

01421
102



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**Patología Dermatológica con manifestaciones
bucales
(Estudio de caso en el Centro Dermatológico Pascua).**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

Alberto Fernández Arista

DIRECTORA:

C.D. Elvira del Rosario Guedea Fernández

ASESORES:

C.D. Nancy Antonieta Jacques Medina

C.D. Alfonso Bustamante Bécame.

Vo.Bo. C.D. Elvira del Rosario Guedea Fernández 7 Das 03



MÉXICO D. F.

MAYO 2003

A



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**Con agradecimiento, admiración y respeto
a mi directora de tesina
C.D. Elvira del Rosario Guedea Fernández.**

**Con agradecimiento, por todo su apoyo, amistad,
asesoría y dedicación a la
C.D. Nancy A. Jacques Medina.**

**Agradezco al C.D. Alfonso Bustamante Bácame por su
apoyo y dedicación a este estudio.**

**Con todo mi cariño a mi Madre,
Este trabajo es fruto del cariño
tan grande que siempre me ha
demostrado.**

**Con cariño a mis hermanos que gracias
A su estímulo y sacrificio debo el haber
logrado la culminación de este sueño.**

Con admiración y amor a Joselin B. C.

Gracias principalmente a Papá Dios que siempre ha estado cerca de mi para apoyarme y levantarme.

A mis grandes amigas y amigos Joselin, Isabel, Seidy, Lourdez, Lorena, Rocío, Nallely, Marisol, Alejandro, Mario, Rubén, Oscar y Bernardo . Sepan que si les nombro, es porque han representado algo realmente importante en mi vida, que los y las quiero mucho, y siempre estarán presentes en mi mente y corazón.

GRACIAS

Con amor Alberto.

D

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
2. Marco Teórico.....	2
2.2 Antecedentes Históricos en la Dermatología.	2
2.3 Enfermedades Dermatológicas con manifestación en cavidad bucal.3	3
2.4 Anatomía y fisiología de la boca.....	5
2.5 Exploración de la boca.....	13
2.6 Biopsia bucal.....	15
2.7 Variaciones normales de la boca	17
2.8 Trastornos muco-cutáneos más frecuentes:	
A) Liquen plano.....	20
B) Pénfigo vulgar.....	25
C) Lupus eritematoso.....	28
D) Eritema multiforme.....	32
2.9 Efectos secundarios después del tratamiento con esteroides.....	37
3. Planteamiento del problema.....	39
4. Justificación.....	39
5. Objetivos.....	40
6. Hipótesis.....	40
7. Metodología.....	41
7.1 Material y método.	41
7.2 Población de estudio.....	41
7.3 Muestra.....	41
7.4 Tipo de estudio.....	41
7.5 Variables de estudio.....	41
7.6 Criterios.	
7.6.1 De inclusión.....	42
7.6.2 De exclusión.....	42
7.8 Técnica de recolección y análisis de datos.....	42
7.9 Recursos.....	42
8. Resultados.....	43
9. Conclusiones.....	48
10. Referencias bibliográficas.....	49
11. Anexos.....	53

F

I. Introducción

La piel y las mucosas son afectadas por una serie de enfermedades que pueden afectar indistintamente la piel, las mucosas o ambas. Es por ello que el estomatólogo y el dermatólogo deben conocer las características clínicas de estos procesos, para que al momento de determinar el diagnóstico y tratamiento definitivos, se consideren e interpreten correctamente todos los signos y síntomas que presenta el paciente. Es importante la interrelación entre ambas especialidades, lo cual conduce a una mejor atención a nuestros enfermos. Muchas son las afecciones de la piel que dañan las mucosas, y entre éstas, la bucal es una de las más afectadas

Los trastornos que afectan la mucosa bucal son estudiados por diversas disciplinas como gastroenterología y dermatología, dada la relación con entidades cutáneas. Es evidente el valor que puede tener el ejercicio clínico del examen de la mucosa bucal en endocrinopatías, enfermedades dermatológicas, neoplásicas, síndromes genéticamente determinados, y enfermedades relacionadas con la infección por virus, donde su estudio influye significativamente en el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad. Desafortunadamente esta región anatómica con mucha frecuencia es ignorada pese a tener una topografía de fácil acceso para su exploración, cuya omisión constituye un retraso lamentable en el diagnóstico y el manejo del padecimiento.

