

Se enfocará con más cuidado al aspecto clínico, se darán generalidades y características propias de cada enfermedad.

C A P I T U L O I

LIQUEN PLANO

GENERALIDADES.

El liquen plano es una enfermedad cutánea bastante frecuente, y se ha demostrado adecuadamente que estas lesiones ocurren en la boca en más del 50% de los pacientes afectados.

El liquen plano es una enfermedad del adulto, pero en ocasiones se encuentran afectados los niños.

No se conoce la etiología del liquen plano.

Es interesante notar que la enfermedad rara vez se ve en personas despreocupadas; el sujeto nervioso, tenso, invariablemente es en el que aparece el trastorno.

Se puede decir mucho en lo concerniente al factor hereditario, pero este supuesto, también requiere ser documentado.

En cuanto concierne a las reacciones tóxicas, se han publicado casos, en los que el liquen plano fue el resultado

do de una reacción a medicamentos que contenían substancias tales como el oro, el arsénico o la atabrina.

Las lesiones cutáneas del liquen plano aparecen como pequeñas pápulas angulares, con la parte superior plana, que miden solo unos pocos milímetros de diámetro.

Las pápulas están finamente demarcadas de la piel que las rodean.

Al principio de la enfermedad las lesiones son de color rojo, pero pronto toman un matiz púrpura rojizo o violáceo.

Más tarde se hacen de color café sucio.

Los lugares más comunes son bilateralmente en las superficies de flexión de la muñeca y el antebrazo, la parte interna de la rodilla y los muslos y el tronco, especialmente en el área del sacro.

Puede haber una ligera predilección por el sexo femenino.

Se ha observado la degeneración maligna hacia el carcinoma de células escamosas.

El aspecto clásico es el de lesiones reticulares blan-

cas, interconectadas, semejantes a hilos, las estrías de Wicknam ubicadas bilateralmente en la mucosa vestibular.

El liquen plano en placa, es por lo general una lesión blanca de superficie lisa o ligeramente irregular, que se encuentra fundamentalmente en la mucosa vestibular y lingual.

Los tejidos bucales más afectados y a menudo los únicos tejidos implicados, son los de la mucosa.

La lengua también es una localización frecuente, estando más a menudo afectadas sus superficies lateral y dorsal que la ventral.

Los labios, el suelo de la boca y los tejidos palatinos y gingivales suelen estar menos atacados, pero las lesiones en estos puntos no son en modo alguno raras.

En la cavidad bucal la enfermedad asume un aspecto clínico algo diferente del que se presenta en la piel y se caracteriza por lesiones que consisten en pápulas semejantes a hebras aterciopeladas, de color gris o blanco, radiadas que presentan una ordenación lineal, anular o en forma de red, y forman parches reticulares, anillos o rayas sobre la mucosa bucal y en menor extensión sobre los labios.

TIPOS DE LIQUEN PLANO BUCAL.

1.- EL TIPO RETICULAR.- Existe con mayor frecuencia en la mucosa bucal que en cualquier otro punto, pero en ocasiones se encuentra en otros tejidos.

Está constituido por una serie de líneas estrechas, ligeramente elevadas, blanquecinas o grisáceas, las cuales al unirse unas con otras según diversos ángulos, forman una variedad de mallas o tipos definidos.

Las mucosas en los intersticios de las lesiones reticulares son con frecuencia de color y textura normal.

2.- EL TIPO POPULAR.- Está constituido por pequeñas manchas blancas, hemisféricas y del tamaño de una cabeza de alfiler elevadas y brillantes.

Estas manchas pueden ser escasas en número y estar esparcidas por toda la superficie del tejido, o pueden ser profusas, juntas a menudo en grupos.

Como se puede esperar, cuando se presentan en grupos ofrecen una diversidad de aspectos clínicos, según el grado y los resultados de sus uniones.

3.- EL TIPO PLACA.- Como su nombre indica, está constituido por una mancha sólida y levantada.

Si bien, la placa puede existir como la única lesión del liquen plano susceptible de ser clínicamente descubierta, en cuyo caso el estudio histológico es esencial para una diferenciación correcta, va acompañada a menudo de lesiones populares o reticulares en su inmediata vecindad o en otros tejidos de la boca.

