

267
By

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

Hiperqueratosis

T E S I N A



QUE PARA OBTENER EL TITULO

DE CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

GUADALUPE MARTHA TENA HERANDEZ

México, D. F., noviembre de 1991

FALLA EN ORIGIN



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.

" HIPERQUERATOSIS "

I N D I C E

INTROUCCION.	.....
MUCOSA BUCAL	.....	1
CARACTERISITICAS CLINICAS	.....	5
CLASIFICACION DE LOS EPITELIOS	.....	8
QUERATINIZACION	.....	12
QUERATINOCITOS	.....	13
HIPERQUERATOSIS	.....	14
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON:		
LEUCOPLASIA	.....	16
MORSICATIO BUCCARUM	.....	19
LIQUEN PLANO	.....	20
CANDIDIASIS HIPERPLASICA CRONICA	.....	29
DISPLASIA	.....	30
QUERATOSIS FOLICULAR	.....	30
HIPERPLASIA	.....	31
RESUMEN	.....	33
BIBLIOGRAFIA	.....	36

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

Este trabajo hablará primeramente de las características de la mucosa oral ya que es importante para poder saber lo que ocurre en la mucosa oral cuando existe hiperqueratosis.

Es muy frecuente que exista en la mucosa oral algún tipo de hiperqueratosis y la más común es la hiperqueratosis friccional, esto es debido a diferentes causas como la mordedura crónica de la mucosa de labios o carrillos, durante la masticación en procesos edéntulos, prótesis mal ajustadas etc.

El diagnostico en la hiperqueratosis es difícil de efectuar ya que es parecido a otros tipos de lesiones como : Leucoplassia, Morsicatio bucarum, Líquen Plano, Candidiasis Hiperplásica crónica, queratosis folicular e Hiperplasia, por esto es que hablaré de estos temas como diagnostico diferencial.

Es importante enunciar que existe muy poca información acerca de este tema por esta razón es que hablaré más acerca de lesiones para el Diagnostico Diferencial.

M U C O S A B U C A L

En la cavidad bucal, se encuentra un revestimiento húmedo, el cual se llama mucosa oral. A nivel de labios la mucosa oral se continúa con la piel, mientras que en la faringe se continúa con la mucosa húmeda del resto del intestino.

La cavidad bucal, es la primera parte del tubo digestivo, y por estarazón desempeña gran variedad de funciones : La más importante de ellas es la de dar proteccion a los tejidos más profundos, otras funciones son, que es un órgano sensorial, un regulador de la temperatura corporal y un medio através del cuál se produce saliva.

P R O T E C C I O N

La mucosa bucal, separa y protege los tejidos profundos y órganos de la región del medio ambiente bucal. Una actividad normal como la de comer exponen a los tejidos blandos de la boca a fuerzas mecánicas, y es entonces cuando la mucosa bucal muestra una serie de adaptaciones del epitelio y del tejido conectivo para poder resistir estas agresiones. Además en la cavidad bucal existe una serie de microorganismos que pueden ocasionar alguna infección si encuentran acceso a los tejidos. El epitelio de la mucosa bucal actúa como principal barrera a estos microorganismos.

S E N S O R I A L

La función sensorial es muy importante ya que existe mucha información sobre los hechos que ocurren en la cavidad bucal. En la boca hay receptores que responden a la temperatura, al tacto y al dolor, al igual que corpusculos gustativos que no se encuentran en otra parte del organismo.

Existen diferentes tipos de receptores sensoriales y esta clasificación se basa en el origen del estímulo con respecto al cuerpo:

- a) EXTEROCEPTORES : Se localizan en la superficie corporal y que reciben estímulos externos.
- b) INTEROCEPTORES : Se localizan en víceras y vasos sanguíneos y que responden a estímulos internos.
- c) PROPIOCEPTORES : Se relacionan principalmente con el sistema músculo esquelético y que registran movimiento y cambio de posición.

Clasificación según el tipo de modalidad particular de energía:

- a) TERMORRECEPTORES : Son sensibles a cambios de temperatura.
- b) MECANORRECEPTORES : Son sensibles al tacto y presión.
- c) QUIMIORRECEPTORES : Son sensibles a cambios químicos.

d) OSMORRECEPTORES : Son sensibles a cambios de presión osmótica.

REGULACION TERMICA

En la mucosa bucal hay poca regulación termica de temperatura corporal, ya que no existen especializaciones obvias de los vasos sanguíneos para controlar la transferencia de calor.

REGULACION HIPOTALAMICA DE LA TEMPERATURA

En la parte más anterior del hipotálamo, en el área preoptica, se encuentra un grupo de neuronas que reaccionan directamente ala temperatura. Cuando se incrementa la temperatura de la sangre también se eleva la intensidad de descarga de éstas células. Cuando disminuye la temperatura, esta intensidad se reduce.

Desde esta área preoptica sensible a la temperatura se emiten señales hacia otras partes del hipotálamo para regular tanto la producción como la pérdida de calor. En gerneral, el hipotálamo consiste en dos visiones principales de regulación de la temperatura: un centro anterior de pérdida de la temperatura, que cuando se estimula reduce la producción de calor corporal, y un centro posterior de promoción de calor que cuando se estimula incrementa el calor corporal. El centro anterior está compuesto principalmente por centros nerviosos parasimpáticos hipotalámicos, en tanto que el posterior opera principalmente por el sistema nerviosos simpático.