Conocer las alteraciones más frecuentes de la mucosa bucal relacionadas con enfermedades que dan manifestaciones muco-cutáneas, en la población mexicana, proporciona al clínico una orientación básica para un diagnóstico más preciso, lo que conduce a una reducción de la morbi-mortalidad por enfermedades bucales. Actualmente no se cuenta con datos estadísticos de nuestra población.

Interesados por conocer cómo se comportan estos procesos en pacientes mexicanos es que acudimos a el Centro Dermatológico Pascua a realizar esta investigación, con el objeto de estudiar las manifestaciones bucales de algunas enfermedades muco cutáneas.

2. MARCO TEÓRICO..

2.2 Antecedentes Históricos en la Dermatología.

La dermatología es una de las especialidades de la Medicina más antiguas, existen referencias que provienen de los tiempos bíblicos. La Biblia Hebrea escrita hace unos 2700 años , claramente describe enfermedades dermatológicas y sus terapias aunque fuertemente influenciada por la idea de que estas enfermedades representaban castigos divinos.

Las enfermedades muco cutáneas han sido documentadas desde hace 5000 años en la momias del antiguo Egipto.

Los tratamientos cosméticos para la piel como fórmulas para quitar arrugas y manchas se han documentado desde hace 3500 años aproximadamente , y hoy en día son un área de gran interés y avance tecnológico.

Los Griegos y los Romanos distinguieron posteriormente entre los factores internos (sistémicos) y los factores externos (directamente sobre la piel) que ocasionaban enfermedades muco cutáneas.

Hoy en día los avances en la Microbiología y la Patología han reportado información que nos permite entender la etiología de muchas enfermedades dermatológicas. En esta búsqueda por conocer más de estas enfermedades, se han creado subespecialidades como Dermopatología, Inmunodermopatología, Dermofarmacología, Oncología dermatológica, Dermatología Pediátrica, Cirugía dermatológica con y sin Laser, Anestesia en dermatología, y más recientemente dermatología Hospitalaria, las cuales han asumido un importante rol en el desarrollo de la especialidad.

Parece ser que dentro de esta especialización no se considera, o se ha olvidado la gran cantidad de datos que nos ofrece para el diagnóstico la exploración bucal.¹

El estomatólogo y el dermatólogo deben conocer las características clínicas de los trastornos muco-cutáneos para tomar una conducta adecuada que permita un diagnóstico definitivo y un tratamiento correcto. Es importante la interrelación entre ambas especialidades, lo cual conduce a una mejor atención a nuestros pacientes.

2.3 Enfermedades dermatológicas con manifestación en cavidad bucal.

Muchas son las afecciones de la piel que dañan las mucosas, y entre éstas, la mucosa bucal es una de las más afectadas. Las enfermedades que presentan con mayor frecuencia manifestaciones bucales son: el liquen plano, el pénfigo vulgar, el lupus eritematoso, el eritema multiforme, la psoriasis, síndromes, entre otras .

El liquen plano es una enfermedad inflamatoria de la piel y las mucosas, de evolución subaguda o crónica, que afecta por igual a hombres y mujeres sin preferencias de razas, en edades entre 30 y 60 años.^{2,3}

Entre los aspectos más importantes del liquen plano debe incluirse su patogenia; la teoría inmunitaria es la más aceptada en la actualidad.^{4,5,6}

En la mucosa bucal se observa con mayor frecuencia la forma reticular o en trama, en la que aparecen líneas de color blanco azuladas que sobresalen a manera de relieve sobre el plano de la mucosa.^{2,7,8}

La forma erosiva es otra de las variedades en que se puede presentar esta entidad, y es considerada como un estado premaligno.^{9,10,11}

Se presentan otras formas, como la atrófica, hipertrófica, en placas, entre otras. Las lesiones se ubican preferentemente en la mucosa del carrillo, y entre los síntomas más comunes se encuentra el ardor o sensación de quemadura.

En la piel las lesiones son eritematopapulosas, de tinte violáceo, pequeño tamaño y superficie lisa, acompañadas de prurito.^{6,12,13}

El lupus eritematoso es una enfermedad autoinmune que puede manifestarse en dos formas fundamentales; la sistémica o aguda que afecta fundamentalmente órganos internos y que puede ocasionar lesiones en las mucosas por queratosis pequeñas que alternan con zonas eritematosas, y el lupus eritematoso discoide crónico, que afecta esencialmente la piel y las mucosas y no los órganos internos.¹⁴

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel y las mucosas, caracterizada por su evolución en "brotes".

