

168  
24

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**



**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**'LESIONES ULCERATIVAS RECURRENTES'**

**TESINA PROFESIONAL**

PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**CIRUJANO DENTISTA**  
QUE PRESENTA:  
**IDALIA GARCIA ELIAS**



**FALLA DE ORIGEN**

**MEXICO, D. F.**

**1990**



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.....	1
I.- ESTOMATITIS ULCEROSA RECURRENTE.....	3
II. PERIADENITIS MUCOSA NECROTICA RECURRENTE...	12
III.SINDROME DE BEHCET.....	18
IV. SINDROME DE REITER.....	23
V. DISCUSION.....	28
VI. CONCLUSION.....	30
BIBLIOGRAFIA.....	32
CITAS BIBLIOGRAFICAS.....	34

## INTRODUCCION

Los odontólogos actualmente se tienen que ocupar, - no sólo del tratamiento de los dientes, sino de toda la cavidad bucal. Es tiempo de que al Cirujano Dentista se le considere como un especialista en el campo de la Odon tología, más que un técnico altamente habilidoso, que se ocupa solamente de reparar los destrozos ocasionados por la caries dental.

Los odontólogos deben practicar la estomatología, - entendiendo por esto, el prevenir y tratar los procesos- patológicos de la boca y estructuras adyacentes así como rehabilitar sus estructuras. El estomatólogo acepta la - responsabilidad de preservar la salud bucal de sus pa--- cientes así como de no transtornar ó poner en peligro su salud general.

La imagen pública debe cambiar, de aquella de técni co por aquella de estomatólogo cuya principal responsa-- bilidad es la prevención de las enfermedades y disfuncio nes de la cavidad bucal, diagnóstico y tratamiento de -- las mismas.

No son pocos los cirujanos dentistas que afirman ha ber visto pacientes con lesiones ulcerosas con recidivas

importantes, sin saber a que se estaban enfrentando y de esa forma poder hacer un diagnóstico acertado.

Este trabajo se realizó con el fin de que sirva a los compañeros odontólogos y a mí en lo personal para indentificar las lesiones ulcerosas que se pudieran presentar en la práctica diaria.

## CAPITULO I

### ESTOMATITIS ULCEROSA RECURRENTE

Se ha denominado con varios nombres, los más frecuentes son: estomatitis aftosa recurrente, estomatitis vesicular, llagas gangrenosas, estomatitis ulcerosa recurrente menor, úlceras dispépticas, estomatitis maculofibrinosa y aftosis habitual.

Es una enfermedad que se observa con frecuencia, es una enfermedad engañosa puesto que puede no ser una entidad única, sino más bien una presentación clínica, común o resultante, de una variedad de factores etiológicos. (1,3,4)

Se caracteriza por la aparición de úlceras dolorosas únicas o múltiples en la mucosa bucal, tienen un diámetro de 3 a 5 mm. de diámetro y curan sin dejar cicatriz.

#### I.1 ETIOLOGIA

Incidencia: enfermedad que afecta aproximadamente el 20% de la población, aparece a cualquier edad, sin embargo es más frecuente desde los 20 a 50 años, las mujeres están más frecuentemente afectadas que los hombres. Es 2 veces más frecuente entre el personal estudiantil

de las escuelas profesionales que entre la población en general. (1,4).

La etiología se divide en factores causales y factores desencadenantes. Se propone como factores causales - la forma L pleomórfica y transicional del estreptococo - oc-hemolítico, el estreptococo Sanguis, (1).

Se propone que es una respuesta autoinmune al epitelio bucal ya que mediante una técnica de anticuerpo - fluorescente, comprobó la unión de IgG é IgH con células de la capa espinosa de la mucosa bucal en pacientes con úlceras aftosas, mientras que las mismas células -- de pacientes sanos no presentaron tal unión . (1,2)

Los factores desencadenantes son:

- Factor herpético: para algunos es una forma secundaria ó recurrente del herpes simplex, debido al gran parecido que presenta en su aspecto clínico; pero el virus del herpes simplex se descartó como germen etiológico en las diversas investigaciones (1,3,8).

- Factores hormonales: ésta enfermedad está asociada a ciertos procesos ó desequilibrios hormonales, como la menstruación, ó el embarazo. La coincidencia crono

lógica de la aparición de las ulceraciones bucales con la menstruación y el embarazo sugiere ésta relación. (3,5,8).