S E C R E C I O N

La principal secreción es la saliva producida por las glándulas salivales que contribuyen a mantener una superficie húmeda.

Las principales glándulas salivales están situadas lejos de la mucosa y se abren a ella por medio de largos conductos; pero las glándulas salivales menores que son numerosas si se encuentran asociadas con la mucosa bucal.

La saliva se secreta en las glándulas: parótidas, submaxilares, sublinguales y accesorias de la boca. Más o menos la mitad es moco y lo demás una solución de la enzima ptialina. El moco ayuda a la lubricación para la deglución. La función de la ptialina salival consiste en iniciar la digestión de los almidones y carbohidratos de los alimentos.

La regulación de la secreción salival está dada por unos núcleos salivales superior e inferior, localizados en el tallo cerebral, y a la vez estos se encuentran regulados por los impulsos gustativos y sensoriales táctiles de la boca.

La secreción salival se puede dividir en tres fases:

- 1.- FASE PSIQUICA : Es cuando la boca se prepara para recibir los alimentos, y ayuda a la secreción de saliva a llegar éstos ahí.
- 2.- FASE GUSTATORIA : Produce saliva que se mezcla con los alimentos mientras se están masticando.

3.- FASE GASTROINTESTINAL : Prosigue a la secreción de la saliva incluso después de que los alimentos han llegado al estómago y se encuentran almacenados en él.

CARACTERISTICAS CLINICAS

C O L O R La mucosa bucal presenta una coloración rojo marcado a nivel de labios. Esta coloración es causada por la conivación de una serie de factores, como el espesor, grado de queratinización, cantidad de pigmento melamínico del epitelio, la diñlatación de los pequeños vaos sanguíneos. El color indica la condición clínica de la mucosa.

G L A N D U L A S : Su superficie húmeda la componen diferentes tipos de glándulas:

GLANDULAS SALIVALES MENORES : Se encuentran en varias regiones de la cavidad bucal, donde algunos conductos son evidentes en un exámen clínico.

GLANDULAS SEBACEAS : Se encuentran en labio superior y mucosa bucal (mucosa alveolar y dorso de la lengua). Ocasionalmente son puntos color amarillo pardo y suelen llamarse granulos de Fordyce.

PAPILAS DEL DORSO DE LA LENGUA :

P A P I L A S
G U S T A T I V A S

Papilas filiformes
Papilas fungiformes
Papilas calciformes
Papilas foliaceas.

Los cordones transversales está fromado por el paladar duro..

La encía muestra un puntilleo fino superficial (SANA)

En algunas personas se encuentra un surco blanquesino a lo largo del plano oclusal en la mucosa bucal (LINEA ALBA) Es una región queratinizada que está ocasionada por abrasión de restauraciones asperas o de mordisqueo de carrillos.

M U C O S A B U C A L

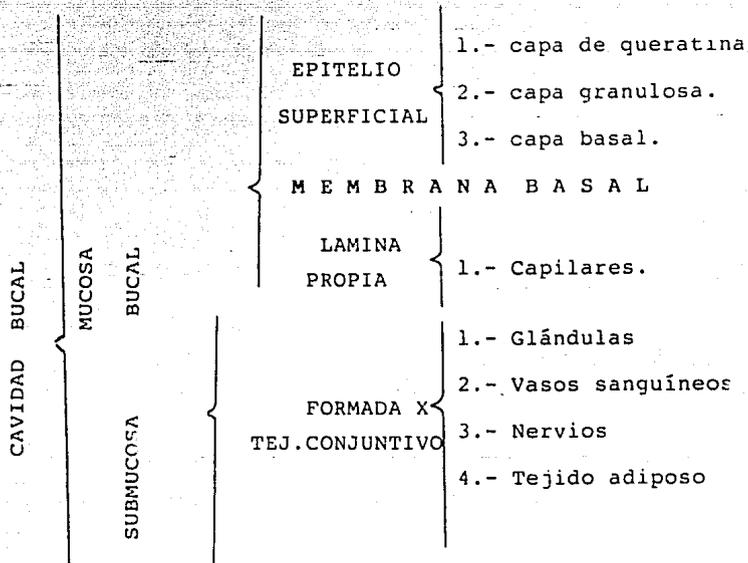
La cavidad bucal está limitada en todas sus partes por una mucos, la cuál está adherida a las estructuras subyacentes mediante una capa de tejido conjuntivo (submucosa).

La mucosa bucal está formada por dos capas; la lámina propia y el epitelio superficial estratificado y estos dos se encuentran separados por una membrana basal, el epitelio superficial se encuentra cornificado solamente en encía y paladar duro, el resto es epitelio con capa córnea.

La lámina propia es una capa de tejido conjuntivo denso, está fprmada de papilas que varía en longitud y anchura y llevan vasos sanguíneos y nervios.

La submucosa está formada por tejido conjuntivo de diferente espesor, en esta capa se encuentran glándulas, vasos sanguíneos, nervios y tejido adiposo, aquí es donde

donde las arterias grandes se dividen en ramas pequeñas para penetrar a la lámina propia.



La mucosa bucal se puede dividir principalmente en tres tipos diferentes:

1.- MUCOSA MASTICATORIA : Está formada por la encía y paladar duro, estas están sometidas a masticación y algunas partes están sometidas a fuerzas intensas de presión y fricción.

Por regla el epitelio de la mucosa masticatoria tiene estrato córneo mientras que la de revestimiento no lo es.