Las lesiones bucales de la psoriasis no se hallan bien definidas; se encuentran lesiones en placas blancas o grises. Otros autores las describen como placas blanquecinas plateadas que aparecen rodeadas por una base eritematosa.^{7,13}

También existen manifestaciones mucocutaneas asociadas a alteraciones de tipo genético, como las que observamos en lo siguientes síndromes: Neurofibromatosis, Enfermedad de Peutz Jeghers, Esclerosis Tuberosa, Síndrome de Melkersson Rosenthal, Disqueratosis epitelial benigna Hereditaria, Paquioniquia congénita, Enfermedad de Darier, Disqueratosis congénita.^{14,15}

Mi objeto de estudio se centra en cuatro enfermedades: el liquen plano, el pénfigo vulgar, el lupus eritematoso y el eritema multiforme.

2.4 Anatomía y fisiología de la boca.

Para realizar un diagnóstico preciso es necesario diferenciar lo normal de lo patológico. La boca es una cavidad cuyo diámetro mayor es antero posterior, se limita al frente por los labios y hacia atrás por las fauces, arriba la bóveda palatina y abajo la lengua y piso de boca, a los lados por los carrillos, constituyendo las paredes laterales.

Los labios se limitan hacia arriba por el subtabique nasal los bordes de orificios nasales y alas nasales, abajo surcos naso y labiogenianos. La raza imprime modificaciones al tamaño y forma de los labios, siendo la piel gruesa con un prominente estrato lúcido y pequeño estrato corneo, las papilas dérmicas son numerosas y ricamente vascularizadas, confiriendo el tono rosado característico.

El bermellón es una zona de transición única de los seres humanos, en su capa basal existen muchos melanocitos, así como glandulas salivales y escasas glándulas sebáceas. ^{16,17}

Por dentro la mucosa labial es continua con la yugal a los costados; arriba y abajo se observan los surcos vestibulares superior e inferior, donde la mucosa se flexiona sobre los rebordes alveolares correspondientes ; es la mucosa alveolar que al unirse a la encía adherida constituye la unión mucogingival. La mucosa alveolar es más roja y laxa, contrastando con la encía adherida que es fibromucosa rosada clara . En la línea media de ambos labios existe un pliegue de mucosa llamado frenillo labial , en la cara interna de los labios la mucosa es húmeda y al ser secada se pueden observar pequeñas neoformaciones puntiformes correspondiente a glándulas salivales por los que drenan gotas de saliva, a la palpación bidigital se detectan múltiples elementos de aspecto nodular que corresponden a las glándulas salivales irrigadas por las arterias coronarias.

Los labios son dos pliegues músculo fibrosos formados por once músculos a saber: Orbicular de los labios, elevador común del ala nasal y del labio superior, elevador propio del labio superior canino, zigomático mayor y

menor, buccinador, risorio, triangular de los labios, cuadrado de la barba y el mentoniano.

La sensibilidad del labio superior está dada por la segunda rama del trigémino, del labio inferior por la tercera rama del mismo nervio y la inervación motora de ambos la proporciona el nervio facial.

La irrigación de los labios es proporcionada por las dos ramas de la arteria facial, donde la inferior atraviesa el orbicular de los labios, irriga la piel, los músculos, y la mucosa del labio inferior, y se anastomosa con la del lado opuesto.

La arteria facial superior, más gruesa y tortuosa, que la inferior, irriga todo el labio superior, se anastomosa con la del lado opuesto, las venas labiales superior e inferior, recogen la sangre de las arterias labiales y van a desembocar en la vena facial.

Los linfáticos de los labios, drenan en ganglios submandibulares principalmente, como el ganglio linfático submentoniano.^{18,19}

Con la mandíbula ocluida los arcos dentarios o bordes maxilares dividen la boca en dos zonas: la interna es la boca propiamente dicha y por fuera, es el vestíbulo bucal. La primera, limitada al frente y a los lados por la cara lingual, y palatina de los arcos dentarios, arriba el paladar, abajo el piso de la boca, y atrás el istmo de las fauces.

El vestíbulo bucal con forma de herradura, por delante limitada por la mucosa de los labios y a los lados con la yugal, en la parte posterior por la cara externa de los dientes y encías.