4.- TIPO EROSIVO O ULCERADO.- Se observan sobre todo en la mucosa bucal y en las superficies dorsal y lateral de la lengua; más raras veces los tejidos gingival, palatino y labiales también están afectados.

La lesión erosiva es en general llana o ligeramente, y su aspecto es de un rojo intenso o denudado.

Su identificación clínica es generalmente muy fácil, puesto que la lesión puede estar a menudo rodeada por el tipo reticular o papular revelante.

El aspecto de las úlceras varía considerablemente, desde pequeñas úlceras llanas o ligeramente deprimidas, circulares con bases rojas o denudadas, hasta las úlceras grandes, extensas, de forma irregular, con exudado serofibrinoso en su superficie.

5.- EL LIQUEN PLANO ATROFICO.- El cuadro clínico es el de atrofia generalizada de los botones gustativos, dejando una mancha lisa brillante, violácea o ligeramente gris.

Queda limitada al dorso de la lengua.

A veces esta forma simula la glositis atrófica de la sífilis y pueden ser necesarios en ausencia de tipos liquenoides más reveladores, los exámenes serológicos.

La participación gingival presenta a veces el aspecto de gingivitis descamativo, es decir, lesiones difusas o en manchas intensamente rojas, denudadas y dolorosas.

También se puede presentar la forma hipertrófica del liquen plano como una lesión bien circunscrita, elevada de color blanco que asemeja una leucoplasia.

A pesar de la participación extensa de las mucosas, si las lesiones no son erosivas ni están ulceradas el paciente puede no aquejar molestias o ser estas mínimas.

Sin embargo las formas erosivas ulceradas, atrofia y vesícula ampollosa son casi invariablemente la causa de un dolor por lo menos moderado y a menudo fuerte.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Erupción medicamentosa liquenoide, lupus eritematoso - penfigoide membranoso, mucoso benigno, eritoplasia, penfigo vulgar, mucositis por irradiación, mucositis alérgica.

TRATAMIENTO:

Las exacerbaciones agudas de grado menor de las formas no hipertróficas son tratadas con corticosteroides tópicos.

Las pomadas de acetato de triamcinolona, acetato de hidrocortisona y valerato de metametasona son igualmente útiles para dominar el malestar.

En casos más graves las infecciones dentro de la lesión de acetato de triamcinolona o acetato de metilprednisolona suele aliviar el dolor.

Los anestésicos locales reducen al mínimo el malestar de las infecciones intralesionales.

Los corticosteroides sistemáticos son necesarios en caso de dolor intenso y con afección dérmica.

La administración local de la dexametasona es útil, pero puede causar reacciones secundarias importantes.

Es conveniente realizar una consulta con el dermatólogo cuando existen lesiones cutáneas.

Los enfermos con síntomas agudos deben examinarse cada semana hasta que ocurra la remisión.

Está comprobado que en algunos casos raros el liquen plano puede sufrir alguna transformación maligna.

Se recomienda hacer evaluaciones anuales en las lesiones persistentes y biopsia cada tres o cinco años, o más frecuentes, si ocurren modificaciones clínicas sugerentes de neoplasias.

C A P I T U L O I I

PENFIGO VULGAR.

GENERALIDADES:

El pênfigo es una enfermedad de adultos, mucho más frecuente en los individuos de mediana edad y los ancianos, - aún cuando se han diagnosticado casos excepcionales en - - adultos más jóvenes, entre los 20 y 40 años.

No parece existir ninguna diferencia en la frecuencia en cuanto al sexo. Unos autores han indicado que el pênfigo es más frecuente entre los individuos de raza hebrea - que en otras personas.

El pênfigo es una enfermedad cutánea importante, habitualmente grave y a veces mortal.

Interesa en particular a los dentistas, puesto que más del 50% de los pacientes de pênfigo sufren complicaciones bucales.

La acción de irritantes locales y de microorganismos - puede originar la superposición de infección en las lesiones bucales del pênfigo.

Una de las complicaciones infecciosas más frecuentes - es la moniliasis.

El paciente con pênfigo es particularmente propenso a la moniliasis bucal, a causa de diversos factores:

- A.- La debilitación general y la menor resistencia a la infección.
- B.- Los antibióticos que le pueden haber sido administrados o se le dan para combatir la infección, favoreciendo el desarrollo excesivo de Candida Albicans y,
- C.- El tratamiento prolongado local o general, con corticosteroides.