- Factores Nutricionales: se relaciona con el déficit vitamínico y con estados de mala nutrición. Sin embargo la mayoría de los pacientes no presentaron estos signos generales, y además, raras veces se benefician con dietas terapéuticas vitamínicas ó nutritivas. (3,8)

- Factor Alérgico: se toma en ocasiones, como una forma de reacción alérgica provocada por la ingestión de alimentos alérgicos. Se han presentado casos cuya curación se obtuvo evitando meticulosamente alimentos potencialmente alérgicos, tales como nueces, chocolates, mariscos. ( )

- Factores traumáticos: también el traumatismo está inculcado, pero la evidencia es escasa y se deberá diferenciar las úlceras traumáticas con las úlceras de la esomatitis ulcerosa recurrente ya que tienen aspecto semejante. (3)

- Factores Gastrointestinales: en pocas ocasiones la aparición de las úlceras bucales coincide con exacerbaciones de una gastritis, colitis ó otras enfermedades-



gastrointestinales previamente diagnosticadas. (3,6)

- Factor Psicosomático: se sugiere que la estomatitis ulcerosa recurrente es una enfermedad psicosomática, asociada con trastornos emocionales como inquietud, ansiedad, tensión y depresión. (3,8)

- Factores diversos: otros factores implicados con la estomatitis ulcerosa recurrente son: la anemia, infección focal, neutropenia cíclica y factores genéticos. - (3,6,8).

#### CARACTERISTICAS CLINICAS:

El paciente nota una sensación de quemadura en la mucosa afectada, la zona se vuelve entematosa y necrótica, con formación de ulceraciones redondas y ovaladas, únicas o múltiples y de un diámetro habitual de 3 a 5 mm. La úlcera se cubre con exudado fibrinoso blanco grisáceo y se rodea de un halo color rojo vivo. Las lesiones suelen persistir durante 1 a 2 semanas y curan sin dejar cicatriz residual. Puede afectar casi cualquier zona de la región bucal, aunque la mayor de las veces incide en la mucosa labial, bucal y lingual, paladar blando y raras veces en la faringe.

También puede presentar la formación de nódulos pequeños, edema generalizado de la cavidad bucal, especialmente en la lengua, parestesia, malestar general, fiebre de bajo grado y linfaderopatía regional.

La úlcera aftosa comienza como una erupción superficial, cubierta por una membrana gris, por lo general, tiene márgenes bien circunscritos, es típico que la lesión sea muy dolorosa, al punto de interferir la alimentación por varios días; no aparece la formación vesicular como una fase en el desarrollo; como sucede con el herpes simple y esto nos sirve para identificarlas.

La cantidad de lesiones que presenta el paciente varía entre 1 y 100. Las úlceras suelen persistir entre 7 y 14 días; y luego curan de forma gradual con escasa o ninguna formación de cicatrices; cada período de ulceración va seguido por una remisión o período de ulceración va seguido por una remisión o período libre, cuya duración varía de 2 a 3 semanas, hasta 2 o 3 meses, con recidivas de meses o hasta años (6,7)

#### HISTORIA Y DIAGNOSTICO:

Algunos pacientes experimentan sensaciones de ardor,

escozor ó hormigueo de 24 a 48 horas antes, en los puntos en donde más tarde aparecerán las úlceras. En otros pacientes el período padrómico puede consistir en una ó más manchas (máculas) pequeñas y llanas, ó en manchas - rojizas y elevadas (pápulas).

La úlcera aparece cubierta por una membrana fibrino purulenta; la lesión suele ser superficial el cuadro microscópico es inespecífico y sin la historia clínica - y la descripción microscópica, es imposible establecer - diagnóstico específico de la enfermedad.

#### TRATAMIENTO:

Salvo aquellos casos cuya causa se establece fácilmente y en los que se puede combatir los transtornos causales y factores desencadenantes, no se ha descubierto - ningún régimen terapéutico de éxito.