El espesor de las mejillas dependerá del grosor del panículo adiposo, más convexo en el niño, plana en el adulto y deprimida en el anciano. Toda cubierta de una mucosa lisa, rosada y húmeda que al unirse a la alveolar constituye la unión mucogingival. Se divide en tercios anterior, medio y posterior dependiendo de la edad y complejión del individuo, puede existir un plegamiento vertical; a la altura del cuello del 1º y 2º molar se encuentra un orificio que es la desembocadura del conducto Parotideo, por donde fluye

la salida de la glándula parótida, generalmente este orificio se encuentra en el vértice de una pequeña eminencia mucosa, que no debe ser confundido con un papiloma. Por detrás, vecino al conducto de Parotideo, existen los orificios de las glándulas salivales conocidas como glándulas molares.

La lengua es básicamente un órgano muscular de fibras estriadas, sus variaciones en forma y localización tienen importancia para el acto masticatorio, el habla y gracias a terminaciones específicas contenidas en su mucosa, da el sentido del gusto. Se distingue una gran región, el cuerpo, dirigido hacia delante; el ápice o punta de la lengua y la raíz de la lengua, que se inserta en la mandíbula y en el hueso hioideo. Su cara superior convexa está dirigida hacia el paladar y la faringe. La cara inferior está libre solo en su base anterior, la parte posterior está ocupada por músculos. Por ambos lados se limita por sus bordes, en el dorso se distinguen dos zonas, una anterior, grande casi horizontalmente en el fondo de la cavidad bucal; la otra posterior es casi vertical y se dirige hacia la faringe. En el límite entre las zonas anterior y posterior hay una fosita, el agujero ciego desde donde se extiende hacia los lados y hacia delante el surco terminal. La mucosa de la lengua está inervada por los pares craneales V, VII, IX y X, la huella de unión de los tubérculos pares es el surco mediano, la mucosa de la parte anterior de la lengua está provista de múltiples papilas, en la parte posterior es más gruesa y más lisa, por la ausencia de papilas con un aspecto noduloso característico a consecuencia de los folículos linfoides aquí existentes. El conjunto de formaciones linfoides de la parte posterior, se nombra tonsila lingual. Desde la parte posterior hacia la epiglotis la mucosa forma tres pliegues: los pliegues glosopiglóticos, uno mediano y dos laterales, entre los que se encuentran depresiones, las valléculas epiglóticas.

Las papilas de la lengua se dividen por su forma en grupos:

1.- Papilas filiformes y cónicas: son las más pequeñas y las más abundantes, están en la cara superior de la parte anterior, dando a la mucosa de dicha región su aspecto rugoso o aterciopelado, funcionan como órgano táctiles.

2.- Papilas fungiformes: Son semejantes a una seta, menos numerosas que las anteriores, varía su número de 150 a 200 localizadas en el vértice y bordes, estando provistas de terminaciones gustativas, relacionadas con el órgano del gusto.

3.- Papilas Valladas (Caliciformes) : Son las más voluminosas, cercadas por un ribete circular y dispuestas inmediatamente por delante del agujero ciego y del surco terminal en forma de V, con el vértice hacia atrás, su número varía entre 7 y 12. Cada papila se compone de una parte central cilíndrica, en rodete circular y un surco profundo y estrecho también circular, que contiene gran cantidad de bulbos gustativos.

4.- Papilas foliadas: En forma de hoja, situadas en los borde de la lengua, pliegues transversales parecidos a las hojas de un libro, de color algo más rojizo .¹⁹ También se aprecian papilas gustativas en el borde libre y la cara nasal del paladar, así como en la cara posterior de la epiglotis, en las papilas gustativas se encuentran terminaciones nerviosas periféricas que constituyen el receptor analizador del sabor.

La mucosa de la cara ventral es de un color rosa claro, lisa, fija a plano muscular con una rica red vascular , destacándose nítidamente los vasos raninos, en la línea media encontramos un pliegue que va al piso de la boca constituyendo el frenillo lingual, a sus costados existen pequeños pliegues algunas veces con aspecto papilomatoideo y a veces filiformes, donde se encuentran los orificios de un grupo de glándulas salivales conocidas como de Blandin o de Nühn. En la punta terminan los vasos raninos.