- 2.- MUCOSA DE REVESTIMIENTO : Es una cubierta protectora de la cavidad bucal y están formadas por mucosa de labios y mejillas, del surco vestibular y de las apófisis alveolares superior e inferior.
- 3.- MUCOSA ESPECIALIZADA : Está formada por la superficie dorsal de la lengua.

CLASIFICACIÓN DE LOS EPITELIOS

Los epitelios se clasifican según el número de sus capas celulares y la forma de sus células, si hay una sola capa de células el epitelio se llama simple; y si hay dos o más capas de células se llama estratificado. Las células superficiales se describen como planas, cuboideas o cilíndricas. Dentro de ésta categoría de epitelio los epitelios pueden no tener una superficie libre o expansiones móviles llamados cilios.

En el epitelio plano estratificado, en algunos casos, las células superficiales acumulan en su citoplasma una proteína fibrosa llamada queratina y se reducen a residuos celulares sin vida en forma de escamas.

EPITELIO PLANO SIMPLE

Son células delgadas que se disponen en una capa única y se adhieren firmemente unas a otras por sus bordes. Uno de los epitelios de ese tipo se encuentra en conductos excretores más pequeños de muchas glándulas.

EPITELIO CUBOIDEO SIMPLE

Es una superficie de células cuadradas o rectangulares. Este tipo de epitelio se encuentra en muchas glándulas como la tiroides en los conductos de glandulares, etc.

EPITELIO CILINDRICO SIMPLE

La superficie de este tipo de epitelios presenta un patron semejante al de otros epitelios simples, pero en él los perfiles poligonales son más pequeños. El epitelio cilíndrico simple reviste la superficie del tubo desde el cardias del estómago hasta el ano y también se encuentra en conductos excretores de las glándulas.

EPITELIO PLANO ESTRATIFICADO

La lámina epitelial es gruesa y las células varían de forma desde la base hasta la superficie libre. La capa cercana a la lámina basal está constituida por células cuboideas gruesas o cilíndricas, a veces con extremos redondeados o en bisel. Por encima de éstas capa basal, hay otras capas de células irregularmente poliédricas. Cuanto más cerca de la superficie estan estas capas se van aplanando. El epitelio de esta capa se encuentra en la epidermis, la boca, el esófago, parte de la epiglotis, la conjuntiva, etc. Cuando el epitelio plano estratificado se sitúa en la superficie externa del cuerpo, las células superficiales pierden su núcleo y el citoplasma es sustituido en gran parte por una escleroproteína llamada

queratina. Las células son entonces estructuras secas, desvitalizadas en formas de escama. Este epitelio recibe el nombre de EPITELIO PLANO ESTRATIFICADO.

EPITELIO CILINDRICO ESTRATIFICADO

La capa o capas más profundas están formadas por células más pequeñas, irregularmente, poliédricas, que no alcanzan la superficie libre. Las células superficiales son de forma cilíndrica. Se encuentran en la faringe, la epiglottis, grandes conductos excretores de algunas glándulas etc.

EPITELIO CILINDRICO SEUDOESTRATIFICADO.

En este tipo de epitelio todas las células están en contacto con la lámina basal, pero no en todas ellas alcanzan la superficie. Las células tienen diferentes formas. Unas tienen una base ancha, se unen y se extienden hacia arriba a lo largo de una pequeña parte del grosor del epitelio. Otras se extienden a través del grosor del epitelio, y tienen expansiones largas y delgadas que se extienden hacia abajo, entre las células basales para unirse a la lámina basal.

Este tipo de epitelio pseudoestratificado se encuentra en grandes conductos excretores de la parótida y de otras glándulas.

EPITELIO DE TRANSICION

Las células más profundas tienen forma cuboidea o cilíndrica; encima de ella hay varias capas de células poliédricas irregulares y la capa superficial está constituida por células grandes, con una superficie libre redondeada. En situación de tensión, las relaciones mutuas de las células cambian para adaptarse a la dilatación del órgano; y se distinguen dos tipos :

- 1.- SUPERFICIAL
- 2.- PROFUNADA.

Este tipo de epitelio es característico de la mucosa de vías excretoras del sistema urinario por ésta razón algunas veces se le llama uroepitelio..

Q U E R A T I N I Z A C I O N

El epitelio que cubre la encía marginal y la encía insertada es queratinizado o paraqueratinizado. Se considera que la queratinización es una adaptación protectora de función, que aumenta cuando se estimula la encía mediante el cepillado dental o cualquier otro factor.

La queratinización de la mucosa varía en diferentes zonas, en el orden que sigue : paladar (el más queratinizado), encía, lengua y carrillos (los menos queratinizados). El grado de queratinización gingival disminuye con la edad.

LA EPIDERMIS

La epidermis es un epitelio plano estratificado que está compuesto por estratos diferentes. Las que forman la mayoría del epitelio sufren queratinización y producen las capas superficiales muertas de la piel. Derivan del ectodermo que recubre al embrión y constituye el sistema queratinizante. Hay también células en la capa profunda de la epidermis que no se queratinizan, pero que son capaces de producir el pigmento de melanina. Son melanocitos, que provienen de la cresta neural del embrión. El conjunto de éstas células constituye el sistema pigmentario de la piel.