Si no se trata la enfermedad puede ser fatal, los pacientes mueren por deshidratación y septicemia, por causa de las ampollas denudadas.

ETIOLOGIA:

La etiología aún se desconoce a pesar de los numerosos intentos que se hicieron en el pasado para culpar a microorganismos específicos.

No obstante, es evidente que está implicado un mecanismo autoinmunitario en el proceso de la enfermedad, en vista de que se pueden demostrar anticuerpos intercelulares en el epitelio de la piel y de la mucosa bucal de estos pacientes y de anticuerpos intercelulares circulantes en su suero.

Se reconocen diversos tipos de Pénfigo, pero la lesión básica, la vesícula o la bula, es la misma en cada caso. Estos tipos son:

- 1.- Pénfigo Vulgar.
- 2.- Pénfigo Vegetante, Pénfigo foliaceo, Pénfigo eritematoso.

El pénfigo vulgar es con mucho, la variedad más frecuente que afecta a los tejidos bucales.

El pénfigo vegetante generalmente presenta una forma más ligera.

Las lesiones vegetantes del pénfigo, raras veces, por no decir nunca, se observan en el interior de la boca.

El pénfigo foliaceo es una forma rara de pénfigo que a veces, afecta a la mucosa bucal, pero en grado mínimo.

En el pénfigo eritematoso (síndrome de Senear-Usher) las lesiones están generalmente limitadas a la cara y al torax, pero a veces existen en la cavidad bucal.

A pesar de la importancia de su conocimiento para el profesional hasta llegar a estar familiarizado con las distintas variedades de pénfigo, desde el punto de vista práctico y clínico, posee más valor que el pénfigo vulgar.

ASPECTOS BUCALES.

Las lesiones comienzan en el 50% de los pacientes en la boca; en alguna fase de la enfermedad, existe afectación oral en todos los pacientes.

El tamaño de las lesiones varía notablemente y está comprendido entre varios milímetros (vesicular) y un centímetro o más (ampollas) de diámetro. Las flictonas parecen formarse de un tejido aparentemente normal, blando, y los tejidos vecinos o contiguos están exentos de inflamación.

Habitualmente están llenas de un líquido claro, pero a veces este es de color pajizo, lo que permite sospechar un componente infeccioso.

En otros casos todavía la lesión es de color púrpura, lo que indica un contenido líquido hemorrágico.

La lesión frecuente del pénfigo es una úlcera.

Estas son de distinto tamaño y forma, pero a menudo son grandes (un centímetro o más de diámetro), con su contorno irregular y sus bordes periféricos, están con frecuencia mellados, rotos.

Sus bordes están constituidos a menudo por películas necróticas de tejido, delgadas y frágiles, que se levantan y separan con facilidad del tejido subyacente.

También en este caso, como en el período flictenular, la úlcera no traumatizada no está rodeada por la inflamación, lo que constituye un dato diagnóstico importante.

La base de la propia úlcera es a menudo de un rojo obscuro y absolutamente desnuda.

Por lo general, las lesiones bucales de pénfigo representan dos o más etapas, más que un tipo individual de lesión.

Como es de esperar, según la anterior descripción de las lesiones, los síntomas subjetivos son a menudo graves y debilitantes.

Las lesiones más ligeras pueden ser meramente molestas o adoloridas, siendo el malestar más intenso cuando en contacto con alimentos y líquidos irritantes.

Las lesiones son por lo general, causa de un dolor bucal intenso hasta el punto que, a menudo el comer, masticar, y deglutir son extremadamente difíciles, o bien imposibles.

La mucosa bucal también exhibe fenómeno de Nikolsky.

En caso positivo, la prueba de Tzanck es muy sugestiva, aunque no absolutamente patognomónica de Pénfigo.

GENERALIDADES.

EXAMEN LAB.

Protis de Tzanck, Prueba de Nikolsky, Prueba de aire comprimido, inmunofluorecencia.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Se puede experimentar alguna dificultad para diferenciar el pénfigo de otras enfermedades bulosas como dermatitis herpetiforme, eritema multiforme nulosos, líquen plano-buloso, epidermolisis buloso, y otras dermatosis bulosas crónicas.

Pénfigo mucoso benigno, gingivostomatitis herpética primaria.