Los músculos de la lengua constituyen su masa muscular, dividida en dos mitades por un tabique fibroso longitudinal, el septo lingual, que por su estructura y función se divide en tres grupos: a) los músculos originados del

primer arco visceral, como son: mandibular, geniogloso y el vertical de la lengua. Los músculos que se inician en los derivados del segundo arco visceral, (proceso estiloideo y los cuernos menores del hioides) son: estilogloso y los músculos longitudinal superior y el inferior. Los músculos que se originan del tercer arco visceral, (1º arco branquial), los iniciados en el cuerpo y los cuernos mayores del hioides son: hipogloso, transverso y palatogloso.

De esta manera los músculos de la lengua tienen su origen en tres puntos óseos situados por detrás y arriba. (el proceso estiloideo), por detrás y abajo (el hueso hioides), y por delante de la lengua la espina mental de la mandíbula y también la disposición de las fibras musculares en tres planos recíprocamente perpendiculares, permiten a la lengua variar de forma y desplazarse en las tres direcciones.

La principal irrigación sanguínea de la lengua la proporciona la arteria lingual, formando una red que se extiende en correspondencia con el trayecto de los fascículos musculares. La sangre venosa fluye a la vena lingual, rama de la vena yugular interna. La linfa circula desde el ápice de la lengua hacia los linfonodos submentales, desde el cuerpo de la lengua hacia los linfonodos submandibulares, y desde la raíz de la lengua hacia los linfonodos retrofaringeos y cervicales profundos, superiores e inferiores. Los vasos linfáticos de los tercios medio y posterior de la lengua, en su mayor parte se entrecruzan, lo cual provoca que ante tumores malignos de la mitad de la lengua, hay que extirpar los linfonodos de ambos lados. Los músculos están inervados por el hipogloso; la mucosa en sus dos tercios anteriores por el nervio lingual rama del trigémino y por la cuerda timpánica, en el tercio posterior la mucosa es inervada por el nervio glosofaríngeo y la porción de la raíz, cerca de la epiglotis por el nervio vago.^{18,19}

Por otra parte la porción de la mucosa libre sublingual, es el piso de la boca propiamente dicho, presenta una forma en herradura, acanalada cuya concavidad mira hacia arriba. La porción anterior y media o zona sublingual,

es triangular y a los costados se prolonga como un canal entre la mucosa alveolar de la mandíbula por fuera y la mucosa de la cara ventral de la lengua por dentro, terminando posteriormente en la parte inferior del pilar anterior; la mucosa es fina, rosada, flexible, vascularizada y con relieves o eminencias provocadas por las glándulas salivales cruzadas, en los pliegues sublinguales con las carúnculas salivales a ambos lados. A cada lado del frenillo sublingual existe una neoformación de aspecto papilomatoideo (carúncula salival) en cuyo vértice está la desembocadura del conducto de la glándula submandibular. Existen a los costados del frenillo unos orificios pequeños donde los más finos y cercanos a la línea media que corresponden a los conductos de Rivinus, el grupo más voluminoso de glándulas sublinguales.^{14,17}

El paladar se compone de dos porciones. Sus dos tercios anteriores tienen una base ósea, paladar óseo (proceso palatino del maxilar y lámina horizontal del hueso palatino), constituyendo el paladar duro; el tercio posterior del paladar blando es una formación muscular con base fibrosa, en la línea media se distingue una sutura, el rafe del paladar, en el extremo anterior hay una serie de crestas transversales mucosas (alrededor de seis que son los rudimentos de pliegues palatinos que operan en algunos animales en la elaboración mecánica de los alimentos). La mucosa que tapiza la superficie inferior del paladar está firmemente adherida al periostio por medio de tejido fibroso. El paladar blando representa una duplicación de la mucosa, en la que están incluidos los músculos, junto con una laminilla fibrosa, la aponeurosis palatina y también las glándulas, su borde anterior se inserta en el borde posterior del paladar óseo, mientras que su porción posterior, el velos del paladar, está suspendida libremente hacia abajo y hacia atrás, presentando en su parte media una prominencia en forma de lengüecilla, la úvula. La úvula solo existe en el hombre, debido a la necesidad de convertir la boca en una cavidad hermética que dificulte la caída de la mandíbula, estando el cuerpo en posición vertical.

Por ambos lados, el paladar se continua en los arcos (pilares). El arco anterior o arco palatogloso, se dirige hacia el borde lateral de la lengua; el pilar posterior o arco palatofaríngeo, se extiende en cierto trayecto por la pared lateral de la faringe. En la constitución del paladar blando, entran los músculos palatofaríngeo, palatogloso, elevador del velo palatino, tensor del músculo palatino y el músculo de la úvula.