Son numerosos los agentes usados y son: los caústicos tópicos (fenol, nitrato de plata, ácido tricloracético); los protectores tópicos (orabase, oradesiva, tintura de benzoína compuesta), antibióticos tópicos, vacuna anti variolosa, globulina, vitaminas, antihistamínicos y corticoides. Los más eficaces desde el punto de vista del alivio de las molestias subjetivas y de la reducción de las

9

úlceras, han sido los corticoesteroides aplicados tópicamente. (5,5,8)

También se usa la tetraciclina, 250 mg. por 5 ml. - cuatro veces al día durante 5 a 7 días, aliviando el dolor y reduciendo el tamaño y tiempo de cicatrización de las lesiones (6).

Shapiro y colaboradores basados sobre datos estadísticos sugirió que fumar tabaco puede tener un efecto de inhibición potencial, sobre la formación de ulceraciones aftosas recurrentes, sin embargo, no se dice que el fumar se deba considerar terapéutico debido a la variabilidad de otros factores que podrían intervenir.

También se utilizan anestésicos tópicos como la lidocaína en crema al 2% en 15 ml., como colutorio oral cada 3 horas ó antes de la comida para facilitar el acto de comer (6).

La acetona de triamcinolona en pasta dental emoliente, aplicada durante el comienzo de una lesión, reduce la formación de úlceras y el malestar. La triamcinolona provoca disminución en la inflamación de la parte afectada, aminora las molestias y tiene acción curativa (6,7).

Los pacientes tratados con este medicamento obtienen rápido alivio en los epitelios de las úlceras. La duración de las lesiones recurrentes fueron menores al readministrarles la triamcinolona, la producción de las úlceras disminuyó al aplicar esta terapia, cuando las lesiones apenas comienzan. (7).

Este medicamento es beneficioso sólo cuando se administra una desventaja de ésta droga es la pérdida de peso (aproximadamente 3 kilogramos por mes) y del sueño esto lo provoca porque es un agente extremadamente potente y tranquiliza la actividad pituitaria (7).

Es muy importante reducir al máximo la dosis total, es necesario que el paciente esté debidamente preparado para la ingestión del medicamento, no deberá tomarlo por la noche y debe de administrarse únicamente durante el día (7).

Se tiene que ir disminuyendo gradualmente la dosis para que funcione efectivamente (7).

Debe tomarse en cuenta que con cualquier forma de tratamiento, no se puede curar la enfermedad, es necesario repetir el tratamiento en cada nuevo ataque. (6,7).

**PRONOSTICO:**

Algunos pacientes son capaces de adaptarse a la enfermedad y de vivir durante largos años con tratamiento sintomático. Otros superan confortablemente sus recurrencias con el tratamiento.

No hay ninguna prueba de que la estomatitis ulcerosa recurrente sea un período precoz del eritema multiforme, el pénfigo o el cáncer bucal. Sin embargo el paciente requiere de confirmación repetida a éste respecto. (3,6).

## CAPITULO II

## PERIADENITIS MUCOSA NECROTICA RECURRENTE.

Esta enfermedad se conoce con el nombre de estomatitis ulcerosa escarificante, enfermedad de Sutton aftas - mutilantes y estomatitis ulcerosa mayor (3,6,8).

Es una enfermedad ulcerosa propensa a readivar y sus lesiones quedan restringidas a la boca. Difiere de la estomatitis ulcerosa menor por el hecho de que sus úlceras son de mayor tamaño y más penetrantes y como dato particular forman cicatrices (3,6,8).

Esta enfermedad es rara y relativamente menos común que la estomatitis ulcerosa recurrente.

Como ya hemos dicho es una enfermedad ulcerosa que se caracteriza por ulceraciones necróticas múltiples en labios, mejillas, lengua, paladar duro y blando y pilares amigdalares. También pueden aparecer úlceras en las paredes faríngeas y laríngeas. (3,8).

La enfermedad es recidivante con múltiples episodios espaciados a veces de varios años. Esta enfermedad difiere de la úlcera aftosa menor debido a su mayor gravedad y su mayor tamaño que es de 7 a 15 mm. de diámetro

de diámetro ahí el nombre de úlceras mayores (6).

#### ETIOLOGIA:

En la actualidad su causa se desconoce, no es de origen vírico. Se han implicado factores como la alergia, la mala nutrición y los trastornos emocionales; son los mismos factores desencadenantes y causales que los de la estomatitis ulcerosa recurrente. (8).