TRATAMIENTO:

Mientras se esperan los resultados de las pruebas de laboratorio, el dentista puede iniciar un tratamiento paliativo.

Para disminuir el dolor de la masticación se recomiendan enjuagues bucales con anestésicos tópicos elixir de clorhidrato de difenhidramina o clorhidrato de lidocaína viscosa.

Cuando se confirma el diagnóstico, el sujeto debe remi

tirse al médico para su tratamiento.

Hasta ahora, la única terapéutica eficaz ha sido la administración de dosis elevadas de corticosteroides.

Aunque el índice de supervivencia sea malo, el diagnóstico precoz y un tratamiento inmediato, antes de la parti-cipación de las lesiones cutáneas, han mejorado muchísimo el pronóstico.

C A P I T U L O I I I

LUPUS ERITEMATOSO DISC.

GENERALIDADES:

Es una enfermedad relativamente común, la cual, como - la forma generalizada, predomina en el tercero y cuarto de cenio de la vida.

Es considerablemente más común en la mujer que en el - hombre.

Los síntomas no causan impresión al paciente, el pa - ciente puede quejarse de una ligera sensibilidad o moles - tía, o puede ser totalmente asintomática. Los síntomas ge - nerales son raros.

Cuando existen signos de artralgia fiebre y leucopenia, habrá que pensar en otras formas de Lupus Eritematoso.

Cuando los signos y síntomas clínicos favorecen un - - diagnóstico de LE, este debe confirmarse mediante un exa - - men histológico, inmunofluorescencia y pruebas de laborato - rio.

Aunque puede estar afectada cualquier parte de la piel por la forma discoide del lupus eritematoso, los lugares - más comunes son: la cara, las mucosas bucales, el torax, - la espalda, y las extremidades.

Las lesiones cutáneas son máculas de color rojo púrpura, ligeramente elevadas, que a menudo están cubiertas con escamas adherentes de color amarillo o gris.

Las lesiones aumentan en tamaño por el crecimiento periférico y este hecho en parte es característico de la enfermedad. La forma discoide de la enfermedad también puede asumir una distribución de mariposa, en las regiones de los molares y a través del puente de la nariz.

Del 15 al 25% de este caso hay lesiones en la mucosa bucal.

ETIOLOGIA:

Entre las distintas teorías que pretenden explicarla se puede mencionar las siguientes: es una forma de tuberculosis; es resultado de una fotosensibilidad; se considera como factores coadyuvantes, más que como causa primaria.

Agentes tóxicos, como picaduras de insectos, y diversos medicamentos, entre ellos los arsenicales, el oro, bismuto y los barbitúricos.

En la actualidad, el L.E.D.C. se clasifica como un miembro de la familia de las enfermedades del colágeno, y posiblemente como un resultado de un mecanismo de autoinmunidad.

ASPECTOS BUCALES:

Las lesiones mucosas del lupus eritematoso discoide crónico son esencialmente las mismas que las de la piel, pero su aspecto está obviamente modificado por la humedad e irritaciones en la boca.

Las lesiones bucales en la forma discoide empiezan como áreas eritematosas, algunas veces ligeramente elevadas, a menudo deprimidas, por lo regular sin duración y con manchas blancas.

En ocasiones puede haber una ulceración dolorosa con costras o sangrado.

Los márgenes de las lesiones no están muy marcados pero con frecuencia tienen una zona angosta de queratinización.

Es común observar ostras blancas radiadas fuera de los márgenes.

El borde bermellón de los labios, en particular, el inferior es un lugar muy común de presentación de estas lesiones.

Las placas eritematosas atróficas, están rodeadas por un borde queratoso, y pueden afectar todo el labio y extenderse sobre las superficies cutáneas.

En algunas las formaciones queratóticas son diminutas y están estrechamente agrupadas, parecidas a una papilomatosis.

El detalle de sus rasgos depende de la duración de las lesiones, así como también de su tamaño: cuanto mayor es su duración, tanto más intenso es su proceso cicatrizal y la deformidad resultante.

Las lesiones labiales son propensas a la formación de escamas, mientras que las de la mucosa oral, no.

Puede haber una mayor tendencia a que los individuos con el tipo discoide desarrollen una carcinoma de células escamosas del labio inferior.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Las lesiones rojas y blancas y rojas mixtas del Lupus Eritematoso, pueden parecerse a los del liquen plano erosivo.