Las células superficiales de la piel se están descamando de modo continuo y son sustituidas por células que se originan por actividad mitótica en la capa basal de la epidermis. Las células producidas aquí se van desplazando a niveles cada vez más altos, empujados por nuevas células producidas por debajo de ellas. A medida que se trasladan hacia arriba, van elaborando queratina, que se acumula en su interior hasta que llega prácticamente a desplazar al citoplasma. La célula muere y su núcleo y sus demás organelos también. Esta sucesión de cambios es llamada CITOMORFOSIS DEL QUERATINOCITO, y dura de 15 a 30 días según la región del cuerpo y la influencia de algunos otros factores.

Q U E R A T I N O C I T O S

El tipo principal de la epidermis y de los otros epitelios planos estratificados se llama ahora queratinocito, a causa de la capacidad de sintetizar queratina. A medida que estas células se diferencian y se mueven hacia arriba del epitelio, su contenido en queratina aumenta progresivamente llegando a constituir en el estrato corneo el 85 % de la proteína total.

La queratina no es una proteína única sino un conjunto de polipeptidos que son producidos por diferentes RNA y los

queratinocitos producen queratinas diferentes.

Las células de la capa basal contienen solo queratina de bajo peso molecular, pero a medida que se mueven hacia arriba van produciendo cantidades crecientes de queratina.

H I P E R Q U E R A T O S I S

Son lesiones blancas que suelen denominarse LEUCOPLASIAS, existen diferentes lesiones reactivas a una hiperqueratosis.

HIPERQUERATOSIS FRICCIONAL.

ETIOLOGIA : Cuando se frota o fricciona la superficie de la mucosa bucal de manera crónica, se produce una lesión hiperqueratósica de color blanco parecida a las callosidades cutáneas. La acción histica corresponde a una reacción protectora contra el traumatismo de poca intensidad mantenido durante períodos prolongados.

CARACTERISTICAS CLINICAS : Estas se presentan con mayor frecuencia en zonas donde se reciben golpes, como los labios, el borde oclusal de la mucosa bucal y los procesos desdentados. La mordedura crónica de la mucosa de los carrillos o de los labios a veces causa queratinización del área afectada, lo mismo ocurre durante la masticación con un proceso edéntulo.

HISTOPATOLOGIA : Existe un cambio a una hiperqueratosis. Se observan pocas células inflamatorias en el tejido conectivo subyacente.

No se encuentran cambios epiteliales displásicos en este tipo de lesiones.

DISAGNOSTICO : Si el terapeuta confirma una causa traumática, no se requerirá una biopsia. Sin embargo se debe advertir al paciente que suspenda el hábito que está causando la lesión para que esta cicatrice después de un tiempo.

Si se duda de la etiología de la lesión blanca, o si la lesión es opaca en su totalidad o presente áreas de ulceración o enrojecimiento debe considerarse como una leucoplasia ideopática.

TRATAMIENTO : Generalmente se requiere únicamente observar la lesión, y el control de hábito causal. Si existen dudas sobre su etiología deberá realizarse una biopsia.

D E F I N I C I O N

Es una producción anormal en la capa córnea con células queratinizadas, anucleadas, desarrolladas en el epitelio

mucoso y sin estrato granuloso u ortoqueratosis. La hiperqueratosis simple se caracteriza por la presencia de una capa de queratina pudiendo observarse acantosis o papiomatosis en algunos casos, pero con normalidad celular absoluta.

La queratina se diferencia de la ortoqueratina en la permanencia de núcleos o de remanentes nucleares dentro de la capa de queratina. Esto también es una parte normal de ciertas áreas de la cavidad bucal. En las áreas donde habitualmente no se encuentra queratina se le denomina HIPERQUERATOSIS.

D I A G N O S T I C O

D I F E R E N C I A L

L E U C O P L A S I A

La leucoplasia es una lesión premaligna , ya que una importante cantidad de carcinomas orales pudieron haberse asociados a áreas de leucoplasia ya que algunas leucoplasias pueden malignisarse. Esta malignización ocurre en el 70 % de los casos.

Esta lesión se define como una capa blanca que no se puede caracterizar clínica ni patológicamente como ninguna otra enfermedad.

La leucoplasia es una designación clínica empleada para referirse a una placa blanca de la mucosa, que no se desprende. El término Leucoplasia se utiliza únicamente como diagnóstico microscópico., es decir como un término clínico para las manchas blancas que inciden en la mucosa.

El exámen de histológico de la lesión clínica puede revelar un amplio espectro de alteraciones desde un inofensivo engrosamiento del epitelio por una parte hasta un carcinoma infiltrante por la otra.

ETIOLOGIA : La etiología ha sido atribuida a numerosos factores, incluyendo tabaco, alcohol, irritaciones mecánicas, sífilis, deficiencia en vitaminas, alteraciones hormonales, galvanismo malnutrición y, en el caso de la leucoplasia labial, radiaciones actínicas.

El tabaco ha sido considerado como uno de los factores etiológicos principales. Se observa una mejoría cuando un enfermo con leucoplasia extensa deja de fumar, es la prueba más convincente de esta relación causa-efecto.

La irritación mecánica local parece ser un agente etiológico claro en los casos en que la leucoplasia aparece en zonas crónicamente irritadas por prótesis mal adaptadas o por piezas dentarias mal puestas. La mordedura sistemáticamente habitual de las mejillas o de la lengua también puede originar una zona de hiperqueratosis a nivel

de la irritación crónica. También se observan zonas localizadas de leucoplasia en la mucosa de los alveolos sin dientes cuando existen los dientes correspondientes opuestos en la otra arcada. Muchas de las lesiones leucoplásicas que se desarrollan del modo descrito pueden consideradas esencialmente como callosidades orales.