También se relaciona con un miembro de la familia autoinmune. Las mujeres se afectan más que los hombres y el proceso de la enfermedad puede invadir en cualquier momento de la vida, Pero es más frecuente alrededor de la pubertad.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS:

Las úlceras de la periadenitis mucosa necrótica recurrente son múltiples, su localización más frecuente es en la mucosa bucal, y la lengua y suelen ser grandes de 7 a 15 mm. de diámetro, situadas profundamente y se presentan en formaciones como cráter, se ve una necrosis considerable que cubre una parte de la lesión o toda ella.



Las úlceras son de forma irregular, están rodeadas por bordes elevados y firmes, simulando por su apariencia una neoplasia maligna, sin embargo su elevado número y los antecedentes de repetidas formaciones previas con formación de cicatrices, permite eliminar la posibilidad de cáncer bucal. (3,6)

Es una característica muy importante la presencia de 1 ó más cicatrices en los puntos previamente ulcerados, el tejido fibrinoso de las cicatrices a menudo deforma la simetría de las mucosas periféricas y a veces impide la función bucal. Las cicatrices son duras al tacto y de color grisáceo o rosa pálido. Los antecedentes de ulceraciones en estos puntos contribuyen a identificar la enfermedad.

La enfermedad se puede dividir en 3 etapas: (8)

1a. Etapa: se manifiesta por pápulas o nódulos mucosos únicos ó múltiples ligeramente elevados, de color rojizo, de tamaño variable desde la punta de una aguja hasta alcanzar los 3 ó 4 cm. diámetro.

Transcurridos unos días estos nódulos se ulceran.

2a. Etapa: se caracteriza por la presencia de úlceras

ras superficiales de bordes irregulares é indurados, que se forman a partir de los nódulos que acabamos de describir. Estas úlceras están cubiertas por una pseudomembrana de color grisáceo y se no acompañan de hemorragias. Aunque generalmente existe el dolor , éste es de intensidad variable, se asocia a la masticación y sobre todo a la ingesta de frutos cítricos. Durante éste período generalmente existe halitosis. Por su parte la disfagia y la disfonía son signos acompañantes de la ulceración en la faringe y laringe.

3a . Etapa: curación de las úlceras, lo que da lugar a cicatrices fibrosas retráctiles que pueden provocar malformaciones de importancia, por ejemplo limitación de la apertura bucal, deformidades labiales, y fisuras fibrosas profundas de la mucosa bucal.

La duración de estas 3 etapas varía desde 3 a 4 meses, pudiendo verse lesiones representativas de las 3 etapas en un mismo tiempo.

A diferencia de las úlceras de la estomatitis aftosa readivante, las úlceras de la periadenitis mucosa necrótica readivante pueden persistir hasta 6 semanas y dejan cicatriz al curar.

## HISTORIA Y DIAGNOSTICO.

El paciente indicará que ha sufrido previamente epi-sodios similares de ulceraciones bucales, cada uno de los cuales ha durado de 2 a 4 semanas.

Ocurren periodos de remisión, pero su duración va-ría considerablemente, algunos pacientes presentan remisiones prolongadas, de varias semanas ó meses, mientras que sus periodos libres son mucho más breves.

En otros casos faltan las remisiones, mientras se está cicatrizando un grupo de úlceras, aparece un segundo y subsiguiente un tercero que da como resultado que el paciente sufra continuamente. (8).

El dolor y la molestia son síntomas principales. Frecuentemente existe dolor en la región submandibular. Dolor al comer ó deglutir. A parte del malestar y ocasi-onalmente depresión e inquietud debidas a la preocupación de una enfermedad repetitiva no explicada, el paciente no se queja de otras molestias asociadas. No existen lesiones cutáneas ó genitales ó oculares en ésta enfermedad. (3).

**TRATAMIENTO:**

Se han propuesto numerosas medidas terapéuticas empleadas con objeto de curar o controlar la peridiadenu- desgraciadamente sólo son medidas paliativas ó supresoras, más que curativas. (1,3,6).

Una nutrición mejorada, tratamiento vitamínico y la administración de globulina, antibióticos ó corticoesteroides son algunas de las medidas terapéuticas más empleadas. (6).