También se consideraron en el diagnóstico diferencial candidiasis, mucositis alérgica, eritema migratoria y eritroplasia precancerosa multifocal.

Limitaron el diagnóstico diferencial las pruebas de anticuerpo anticelular, la determinación del factor L.E. y las pruebas microscópicas inmunofluorescentes son en general positivas y es posible observar una IgG elevada.

TRATAMIENTO:

Por lo general el tratamiento del LE consiste en la administración de corticosteroides o compuestos que contienen quinina, o de ambos fármacos.

La terapéutica prolongada con corticosteroides hace que el enfermo sea más susceptible a las infecciones, por tanto, necesitará un tratamiento complementario con antibióticos locales o sistemáticos para infecciones periodontales o dentales comunes.

El tratamiento sintomático consiste en enjuagues anestésicos con elixir de clorhidrato de difenhidramina o clorhidrato de lidocaína viscoso.

A veces se requiere administrar analgésicos.

C A P I T U L O I V

TUBERCULOSIS.

GENERALIDADES:

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

La tuberculosis pulmonar es la principal forma de la enfermedad, aunque la infección también se puede presentar a través del aparato digestivo, de las amígdalas y de la piel.

Es probable que un número apreciable de pacientes con tuberculosis pulmonar también desarrollen lesiones orofaríngeas ya que los esputos contienen gran cantidad de bacilos.

La infección primaria pulmonar puede presentarse a cualquier edad, y extenderse localmente, diseminarse, o con más frecuencia, volverse completamente encapsulada o sanar por fibrosis o calcificación.

Los signos y síntomas clínicos de la tuberculosis con frecuencia son notablemente poco visibles.

El paciente puede sufrir fiebre o escalofríos episódicos, pero a menudo los principales aspectos iniciales de

la enfermedad son susceptibilidad a la fatiga e indisposición.

Puede presentarse pérdida gradual de peso concomitante con tos persistente, con o sin hemoptisis asociada.

ETIOLOGIA:

La tuberculosis del hombre y los mamíferos es producida por el *Mycobacterium tuberculosis*, un germen alcohol-ácido resistente, cuyos tipos más frecuentes son las cepas humanas y bovina.

El microorganismo puede diseminarse por el torrente sanguíneo o por metastasis linfática; en el primer caso se disemina ampliamente en muchos órganos como riñón o hígado.

SE LE DENOMINA TUBERCULOSIS BILIAR.

La diseminación linfática de los bacilos tuberculosos por lo regular es menos extensa, y con frecuencia se localizan más microorganismos dentro de los ganglios linfáticos.

La infección tuberculosa de los ganglios linfáticos o submaxilares o escrófula es una linfadenitis tuberculosa que puede evolucionar hasta formar un absceso o permanecer como una lesión granulomatosa característica.

ASPECTOS BUCALES:

La tuberculosis intraoral puede manifestarse de distintas formas, según la fase en la que se encuentre (chancro de Ghon o lesión primaria, Lupus vulgaris y tuberculosis miliar ulcerada), lo cual tiene importancia desde el punto de vista pronóstico.

El lupus vulgaris puede afectar la cara.

LESION PRIMARIA:

La lesión primaria de Ghon aparece en aquellos organismos que no han sido previamente infectados en ninguna ocasión o que han perdido su inmunidad contra el *mycobacterium tuberculosis*.

La lesión de Ghon, según Schuermann y colaboradores, se localiza la mayoría de las veces en el árbol broncopulmonar y siguiendo un orden descendente de frecuencia, en la cavidad oral, labios, esófago, y estómago.

Existe un acuerdo general de que las lesiones en la mucosa bucal rara vez son primarias, si no más bien secundarias a una enfermedad pulmonar.

Aunque todavía no se ha definido y establecido definitivamente el mecanismo de inoculación, es muy probable que los microorganismos estén en el esputo y que penetren en el tejido mucoso a través de una pequeña rotura en la superficie.

Las lesiones tuberculosas de la boca son raras.

Estas pueden hallarse en cualquier región de la boca, pero la lengua, el paladar y los labios son sus localizaciones más frecuentes.

El aspecto clínico de las lesiones tuberculosas varía notablemente.