Los factores sistémicos y la avitaminosis pueden ser también algunas causas etiológicas.

CARACTERISTICAS CLINICAS : Esta es una lesión observada con considerable frecuencia. Las lesiones diagnosticadas clínicamente como leucoplasia, queratosis etc.

Esta enfermedad es más frecuente en hombres que en las mujeres y su incidencia máxima se sitúa en las décadas de los sesenta años de edad..

La leucoplasia puede encontrarse en cualquier parte de la cavidad oral, las localizaciones más frecuentes siguiendo en orden decreciente es en: La mucosa alveolar, lengua, labios, apaladar, piso de boca y encía.

Clinicamente, la leucoplasia de la boca varía desde una pequeña blanca bien localizada hasta una zona difusa que afecte gran parte de la mucosa oral. Existen variaciones considerables respecto al color y textura de las lesiones. Algunas zonas de Leucoplasias son unas placas lisas, planas

o ligeramente elevadas y de un color blanco translúcido. Otras son gruesas, fisuradas papilomatosas y duras a la palpación. Es frecuente que la superficie de la lesión sea finamente rugosa. Algunas manchas leucoplásicas están bien delimitadas, con bordes bien definidos, mientras otras se difuminan gradualmente con los tejidos circundantes. El color puede variar, desde un blanco perlado hasta un blanco amarillento o grisáceo. En los fumadores de tabaco, las zonas leucoplásicas pueden presentar una coloración blancomarrónada.

Algunas de las manchas blancas asientan sobre una mancha eritematosa. La leucoplasia del paladar duro y blando, presenta a menudo ciertas características clínicas.

M O R S I C A T I O B U C C A R U M

Es una lesión provocada por la mordedura efectuada por el propio individuo.

MORDEDURA DEL LABIO O MEJILLA : Estas forman parte de un hábito nervioso del que el enfermo puede no haberse dado cuenta, pudiendo ocurrir incluso durante el sueño. Los tejidos orales adquieren un color blanco lechoso, se vuelven rugosos y se maceran, pudiendo observarse en ocasiones pequeñas hemorragias submucosas. Esta lesión está claramente limitada a la zona de los labios y mejillas dentro del alcance de los dientes.

Un ejemplo típico es el resultado de la mordedura de labio en una muchacha de 15 años de edad, que admitió tener hábito de morderse el labio. Las lesiones por mordedura se caracterizan por una irregular descamación de la capa epitelial entremezclada con pequeñas erosiones. Las lesiones producidas por mordedura de labio o de carrillo también pueden parecerse a las quemaduras por productos químicos, como por ejemplo el leucodema, nevo esponjoso blanco y reacciones de la mucosa a los dentífricos.

L I Q U E N P L A N O

Es una erupción formada por pápulas pequeñas, notables por su color, su figura, su estructura, su habitat, por su carácter local y crónico por las coloraciones melaminicas que dejan cuando ellos desaparecen.

LOCALIZACION DE LAS LESIONES MUCOSAS

EN LIQUEN PLANO

<u>AREA</u>	<u>NUMERO DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJES</u>
CARRILLO	129	82.10 %
LENGUA	80	50.09 %
LABIOS	35	22.22 %
PALADAR	27	17.10 %
ENCIA	17	10.81 %

ETIOLOGIA : La causa no es bien conocida, aunque factores hereditarios y sicosomáticos parecen jugar un papel importante. En el pasado, las consideraciones etiológicas con respecto al líquen plano cubrieron un alto rango de posibilidades :

- 1) Traumática.
- 2) Bacteriana específica.
- 3) Sifilítica.
- 4) Parasitaria.
- 5) Viral.
- 6) Micótica.
- 7) Alérgica
- 8) Tóxica,
- 9) Nerviosa o Neurogénica.
- 10) Hereditaria
- 11) Sicosomática.

CARACTERISTICAS CLINICAS : La lesión fundamental del líquen es una pápula pequeña, tiene el tamaño de la cabeza de un alfiler en forma hemisférica y de color blanco brillante. Estas papulas pueden estar extendidas en su base y el color puede variar de blanco a gris. En la lengua, las pápulas del líquen varían de las del resto de la mucosa bucal, tienden a hacerse más aplanadas y no brillan.

La apariencia de la lesión depende de las distintas formas en que se distribuyen las pápulas. Pueden permanecer como lesiones de tamaño de una cabeza de alfiler, aisladas, de base enrojecida, o pueden coalescer y distribuirse en forma de líneas, círculos, placas densas y otras configuraciones.

Las líneas y puntos blanco-grisáceos representando la distribución de las pápulas representan un signo patognomónico.

El líquen plano se puede encontrar en diferentes áreas de la mucosa bucal.

MUCOSA YUGAL

La mucosa yugal es el sitio bucal más frecuentemente afectado. Cuando las lesiones son pequeñas se encuentran en la parte posterior, a nivel de la línea de oclusión o interdental y se divide en diferentes aspectos :

ASPECTO RETICULAR : Es la forma que se observa más comúnmente en la mucosa yugal. Las lesiones pueden estar localizadas en la zona de la línea interdental o tomando toda la mucosa yugal, extendiéndose a las áreas vestibulares y retromolares. La disposición está dada por líneas elegadas y entrelazadas, formando una red.