Se sugiere además seguir el mismo tratamiento que se usa en la estomatitis aftosa recidivante, ya antes mencionada: con tetraciclina y acetona de triamcinolona.(1,6)

**PRONOSTICO:**

Estas lesiones pueden persistir hasta 6 semanas y dejar cicatriz al curar, no es raro que estas úlceras rediven por grupos durante períodos prolongados, de manera que al final la mucosa llega a presentar gran cantidad de cicatrices; con ataques recurrentes 2 ó 3 veces al año. - Las recurrencias muchas veces acompañan a la menstruación.

### CAPITULO III

#### SINDROME DE BEHCET

Este síndrome también se llama triada de Behcet, ó síndrome múltiple de Behcet. Es una enfermedad recurrente asociada con lesiones ulcerosas de la boca, que duran por lo general de 2 a 4 semanas ó mas.

Esta enfermedad cosnta de la siguiente triada: estomatitis aftosa, ulceración genital y uveitis recidivante con hipopión. (6).

#### ETIOLOGIA.

Se sugiere un origen vírico ó por mycoplasma, habiéndose sugerido algún mecanismo alérgico, hormonal, ó que era producida por organismos semejantes a los de la peluroneumonfa (PLLO) . (6,8,9)

Aparece entre los 15 y 45 años, con preferencia -- de 4:1 por los varones.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS:

Se caracteriza por ulceraciones bucales, genitales,

y lesiones oculares y cutáneas.

El paciente se queja de úlceras dolorosas en la boca, el aspecto de las úlceras es variable, algunas pueden simular lesiones de la estomatitis ulcerosa recurrente otras simulando las úlceras de la periadenitis mucosa necrótica recurrente y otras pueden simular las lesiones del eritema multiforme. (3,6).

En la mayor parte de los casos las lesiones van acompañadas por lesiones oculares, genitales 6 en ambas localizaciones a la vez, y es en la existencia de estas 3 características en lo que se basa el diagnóstico.

La afectación ocular: se observa casi en el 80% de los pacientes y comienza con fotofobia e irritación, -- consiste en conjuntivitis purulenta y ovejitis, que al principio se inicia en un ojo, pasando luego al otro, -- estas lesiones son muy peligrosas, puesto que al cicatrizar pueden causar lesiones graves o ceguera. (3,6,8).

Lesiones genitales: son muy semejantes a las lesiones de la boca, consisten en grandes aftas, que en los varones inciden en el saco escrotal, el pene y en la parte interna de los muslos; y en las mujeres en los pliegues de la vulva 6 el contacto vaginal, pudiendo provo--

car fenestración de los labios menores con cicatrices - importantes.

Las lesiones bucales a menudo constituyen el signo inicial, pueden localizarse en cualquier punto de la mucosa y tienden a presentarse en grupos, se parecen a las aftas, bien delimitadas y su tamaño oscila entre algunos milímetros y un centímetro. La base de la úlcera está -- recubierta por un exudado gris amarillento y los bordes se hallan rodeados de un halo de color rojo. Estas úlceras son extremadamente dolorosas, pueden extenderse -- hacia la faringe ó el esófago, ocasionando disfagia y - anorexia.

La artralgia, tromboflebitis y afección del sistema nervioso central, así como lesiones cardiacas ó pulmonares son algunas complicaciones de la enfermedad. La piel pueden estar afectada en algunos casos y las lesiones con sisten en erupciones semejantes al impétigo, con ulceraciones y formación de costras. En algunos casos aparecen complicaciones neurológicas con consecuencias graves y a veces mortales (6). Por lo general suele haber al mismo tiempo diarrea, velocidad de sedimentación elevada, disproteinemia, disfagia y anorexia (6).

## HISTORIA Y DIAGNOSTICO.

El síndrome se diagnostica generalmente por la distribución múltiple y peculiar de las lesiones ulcerosas de la boca, genitales y ojos. La mayor parte de los pacientes tienen una edad comprendida entre los 15 y 45 años. (8).

La historia de la enfermedad habitualmente revela episodios previos de lesiones similares, lesiones anteriores que han persistido de 2 a 4 semanas antes de su curación, curación de las lesiones bucales y genitales no acompañadas de cicatrices y signos generales de la enfermedad como: malestar, fiebre y diarrea.

## TRATAMIENTO:

Lo más importante es suprimir de la causa y las medidas paliativas de sostén, que incluyen aplicación de corticoesteroides, estos son benéficos para aliviar las molestias locales. Los colutorios de peróxido de hidrógeno, (cepacol) pueden ser útiles por sus efectos antibacterianos (6).