Pueden presentarse como ulceraciones, persistentes, simulando las de origen traumático; pueden ser granulomatosas, sugiriendo el épolis más común o un tumor inflamatorio; o pueden asumir la forma de un tumor firme e indurado, que haga pensar una neoplasia maligna.

La lesión tuberculosa usual es la úlcera irregular, superficial o profunda, dolorosa, que tiende a aumentar de tamaño lentamente.

La gingivitis tuberculosa es un tipo poco usual de tuberculosis, la cual puede aparecer como proliferación de tejido gingival difuso, hiperémico, nodular o papilar.

La tuberculosis de la lengua se da con dos formas principales de lesión, la más común es la de una úlcera, casi siempre causada por esputo cargado de bacilos tuberculosos.

La segunda forma es una lesión con tuberculomas que se originan de los bacilos acarreados por vía hematogena.

La lesión se inicia como un nódulo amarillento que se abre y deja una úlcera.

La úlcera resultante causa molestias dolorosas, especialmente cuando está situada en la lengua.

Los alimentos agrios, salados, o con especias son muy irritantes para la terminal nerviosa que ha quedado expuesta.

El dolor llega a ser tan importante que interfiere con la nutrición del paciente.

La tuberculosis de la lengua es más común en los hombres que en las mujeres.

El pronóstico para los pacientes con úlceras de la lengua es pobre, ya que las lesiones locales casi siempre están indicando una tuberculosis pulmonar en grado avanzado.

OSTEOMELITIS TUBERCULOSA:

La osteomielitis tuberculosa puede afectar los huesos de la cara, como el maxilar y la mandíbula, ya sea como lesión primaria o secundaria a una tuberculosis de pulmón.

La lesión del hueso puede hacerse evidente después de una extracción dentaria, o de una fractura de la mandíbula.

La tuberculosis que causa osteomielitis puede diseminar

se en el mismo hueso destruyendo la porción esponjosa y formando múltiples fístulas a través de las placas corticales que drenan hacia la boca o hacia la piel.

En el ápice de la raíz de los dientes suele formarse un granuloma tuberculoso y es muy probable que la vía de entrada sea la que encuentra el esputo contaminado a través de una pieza fracturada o cariada, que le permita llegar hasta el conducto radicular.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Hay que descartar la tularemia, sífilis y la enfermedad por arañazo de gato, puesto que pueden desarrollar una linfadenopatía similar.

Para establecer el diagnóstico, hay que identificar el *Mycobacterium tuberculosis* en la úlcera y en los ganglios.

La positividad de la reacción cutánea a la tuberculina al cabo de unas semanas es otro dato en favor del diagnóstico.

TRATAMIENTO:

El tratamiento de la tuberculosis bucal es secundario al tratamiento de las lesiones bucales.

La terapéutica consiste en combinar la escisión quirúrgica

gica de los tejidos lesionados, cuando proceda con la admi
nistración de quimioterápicos.

En años recientes la sola administración de medicamen-
tos con acción contra el bacilo tuberculoso ha sido sufi -
ciente para que se recuperen las formas bucales más comu -
nes.

Entre las primeras que ya tienen un lugar indiscutible,
estā la isoniacida (INH), la rifampicina, el etambutol, y
la estreptomycin.

C A P I T U L O V

SIFILIS.

GENERALIDADES:

No se conoce el origen de la sífilis, pero se supone - que apareció en Europa en forma notable, a fines del siglo XV, diseminándose con rapidez en forma de pandemias como - una enfermedad aguda, frecuente, mortal en su etapa secundaria.

En años recientes, con el advenimiento de los antibióticos y otras medidas de control epidemiológicas, su incidencia se redujo enormemente.

Se clasifica la sífilis como adquirida o congénita, -- aunque algunas veces se ha confundido esta última, ya que la forma congénita se adquiere a partir de una madre infectada.

SIFILIS ADQUIRIDA:

Se contrae principalmente como una enfermedad venérea - después del contacto sexual con una pareja infectada, aun - que muchos casos se ha adquirido de otra manera, por ejemplo, los dentistas que trabajan con pacientes infectados y pasan por una etapa contagiosa.

La enfermedad si no se trata, manifiesta tres etapas -

ESTE TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

distintivas a través de su curso, de manera que es costumbre hablar de lesiones primarias, secundarias o terciarias de la sífilis adquirida.

Sífilis congénita prenatal: La sífilis congénita prenatal es transmitida a los descendientes solo por una madre infectada y no se hereda.