ASPECTO LINEAL PUNTEADO : Son pápulas individuales que pueden aparecer como series o masas de puntos blancos sobre un fondo violáceo. Las pápulas pueden estar dispuestas en series de líneas medianamente paralelas, que corren en dirección similar a la línea interdientaria.

ASPECTO EN PLACA : Esta es una placa elevada y blanca y observado con una lupa se vera que está compuesta por grandes cantidades de pápulas diminutas..

ASPECTO PAPULAR : En este tipo, las pápulas están espaciadas y lo suficientemente cercanas como para darle a la lesión un aspecto blanco gris. Las pápulas individuales son más obvias en esta forma.

ASPECTO EROSIVO O ULCERATIVO : Las lesiones de liquen plano raramente se ulceran. Cuando se presentan las formas ulcerativas, usualmente se les observa en la línea de oclusión. Estas lesiones parece que están relacionadas con influencias traumáticas ó irritación local. Las lesiones ulcerativas no son necesariamente precedidas por lesiones vesiculares.

ASPESTO VESICULAR : Las lesiones vesiculares o ampollares, son raras en la mucosa yugal. Estas lesiones son discutidas

en relacion con la lengua.

L E N G U A

Las lesiones de la lengua son diferentes a las de la mucosa yugal en muchos detalles, y existe una considerable variedad en el aspecto de las lesiones.

ASPECTO RETICULAR : Son estriás blancas, bién demarcadas y entrelazadas son el patrón típico, y estas lesiones se encuentran con mayor frecuencia en el borde lateral de la lengua, pero la superficie dorsal en su totalidad puede estar cubierta. Este tipo de lesiones pueden distribuirse bilateralmente. Mientras los bordes laterales de la lengua estan afectados, el dorso puede hallarse completamente libres de lesiones de líquen plano. Las papilas linguales se atrofian en las áreas asfectadas y la superficie lisa resultante acentúa el blanco de las estriás..

ASPECTO ANULAR : Son círculos y anillos que pueden estar formados por una distribución papilar. Las papilas linguales en esta área pueden sufrir cambios atróficos, de tal manera que en el centro de estos anillos están enrojecidos y lisos.

ASPECTO VERRUGOSO : Este tipo de lesión no es muy común y solamente se desarrolla en áreas muy grandes, puede haber una hiperplasia de tejido con aspecto verrugoso o papilomatoso.

ASPECTO EROSIVO O ULCERATIVO : Puede resultar de la ruptura de las vesículas, dejando un área ulcerada. Estas pueden representar una infección bacteriana posterior, que causa una destrucción epitelial.

ASPECTO ATROFICO : Es una de las lesiones más comunes en la lengua y abarca toda la cara dorsal de la lengua con el desarrollo de una glositis atrófica. Ha y una atrofia de las papilas fungiformes y filiformes, y pueden existir o no lesiones blancas plaquetiformes. En el líquen plano atrófico, como las papilas linguales desaparecen, la lengua se observa enrojecida y frecuentemente edematosa. Este tipo de líquen plano es más frecuente en mujeres de edad avanzada.

ASPECTO AMPOLLAR O VESICULAR : Este es muy raro. Las lesiones usualmente se forman en los bordes o en la cara ventral de la lengua. Las vesículas pueden variar de tamaño desde 1 a 2 mm. de diámetro hasta varios cm. Las vesículas grandes son fluctuantes y de color gris púrpura. En el momento de romperse se puede observar que la membrana que la recubre es gruesa. El líquido en las vesículas es

claro , pero puede ser hemorrágico o aún purulento, cuando las lesiones son infectadas secundariamente por microorganismos bucales.

ASPECTO EN PLACAS : Tienden a ser de un color gris-blanco y no son elevadas, ya que reemplazan a las papilas linguales atrofiadas, y las adyacentes son más prominentes. En el dorso de la lengua pueden aparecer algo hundidad. Estas placas son frecuentemente densas y pueden tener una distribución en manchas en toda la superficie lingual.

L A B I O S

Cuando se presente en labios generalmente afecta el labio inferior y son casi siempre acompañadas de lesiones bucales. El aspecto paular discreto es poco frecuente en la mucosa labial. Raramente aparecen lesiones ulcerativas o vesiculares.

Las lesiones de liquen plano en los labios pueden parecer a la queilitis, y es difícil hacer un diagnostico cuando no existen otras lesiones de liquen plano. Un seguimiento en biopsia es lo más indicado.

PISO DE BOCA

Raramente se observa liquen plano en el piso de boca,

pero han existido casos en esta localización exepcional.

E N C Í A

Ocasionalmente pueden existir lesiones en la encía. Se han encontrado lesiones gingivales en la encía adherente y son, por lo general, reticuladas. Este liquen plano se puede extender al margen gingival en algunos casos. En la ausencia de otras lesiones bucales, estas lesiones gingivales pueden ser confundidas con otra lesión como un penfigoide.

P I E L.

Las lesiones cutáneas son distintivas, y su diagnóstico es, por lo general, hecho sin ninguna dificultad. La lesión primaria es una pápula pequeña, plana y su apariencia varía desde un aspecto eritematoso en los primeros estadios hasta un color violáceo y más típico en una forma bien desarrollada.

S I N T O M A T O L O G I A

Los síntomas están por lo general ausentes en las lesiones bucales, aunque puede existir un ligero prurito en las lesiones cutáneas en la cavidad bucal, puede haber ligeros síntomas subjetivos, usualmente descriptos como una sensación de quemazón o irritación.