Sin embargo se usa extensamente la gammaglobulina, así como vacunas autógenas, pero en el menor de los casos el beneficio es mínimo ó moderado.



La artritis que se presenta se pueden controlar mediante fármacos antiinflamatorios simples. (9).

**PRONOSTICO:**

Es una enfermedad recurrente de varios años de duración en la mayor parte de los casos, sus formas benignas son controladas adecuadamente.

Ocasionalmente es causa de muerte cuando se manifiestan las complicaciones neurológicas. (9).

CAPITULO IV  
SINDROME DE REITER.

Está formado por la tetrada: uretritis, artritis, conjuntivitis y lesiones mucocutáneas. Las lesiones que se presentan en la mucosa bucal se parecen a las aftas, también se ven afectados los genitales. (6,9).

ETIOLOGIA:

Su etiología es desconocida, la frotis del exudado uretral siempre son negativos para la Neisseria. Se sugiere un origen viral, alérgico y mycoplasmático y en algunos casos pudiera existir una base genética. También se sugiere un origen infeccioso. (9).

El síndrome incide casi exclusivamente en los varones, con una edad promedio de aparición entre los 30 - y 40 años, la evolución es prolongada y muestra tendencias a recaer.

Esta enfermedad se manifiesta principalmente en -- sujetos sexualmente activos. Este síndrome con frecuencia va precedido por síntomas gastrointestinales a consecuencia de la infección. por *Salmonella typhimurium*, *Shigella flexneri* y *Yersenia enterocolitica* (9).

También suele haber historia de exposición sexual reciente. (9).

#### CARACTERISTICAS CLINICAS.

El síndrome completo hace su aparición en el curso de los 10 primeros días de la enfermedad. Se observa una tetradra clásica: uretritis, artritis, conjuntivitis y lesiones mucocutáneas.

Lesiones cutáneas: su distribución habitual suele ser simétrica en las palmas de las manos y plantas de los pies, y se compone de máculas ó papulas gueratósicas rojas ó amarillas que terminan por descamarse. Las lesiones de las palmas de las manos comienzan como vesículas múltiples, pequeñas y amarillentas, que se rompen, confluyen y forman úlceras superficiales; en la planta de los pies las lesiones comienzan como pústulas y se vuelven costrosas é hiperqueratósicas. Se instauran después de 4 a 6 - semanas de haber aparecido la tetradra y se parecen a las lesiones cutáneas observadas en la gonorrea. (8,9).

La afección de la mucosa bucal consiste en lesiones circinadas y que con frecuencia pasan inadvertidas debido a su carácter de indoloro. Las lesiones de la mucosa bucal, labios y encías acostumbran ser de color rojo púrpura, formando zonas ligeramente elevadas de un diámetro-

que oscila entre 1 mm y 1 cm., rodeadas por una línea --  
circinada de color blanquecino.

También puede adoptar el aspecto de pequeñas vesí-  
culas opacas ó zonas de eritema brillante con una super-  
ficie granular, las lesiones que se encuentran en el pa-  
ladar son manchas pequeñas de color rojo púrpura vivo, -  
que se obscurecen y coalescen. En la lengua pueden apare-  
cer erosiones superficiales parecidas a las de la lengua  
geográfica. (6,8).

La descarga uretral suele ir acompañada de una sen-  
sación de ardor y prurito.

La conjuntivitis es tan leve que no se puede detec-  
tar. (6).

Otro dato clínico es la aparición de artritis infla-  
matoria que afecta rodillas, tobillos, dedos de los pies,  
caderas y muñecas, Un elevado número de pacientes se que-  
jan de dolor ó rigidez en las nalgas, parecidos a los -  
signos en pacientes con espondilitis anquilosante. La ar-  
tritis tiende a persistir después de remitir espontánea-  
mente la uretritis y la conjuntivitis. (9).

#### HISTORIA Y DIAGNOSTICO:

El síndrome puede ser muy similar a la gonorrea.

El diagnóstico diferencial debe incluir gota, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, y reumatoide y enfermedad de Behcet.

En pruebas de laboratorio se observa una leucocitosis leve, e índice de sedimentación aumentado y piuria, elevada.