PRUEBAS DE LABORATORIO:

Campo obscuro, prueba de Wasserman, pruebas de Floculación, precipitación, reacciones de antígeno-anticuerpo, prueba de la inmovilización de treponema (TPI), prueba rápida para detectar reagína del plasma en cartulina o (RPR), prueba de anticuerpos fluorescentes.

La sífilis es una enfermedad infecciosa constitucional y crónica, producida por el treponema pallidum.

El treponema Pallidum, el agente causal de la sífilis, fue descubierto por Schaudin y Hoffmann en 1905.

Es una espiroqueta delicada, activamente móvil, de 5 a 20 mm. de longitud.

Su movilidad es característica.

El treponema pallidum es anaerobio y requiere humedad y tejido para su supervivencia.

La desecación lo mata, y es destruido rápidamente por

el jabón y el agua.

ASPECTOS BUCALES:

Sífilis adquirida.- Período primario.- Después de un período de incubación de tres semanas, aparece un infiltrado inflamatorio, erosivo o ulcerado, en el lugar de la infección es el chancro.

El término "Chancro" proviene de la misma raíz que cáncer.

La palabra latina cáncer, significa ulceración, a la vez que cangrejo.

La lesión se desarrolla en el lugar de la infección inicial y consiste al principio, de una tumefacción circunscrita en la piel o membrana mucosa, pero ésta pronto se desintegra para formar una úlcera.

En años recientes hubo al parecer un aumento en la frecuencia de la sífilis extragenital como resultado en la actividad bucogenital y al aumentar el contacto entre dos varones homosexuales infectados.

Esto tiene particular interés para el dentista, debido a las lesiones que se presentan en los labios, lengua, paladar, encía y amígdalas.

El chancro de los labios es la lesión extragenital más común que corresponde entre el 55.0 y el 73.0% de los ca -

sos extragenitales.

El chancro intrabucal es una lesión ulcerada cubierta por una membrana blanca grisácea, la cual es dolorosa debido a una infección secundaria.

Los labios y la garganta habitualmente se acompañan con ganglios linfáticos satélites relativamente aumentados de tamaño (bubas) poco dolorosas y que son visibles y palpables en la región cervical, submaxilar y submentoniana.

La lesión primaria genital o extragenital, se resuelve al cabo de unas pocas semanas, dejando una cicatriz apenas perceptible.

PERIODO SECUNDARIO O METASTASICO:

La etapa secundaria se desarrolla unas pocas semanas después de la infección inicial y puede durar desde unos pocos días hasta unos pocos meses.

Las lesiones secundarias de la boca, algunas veces proceden a la primera erupción en la piel.

Clásicamente esas lesiones bucales consisten en placas húmedas colocadas sobre las membranas de las amígdalas, paladar plano, lengua y carrillos; las lesiones se ven ligeramente abultadas, brillantes, de un color blanco grisáceo y de un aspecto escalonado, aunque su aparición en la encía es rara.

La superficie de estas placas mucosas se cubre con una membrana delgada de color grisáceo; en estas lesiones las espiroquetas abundan y son altamente infecciosas.

A menudo presentan una forma irregular u ovoide, están rodeadas por una zona eritematosa.

PERIODO TERCIARIO:

Por lo general las lesiones bucales en tercer estadio no se manifiestan antes del primer año del inicio de la infección pero una vez establecida puede durar durante años.

La sífilis tardía no es infecciosa.

El goma es la lesión terciaria principal que se presenta frecuentemente en la piel y en las mucosas, hígado, testículos y hueso.

Consiste en proceso granulomatoso focal con necrosis central.

El goma intrabucal muchas veces afecta a la lengua y al paladar.

En cualquier caso, la lesión aparece como una masa nodular firme en el tejido, que subsecuentemente se ulcera, y en el caso de las lesiones del paladar causa perforación al separarse la masa necrótica del tejido.

Esta lesión se localiza en la línea media, no es dolo-

rosa y el paciente casi nunca se entera de esa alteración.

Es muy difícil el tratamiento de las deformaciones que resultan de la destrucción sifilítica del paladar.

En algunos casos la sífilis terciaria se ha visto glositis.

Este tipo de alteración puede dividirse en dos grupos: el tipo superficial que habitualmente se correlaciona con irritantes como el hábito de fumar o el consumo de bebidas alcohólicas.