Las lesiones son por lo general descubiertas accidentalmente, es decir, cuando el paciente las siente con la lengua o se las observa en un espejo, o cuando son detectadas por el odontólogo.

Si las lesiones son erosivas o ampollares en naturaleza, los síntomas pueden ser severos. Algunos pacientes pueden tener un dolor en las áreas erosionadas; los síntomas son tan molestos . .

D I A G N O S T I C O :

El diagnostico del liquen plano puede hacerse si se tienen presentes varias características sobresalientes. La lesión primaria es una pápula pequeña. La enfermedad es generalmente asintomática. Solo en el aspecto ampollar o erosiva aguda hay síntomas llamativos.

Es muy útil la biopsia, pero no es absolutamente necesaria en todos los casos. El cuadro clínico y la historia del paciente son suficientes para el diagnostico.

T R A T A M I E N T O

El tratamiento del liquen plano estan lejos de ser satisfactorias. Las lesiones bucales de esta enfermedad son más resistentes a la terapia de las lesiones cutáneas. Esecialmente, el tratamiento para el liquen plano es

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

empírico. Existen varios agentes empleados están los metales pesados, como las preparaciones con bismuto, arsénico, mercurio; complejo vitamínico B ; antibióticos como la penicililina, radiación e inmunoterapia. Las hormonas corticosterioides también fueron empleados pero con resultados desalentadores.

Los tópicos anestésicos pueden ser útiles en el manejo de las molestias causadas.

Como es considerado que el estado emocional del paciente es importante en el desarrollo de la enfermedad, los tranquilizantes pueden ser una gran ayuda.

CANDIDIASIS HIPERPLASICA CRONICA

La candidiasis crónica es muy frecuente y se conoce como una ulceración bucal protésica, se encuentra en el 65 % de los casos en ancianos que utilizan prótesis totales. Es más frecuente en el paladar que en el proceso alveolar mandibular y se presente con mayor frecuencia en mujeres que en hombres. Uno de los factores que contribuyen a que se presente esta enfermedad incluye el traumatismo crónico producido por una prótesis mal ajustada y el no quitarla durante la noche.

Las infecciones con candidiasis crónicas pueden

producir una acción hiperplásica del tejido. Cuando esto ocurre en el área retromisular, la lesión parece una leucoplasia moteada.

La lesión se presente como una superficie roja, brillante en ocasiones atercopelada o granular que tienen poca queratinización. En los casos graves pueden observarse vesículas y erosiones.

En pacientes que tienen un hábito exagerado de lamerse los labios y la piel alrededor de la boca, se presenta un tipo de candidiasis atrófica, en la cuál se observan fisuras cutáneas de la piel y adquiere una coloración café sobre un fondo eritematoso.

D I S P L A S I A

Se refiere a la atípi del epitelio. Se manifiesta por las variaciones de forma, tamaño y orientación de las células epidermicas, particularmente de los estratos epiteliales inferiores. Este termino se utiliza en odontología cuando se habla de la histología de la leucoplasia oral.

QUERATOSIS FOLICULAR :

Esta enfermedad comienza en la infancia o en la adolescencia, las manifestaciones cutáneas, se caracterizan por lesiones paulares pequeñas que no presentan cambio en el

color de la piel y se distribuyen con simetría en la cara.

Las quemaduras de sol en ocasiones producen lesiones localizadas de queratosis folicular.

La afección bucal de esta enfermedad está bien establecida, y la extensión de la lesiones en esta región es paralela a la extensión de las cutáneas. Se presenta sobre todo en regiones queratinizadas como encía y paladar duro, aunque puede afectar cualquier parte de la boca. Las lesiones típicas son pápulas blanquecinas pequeñas de 2 a 3 mm. de diámetro y que en ocasiones se pueden extender hacia la bucofaringe y la faringe.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO : Los análogos de la vitamina A por vía oral retinoides introducidos de manera reciente como etretinato e isotetrinoina, presentan mayor eficacia. La suspensión del tratamiento puede producir remisión en periodos variables y regreso posterior al estado original de afección producido por la enfermedad.

H I P E R P L A S I A

Esta hiperplasia ha sido designadas con nombres diversos, como acantosis invasora, verrugoma, epiteloma y queratoacantoma.

Al parecer, la denominación de queratoacantoma es la que se utiliza de forma más generalizada refiriéndose a lo que se trata de tres entidades separadas :

- 1) Queratoacantoma solitario.
- 2) Epiteliomas múltiples de curación espontánea.
- 3) Queratoacantoma.

Los tipos solitario y múltiple pueden aparecer en los labios, pero las mucosas orales parecen afectarse sólo en el queratoacantoma de tipo eruptivo. Estas lesiones son hiperplasias penetrantes de tipo tumoral y no son necesariamente progresivas, pueden curar espontáneamente y no pueden hacer metástasis.

CARACTERISTICAS CLINICAS : Las características clínicas sobresalientes de esta lesión es su rápido desarrollo; comienzan como una pequeña pápula y de cuatro a doce semanas alcanzan su máximo tamaño. La lesión hace un nódulo duro, prominente, hemisférico, de un tamaño de 1 a 2 cm. de diámetro y con una depresión central cubierta por una costra de queratina.

Clinicamente el queratoacantoma puede ser indistinguible o fácilmente confundible con el carcinoma de células escamosas. Los antecedentes de crecimiento rápido son un dato importante para la diferenciación.