El orificio que comunica la boca con la faringe es denominado istmo de las fauces, el cual está limitado lateralmente por los arcos anteriores. El paladar está irrigado por las arterias Facial, Maxilar y al faríngea ascendente (ramas de la a. Carótida externa), las venas que recogen la sangre del paladar fluyen en la vena facial, los linfáticos desembocan en los linfonodos submandibulares y mentonianos.

La inervación es proporcionada por el plexo faríngeo, formado por ramas de los pares craneales IX y X y del tronco simpático, nervio palatino y nasopalatino. El nervio Vago inerva todos los músculos del paladar blando, exceptuando el tensor del velo que es inervado por la tercera rama del trigémino. Los nervios palatinos, el nervio nasopalatino, y el IX par realizan la innervación sensitiva.^{18,19}

La encía que reviste la parte externa del proceso alveolar y que mira al vestíbulo de la boca, se denomina encía vestibular. La que reviste la parte interna del proceso alveolar superior e inferior se llama encía palatina y lingual. La encía constituye una mucosa gruesa (fibromucosa masticatoria), que se divide en libre y adherida. La libre, se extiende desde el borde o margen hasta la ranura gingival que corre paralela a dicho margen, y varía entre 0.5 a 1.5mm; forma con la pared dentaria el surco o hendidura gingival que normalmente tiene una profundidad entre 1 y 2 mm; es lisa, brillante y rojiza, la de la mucosa alveolar es delgada y móvil. La adherida está comprendida entre la ranura gingival y la unión con la mucosa alveolar (unión o límite mucogingival) y constituye una franja de 4 a 5 mm de ancho,

se observa rosada, con un punteado en cáscara de naranja, de consistencia firme y el surco gingival es superficial.¹⁷

El tegumento que cubre los labios propiamente dichos se designa como semimucosa, la cual corresponde a un epitelio plano no queratinizado, por debajo de ésta se encuentra la musculatura labial. La cavidad bucal con la lengua e hileras dentarias, está revestida de mucosa, que consta de epitelio plano poliestratificado, no queratinizado, y tejido conjuntivo (lámina propia). El epitelio de la mucosa contiene numerosos melanocitos y células de Langerhans. Los anexos de la mucosa son la glándulas mucosas pequeñas y grandes. Debajo de la mucosa está la submucosa La mucosa bucal es un tejido de recambio con rápido metabolismo.

Las funciones de la mucosa son: ingestión de alimentos (desmenuzamiento, mezcla con la saliva), absorción bucal (más permeable que la piel), defensa inmunológica (células de defensa, tejido linfóide) y función sensorial (sentido del gusto).²⁰

La piel y las mucosas son barreras de protección naturales, contra el medio exterior. E el órgano de mayor tamaño en el cuerpo. En el ser humano representa un 15% de su peso. Es el órgano sensorial primario que registra el dolor, la presión y la temperatura. Separa el exterior del interior del organismo, protege a los órganos internos de las agresiones del exterior. En el ser humano su función es muy compleja; nos defiende de agentes físicos, químicos, radiaciones, virus, bacterias, hongos, etc. También, regula la absorción de sustancias y actúa como barrera a nivel epidérmico y ajusta el medio interno, manteniendo la temperatura adecuada en condiciones normales.

La piel es un perfecto termorregulador, contribuye a mantener la temperatura estable; independientemente cuál sea la del ambiente o la producida por la actividad física del organismo.

Tiene varias capas, desde la superficie a la profundidad; que son: La epidermis, la dermis y la hipodermis. La epidermis tiene una característica muy especial y es que sus células poseen la facultad de multiplicarse indefinidamente para transformarse en piel nueva en la superficie. Se calcula que el ser humano en toda su vida desprende - como promedio- unos 20 kilos de células cutáneas. En el caso de la dermis allí se concentran las glándulas sebáceas y sudoríparas cuya función consiste en sostener y nutrir la epidermis. La hipodermis su tejido conjuntivo es más laxo que el de la dermis.