#### TRATAMIENTO:

Para tratar la uretritis inespecífica en el síndrome de Reiter, suelen usarse las tetraciclinas.

Durante la fase aguda de la artritis solo se necesitan fármacos analgésicos-antiinflamatorios y reposo. Para las lesiones mucocutáneas se pueden usar antibióticos y corticoesteroides.

Para éste síndrome ayudará usar la fenilbutazona 100 mg. 4 veces al día y la tetraciclina que se debe administrar 250 mg. 4 veces al día durante 1 semana, debido al posible beneficio de éste antibiótico en las infeccio-

nes por nuycoplasma.

**PRONOSTICO:**

Los brotes leves pueden ceder en unas semanas, pero la mayoría tarda en hacerlo de 2 a 4 meses y los más intensos pueden durar hasta 1 año.

Habitualmente el enfermo se recupera por completo - sin ningún transtorno residual, aunque algunos pacientes siguen aquejando molestias menores en algunas articulaciones. En ocasiones se producen deformidades en los dedos de los pies debido a la artritis, y cuando son severas pueden necesitar tratamiento quirúrgico.

## CAPITULO V.

## DISCUSION.

La estomatitis ulcerosa recurrente se puede confundir con la periadenitis mucosa necrotica recurrente, pero se puede diferenciar por que las úlceras que presenta son de menor tamaño (3 a 5 mm de diámetro), de menor profundidad y no dejan cicatriz al curar, las úlceras pueden ser únicas o múltiples, de forma redonda u oval, rodeadas de un halo de color rojo brillante y cubiertas -- por un exudado fibrinoso grisáceo; se localizan en la mucosa labial, bucal y lingual y en raras ocasiones en paladar blando y encía. Las úlceras suelen persistir de 7 a 14 días y curar en forma gradual, afectando mayormente a las mujeres que a los hombres.

A diferencia de la estomatitis ulcerosa recurrente, las úlceras que presenta la periadenitis mucosa necrotica recurrente son de mayor tamaño (7 a 15 mm. de diámetro), de mayor profundidad, dejando cicatriz al curar. - Las úlceras que presenta esta enfermedad recurrente son múltiples, de aspecto necrótico y forma irregular, o con apariencia de cráter, rodeadas por bordes elevados y firmes y cubiertas por una pseudomembrana de color grisáceo. A diferencia de las úlceras de la estomatitis ulcerosa recurrente éstas úlceras presentan 3 etapas que va-

rían desde 3 a 4 meses, pudiendo verse lesiones representativas de las 3 etapas al mismo tiempo.

El Síndrome de Behcet presenta lesiones bucales parecidas a las úlceras de la estomatitis ulcerosa recurrente ó parecidas a las úlceras de la periadenitis mucosa necrótica recurrente, la diferencia es que presenta otros datos clínicos que son ulceración genital, -- ureitis residuante con hipopión y artritis, datos clínicos que ni la estomatitis ulcerosa recurrente, ni la periadenitis mucosa necrótica recurrente presentan.

El Síndrome de Reiter: también presenta ulceraciones bucales parecidas a las úlceras de la estomatitis - recurrente, pero en esta enfermedad además se presentan: uretritis, artritis, conjuntivitis y lesiones cutáneas, sobre todo en la planta de los pies y palmas de las manos.

Otra diferencia es que las úlceras que se presentan en la boca están rodeadas de una línea blanquecina y las úlceras de la estomatitis ulcerosa recurrente están rodeadas de una línea roja, además en el Síndrome - de Reiter las úlceras son indoloras.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA



## CAPITULO VI

## CONCLUSION.

Estomatitis ulcerosa recurrente es una enfermedad - caracterizada por la aparición de úlceras dolorosas de 3 a 5 mm., curan sin dejar cicatriz. Su etiología es desconocida; pero se cree que intervienen factores desencadenantes y causales; las úlceras son de forma redonda ó oval, únicas ó múltiples de color blanquecino y rodeadas por un halo de color rojo, afectando con mayor frecuencia la mucosa labial, bucal y lingual. Los tratamientos empleados eficazmente son: tetraciclina, lidocaína tópicamente y la acetona de triancinolona.