R E S U M E N

La mucosa bucal es el primer tema en este trabajo, la mucosa bucal tiene diferentes funciones como la de dar protección, secreción, regulación térmica y función sensorial.

Sus características clínicas más importantes es que presenta una coloración roja a nivel de labios, y esta es dada por diversos factores como. el espesor, el grado de queratinización, cantidad del pigmento melánico del epitelio etc. También existen glándulas salivales menores que se encuentran en varias regiones de la cavidad bucal. Glándulas sebáceas que se pueden encontrar en: labio superior y/o labio inferior (mucosa alveolar y dorso de la lengua) , estos clínicamente se observan como puntos de color amarillo pardo y suelen llamarse Granulos de Fordyce. La encía cuando es sana presenta un color rosa pardo con un puntillado fino superficial. En algunas personas se encuentra un surco blanquecino a lo largo del plano oclusal llamado Línea Alba.

La cavidad bucal está dividida en dos partes que son: Lamucosa bucal y La submucosa.

La mucosa bucal esta formada por un epitelio superficial que consta de una capa de queratina, una capa granulosa y una capa basal. También está formada por una lámina propia que consta de capilares. Entre el epitelio superficial y la lámina propia se encuentra una membrana basal.

La submucosa está formada por tejido conjuntivo y éste a su vez consta de glándulas, vasos sanguíneos, nervios y tejido adiposo.

Existen tres tipos diferentes de Mucosa Bucal:

- 1.- Mucosa masticatoria.
- 2.- Mucosa de revestimiento.
- 3.- Mucosa especializada.

Existe una clasificación de los epitelios según el número de sus capas celulares y la forma de sus células :

- a) Epitelio plano simple.
- b) Epitelio cuboideo simple.
- c) Epitelio cilíndrico simple.
- d) Epitelio plano estratificado.
- e) Epitelio cilíndrico estratificado.
- f) Epitelio cilíndrico pseudoestratificado.
- g) Epitelio de transición.

La queratinización del epitelio varía en diferentes zonas: en el paladar el epitelio es más queratinizado; en encía, lengua y carrillos el epitelio es menos queratinizado..

La hiperqueratosis son lesiones blancas que pueden denominarse leucoplasias, y existen diferentes lesiones reactivas a una hiperqueratosis. La etiología de estas hiperqueratosis pueden ser por diversas causas como por ejemplo : zonas donde se reciben golpes, la mordedura crónica de la mucosa de labios o carrillos, o la masticación que ocurre en un proceso edéntulo. Su diagnóstico siempre requerirá de una biopsia ya que es difícil de hacer por su parecido clínico con otros tipos de lesiones, en el único caso que no deberá hacerse biopsia es cuando el médico este completamente seguro de que se trata de una hiperqueratosis por una historia clínica muy completa o cuando ésta haya sido causada por un golpe. Para su tratamiento únicamente se requerirá observar la lesión y el control del hábito causal.

Se deberá hacer un diagnóstico diferencial con otras lesiones como: La leucoplasia, morsicatio buccarum, líquen plano, candidiasis hiperplásica crónica, displasia, queratosis folicular e hiperplasia.

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

W.G. SHAFER B. M. LEVI
TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
EDITORIAL INTERAMERICANA.
AÑO 1986

WILLIAM P. TYLDESLEY
ATLAS DE MEDICINA ORAL
EDITORIAL YEAR BOOK
AÑO 1978

PROF. DAVID GRINSPAN
ENFERMEDADES DE LA BOCA
EDITORIAL MUNDI SAICF ED.
TOMO I.

DR. LESTER W. BURKET
MEDICINA BUCAL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
EDITORIAL INTERAMERICANA
AÑO 1973

DR. MARCOLM A. LYNCH
MEDICINA BUCAL DE BURKET
EDITORIAL INTERAMERICANA
AÑO 1980

M. DECHAME AL AL
ESTOMATOLOGIA
EDITORIAL TORAY-MSSON, S.A.
AÑO 1981

RICHARD W. TRECKE ET AL
FISIOLOGIA BUCAL
EDITORIAL INTERAMERICANA.

JOHN GIUNTA
PATOLOGIA BUCAL
EDITORIAL INTERAMERICANA
PRIMER. ED. 1978.

ROBERTH J. GORLIN HENRRY M. GOLDMAN
PATOLOGIA ORAL
EDITORIAL SALVAT

JOSEPH A. REGEZI ET AL.
PATOLOGIA BUCAL
EDITORIAL INTERAMERICANA
AÑO 1989

RICARDO FRANCISCO BURGHELLI
TEMAS DE PATOLOGIA BUCAL
EDITORIAL MUNDI
TOMO I

PINDBORG
CANCER Y PRECANCER BUCAL
EDITORIAL PANAMERICANA.
AÑO 1981

TEN CATE
HISTOLOGIA ORAL
EDITORIAL PANAMERICANA
2ª EDICION 1986

BHASKAR
HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCAL
EDITORIAL INTERAMERICANA.

PHILIP L. MCCARTHY ET AL
ENFERMEDADES DE LA MUCOSA BUCAL
EDITORIAL EL ATENEO

ORBAN
HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCALES
EDICIONES CIENTIFICAS LA PRENSA MEDICA MEXICANA, S.A.
6ª EDICION 1981

L.C. JUNQUERIA
HISTOLOGIA BASICA
EDITORIAL SALVATM
2ª EDICION 1981