2.5 Exploración de la boca.

El examen de la boca se realiza metódicamente explorando todos los sectores con una técnica adecuada, desde los labios, hasta las fauces, siguiendo un orden, previamente el paciente debe retirar toda prótesis removible. Es indispensable una fuente de luz ya sea directa con luz natural, artificial o bien con una fuente de luz indirecta, a través de un espejo ubicado en la boca del paciente. Foto. 1,2,3.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La inspección permite ubicar la topografía y morfología de las lesiones, para ello será importante limpiarlas con un hisopo o con un enjuague.

Primero se examinan los labios con la boca cerrada; piel, semimucosa o bermellón de las comisuras, se abre la boca en toda su amplitud para observar el orificio bucal y nuevamente las comisuras, luego exploramos los labios y observamos su mucosa, los surcos vestibulares en su parte anterior. Después con ayuda del abatelenguas o con los dedos se exploran las mucosas yugales en su extensión.

Pedimos sacar la lengua, viendo su dorso, su tercio anterior y medio, se tracciona la punta con una gasa y con un espejo, vemos su cara posterior con la V lingual y su base, se observan los bordes laterales con las papilas foliadas. Se pide elevar la lengua tocando el paladar y se aprecia su cara ventral con las carúnculas y conductos salivales y el piso de la boca con sus vasos de drenaje y las dos glándulas salivales protegidas por la mucosa. Se explora entonces el paladar duro, tercio anterior, observando surcos transversales vestigio del desarrollo intrauterino de la lengua, el medio liso y posterior como una pequeña protuberancia que queda del cierre palatino intrauterino, luego el blando totalmente liso y libre, se puede emplear un espejo sobre la lengua, se revisan también las regiones amigdalinas.

La inspección de la gingiva se realiza primero en el maxilar inferior, en regiones vestibulares desde le tercer molar hacia adelante de derecha a izquierda, separando la mucosa yugal con el espejo y luego, con el mismo la mucosa de la cara lingual. La palpación se hace ya sobre la lesión que nos revela consistencia, sensibilidad a presión bidigital. Por último se hace revisión de ganglios submandibulares y cervicales.

Por medio del sentido del olfato se percibe la halitosis, olores sui generis como en péñfigo vulgar y procesos infecciosos.

En resumen el orden de revisión es :

Labios, mucosa yugal , lengua, piso de boca, paladar duro y blando, el istmo de fauces, y encías.

La diascopía permite la observación de la mucosa con ayuda de un vidrio, con el que se comprimirá la mucosa, útil para el examen de lesiones petequiales o eritematosas por congestión.

La dermatoscopia, es por medio de un lente de aumento con iluminación, bajo fluorescencia (luz de Wood), la mucosa normal se ve violeta con tonalidades variables, dependiendo de la vascularización, las manchas y las lesiones cutáneas cambian este patrón. La lengua normal se ve roja-naranja acentuada en zonas saburrales, el tono desaparece en regiones de atrofia pilar, en la semimucosa se aprecian las escamas blanquecinas brillantes. La mucosa inflamada con mínima erosión se ve violeta vinoso, las manchas melánicas poco visibles se acentúan de color pardo negruzco, lo que ayuda a hacer el diagnóstico diferencial entre lesiones pigmentadas.¹⁷

2.6 Biopsia Bucal..

La mucosa bucal es asiento de múltiples enfermedades locales y sistémicas, en muchos casos las lesiones son inespecíficas, por lo que se requieren procedimientos diagnósticos, como el estudio histopatológico para el diagnóstico definitivo, pronóstico y tratamiento. La biopsia consiste en la extirpación de un fragmento de tejido para su estudio histológico, y dependiendo del grado de remoción, esta será incisional al retirar solo una parte de la lesión representativa, y excisional al retirar toda la lesión.

Al observar lesiones orales se deben buscar mecanismos irritativos de primera instancia, y de ser posible retirarlos, si la lesión persistiera por más de 20 días se efectuará la biopsia.

El estudio histopatológico es útil para:

- a) el diagnóstico de lesiones benignas o malignas.
- b) el pronóstico por correlación clínica – patológica, ante enfermedades con compromiso sistémico.

La biopsia de la cavidad bucal, pese a ser un procedimiento invasivo, no resulta agresivo para el paciente, no produce efectos secundarios o cicatrices anticósméticas, no existen contraindicaciones absolutas, pero como cualquier procedimiento quirúrgico es pertinente realizar una historia clínica completa.²¹

Es recomendable evitar las biopsias incisionales en lesiones en que se sospeche componentes vasculares y melánicos, de ser posible se hacen biopsias excisionales por peligro de hemorragias o neoplasias malignas. En lesiones muy posteriores de paladar blando, raíz de lengua, se debe tener claro las limitaciones del dermatólogo y del estomatólogo y solicitar apoyo para tal procedimiento al patólogo bucal.