Periadenitis mucosa necrótica recurrente: son úlceras de 7 a 15 mm. y más penetrantes, dejando cicatriz al curar, son úlceras necróticas múltiples y con forma de cráter, de color grisáceo. Su tratamiento es a base de corticoesteroides, tetraciclina y acetona de triancinolona.

Síndrome de Behcet: caracterizada por la triada formada de estomatitis aftosa, ulceración genital y ureítis con hipopión. Su etiología es desconocida. Las úlceras son dolorosas y de aspecto variable, puede presentar com

plicaciones como artritis, tromboflebitis, y afección - del sistema nervioso central, así como lesiones cardíacas y pulmonares. Los tratamientos usados son medidas - pliativas.

Síndrome de Reiter: se forma por la tetrada uretritis, artritis, conjuntivitis y lesiones mucocutáneas, ésta enfermedad se manifiesta principalmente en sujetos -- sexualmente activos, y con frecuencia va precedido de infecciones gastrointestinales recientes. Las lesiones -- bucales consisten en ulceraciones circinadas e indoloras, de color rojo púrpura, rodeadas de un halo blanquecino. Los fármacos utilizados son: antiinflamatorios, analgésicos, tetraciclina y corticoesteroides.

Es importante conocer las úlceras recurrentes y sus manifestaciones clínicas, para poder dar un diagnóstico adecuado, y así aplicar el tratamiento.

## BIBLIOGRAFIA.

- Crispian Scully and Stephen Porter; Recurrent aphthous stomatitis: current concepts of etiology, pathogenesis and management, Oral Pathol. Med. 1989.
  
- Zegarely EV, Kutscher AH, Silver HE, et al., Triam-  
nolone acetonide in the treatment of acute  
and chronic lesion of the oral mucosa mem-  
branes, Oral Surg. 1960.
  
- Shapiro S, Olsson DL, Chellemi SL. The association  
between smoking and aphthous ulcers, Oral ---  
Surg. 1970.
  
- Takayoshi Honna, D.D.S., Taiichi Saito, M.D., and --  
Kurashiki; Possible role of apoptotic cell  
of the oral epithelium in the pathogenesis  
of aphthous ulceration; Oral Surg. 1985.
  
- Ship, D.M.D, Alvin L. Morris, D.D.S. and Lester W. --  
Burket; Recurrent aphthous ulceration in a pro-  
fessional school student population; Oral Surg.  
1961.

- N.W. Savage, G.J. Segmour and Kruger; T-lymphocyte -- subset changes in recurrent aphthous stomatitis, Oral Surg. 1985.
  
- Medicine, Reumatología, vol. 24, Octubre 1983.
  
- Manual Merck, Robert Berkono, M.D., John Talbott, M.D. Editorial Merck Sharp.
  
- William G. Shafer, Maynard K. Hine, Tratado de Patología Bucal, editorial Interamericana. 1985.
  
- Zegarrelli, Eduard V, Manifestación oral de enfermedades generales en boca, Editorial Interamericana, 1982.
  
- Thoma, Patología bucal, Editorial Salvat.

## CITAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Cripian Scully and Stepehn Porter, Recurrent aphthous stomatitis: current concepts of etiology pathogenesis and managment, Oral Pathol. Med., 1989. p.p.
- 2.- Takayoshi Honna, Kurashiki, Possible role of apoptotic cell of the oral epithelium in the pathogenesis of aphthous ulceration, Oral Surg., 1985. p.p.
- 3.- Zegarrelli, Edward V, Manifestación oral de enfermedades generales en boca, Editorial Interamericana, 1982. p.p.
- 4.- Ship, Alvin, Morris and Lester W. Burket; Recurrent aphthous ulcerations in a professional school student population, Oral Surg., 1961. pág.
- 5.- William G. Shafer, Maynard, Tratado de Patología, Editorial Interamericana, 1985. pág.
- 6.- Robert Berkow, M.D., John Talbott, M.D., Manual -- Merck, Editorial Merck Sharp. pág.

- 7.- Zegarely EV, Kutscher, AH, Silver et al. Triamano-  
lone acetone in the treatment of acute and chro-  
nic lesion of the oral mucosa membranes, Oral Surg.  
1960 pag.
- 8.- Thoma, Patología Bucal, Editorial Salvat. pag.
- 9.- Medicine, Reumatología, Vol.24. Oct. 1983. pag.