El tipo profundo consiste en una inflamación tisular profunda de la lengua, que posteriormente causa escaras, fisuras, y la formación de nódulos irregulares en la superficie de la lengua que le dan un aspecto característico.

Además de los gomos en el hueso, se han descrito otras dos formas de instalación ósea: la osteitis gomosa y la osteomielitis sifilítica.

En la osteomielitis sifilítica las lesiones son más extensas en la mandíbula que en el maxilar.

Las manifestaciones clínicas en este tipo de lesiones se caracterizan por dolor, inflamación, supuración y se --
cuestros.

SIFILIS CONGENITA:

La sífilis congénita es transmitida a los descendientes solo por una madre infectada y no se hereda.

Las personas con sífilis manifiestan una gran variedad de lesiones, que incluyen un relieve frontal, maxilar superior corto, arco palatino alto, nariz en forma de silla de montar molares de mora, signo de Higoumenakis o engrosaamiento irregular de la porción esternoclavicular, protuberancia relativa de la mandíbula, ragadias, y espinillas en forma de sable.

Se señalaron como patognomónicos de la enfermedad la triada de Hut Chinson: Hipoplasia de los incisivos y molares, sordera y queratitis intersticial.

La penicilina es el medicamento de elección para el tratamiento de todas las formas de sífilis.

Si el paciente fuera hipersensible a la penicilina, deberá utilizarse otro antimicrobiano; la tetraciclina o la eritromicina serían los adecuados.

Si el tratamiento con antimicrobianos se instituye antes de la aparición del chancro, es posible conseguir que la infección aporte y no aparezca lesión alguna; en tal caso las pruebas serológicas nunca serán positivas.

Si el tratamiento se administra cuando ya hay lesiones

de tipo secundario, un poco más del 95% de los pacientes - adecuadamente tratados, continuarán siendo serológicamente positivos, para dejar de serlo aproximadamente 18 meses - posteriores al tratamiento.

CONCLUSIONES.

De lo anterior se puede concluir que en estas afecciones es sumamente importante para el odontólogo de práctica general, reconocer y diagnosticar acertadamente la enfermedad, ya que al hacer un diagnóstico temprano de alguna de estas enfermedades podríamos al paciente llegarle a evitar la complicación de la misma; ya que podría verse comprometida la vida del paciente.

Conocer las características fundamentales de cada una de estas afecciones es conveniente para el cirujano dentista ya que de esta manera se atiende al paciente más integralmente y así cumplimos con uno de los requisitos de la odontología preventiva.

El Liquen Plano, Pénfigo y Lupus Eritematoso se considera que son de origen aún incierto.

En los pacientes sifilíticos hay que tener especial cuidado ya que nos podríamos contagiar. Hay que tener cuidado minucioso en hacer una buena historia clínica para evitar riesgos de contagio.

La mayoría de los pacientes tuberculosos que llegan a nuestra consulta ya tienen conocimiento de su enfermedad y al hacer la anamnesis nos lo confirma.

Sin embargo es muy importante conocer las lesiones que causa esta afección dermatológica.

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

- 1.- EVERSOLE, Lewis R.
Patología Bucal, diagnóstico y tratamiento.
Edit. Interamericana, Argentina, 1983.
1a. Edición. 23-90
- 2.- GASS, B.J., R.F. y LANGLAIS, R.P.
Tratamiento de los padecimientos bucofaciales más comunes.
Edit. Interamericana, España, 1987.
Volumen 30- Número 3 Págs. 451-455.
- 3.- GORLIN, ROBERT J., GOLDMAN, HENRY M.
Patología Oral.
Edit. Salvat, España, 1977.
3a. Edición. Págs. 735-797
- 4.- NORTE, W. A.
Microbiología Odontológica.
Edit. Interamericana México 1984.
3a. Edición. Págs. 423-350.
- 5.- SHAFER, W. G., LEVY, B.M.
Tratado de Patología Bucal.
Edit. Interamericana, España 1986.
4a. Edición. Págs. 348-875

6.- ZEGARELLI, EDWARD V., KUTSCHER, AUSTIN Y HYMAN,
GEORGE A.

Diagnóstico en Patología Oral.

Edit. Salvat, España 1982.

2a. Edición. Págs. 283-483.