2.7 Variaciones Normales de la Boca.

Son estructuras, texturas, y coloraciones que forman parte de la anatomía bucal normal.

A) *Gránulos de Fordyce:*

Acúmulos de glándulas sebáceas que aparecen en diversas localizaciones dentro de la cavidad oral.



Foto 4. Gránulos de Fordyce.

Son estructuras maculopapulosas, múltiples, pequeñas, de color amarillento, y aspecto miliar, que miden de 1 a 2 mm de diámetro.²²

B) *Nevo esponjoso Blanco:*

Trastorno hereditario autosómico dominante en el cual la mucosa bucal es blanca está engrosada y plegada. No necesita tratamiento.²²



Foto. 5. Nevo esponjoso blanco en carrillo y borde lateral de lengua Foto. 6.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

c) Leucoedema:

acumulo de líquido en las células epiteliales de la mucosa bucal. Por lo general se incluye en el diagnóstico diferencial de leucoplasias. No necesita tratamiento.²²



Foto 7 Leucoedema

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

D) Lengua fisurada o escrotal:

Es una variedad de lengua caracterizada por presentar surcos profundos entre las papilas, la frecuencia estimada es de 5% a 10% de la población, dependiendo del autor, su etiología es incierta, y se ha asociado a diversos padecimientos cutáneos, como dermatitis atópica, síndrome de Melkersson Rosenthal y como evolución de la lengua geográfica. Es una entidad prácticamente asintomática, Pero cuando las fisuras son profundas pueden quedar atrapados restos alimenticios y producir halitosis por crecimiento bacteriano.²³

E) Lengua geográfica (Glositis migratoria).

La lengua geográfica es una entidad caracterizada por placas eritematosas múltiples, hipersensibles e irregulares en la lengua con bordes blancos y arqueados que aumentan o disminuyen cambiando de forma diariamente. Es un padecimiento de origen desconocido, se ha intentado relacionar con padecimientos de tipo dermatológico, u otros factores, como: psoriasis, dermatitis seborreica, síndrome de Reiter, dermatitis atópica, estrés emocional, infecciones micóticas, y bacterianas. El tratamiento es para aquellos pacientes con sintomatología.²²



Foto 8. Glositis migratoria benigna.

F) Otras variaciones normales de la boca:

Fositas labiales congénitas, labio doble, apéndice de frenillo, anquiloglosia, creneaciones, macroglosia, várices linguales, línea alba, amígdalas linguales laterales, mordeduras en los carrillos, úlcera traumática, quemadura por químicos y candidosis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.8 Trastornos muco cutáneos más frecuentes.

A) El liquen plano:

DEFINICIÓN:

Enfermedad inflamatoria de la piel y las mucosas, de evolución subaguda frecuente en la cavidad bucal, donde se manifiesta en forma de lesiones reticulares blancas, placas o lesiones erosivas con gran respuesta de linfocitos T en el tejido conjuntivo subyacente e inmediato. Afecta a hombre y mujeres de 30 a 70 años y raramente a niños y adolescentes. Las lesiones pueden afectar a la superficie cutánea y bucal (40%), exclusivamente a la superficie cutánea (35%), o tan solo a la mucosa (25%).²²

CLÍNICA::

Presenta una amplia variedad de aspectos clínicos que se correlacionan estrechamente con la gravedad de la enfermedad.

Existen tres formas de presentación clínica: reticular, erosivo y en placas. Es frecuente la combinación de formas reticular y erosiva. El LP en placas suele parecer aislado y suele parecerse más a otros tipos de leucoplasia.²²



Foto 9 Patrón reticular



Foto 10 Patrón en placas



Foto 11. Erosivo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MORFOLÓGICA	DISPOSICIÓN	TOPOGRAFÍA
Hipertrófico	Anular	Inverso
Atrófico	Lineal	Ungueal
Vesículo – Ampollosa		palmo – plantar
Erosivo – ulcerado		Genital
Folicular		en mucosas: oral, esofágica, otras
Eruptivo		
Rojo		
Pigmentado		
Actínico		
Misceláneo: Perforante, Guttata, Invisible.		

Las lesiones de liquen plano cutáneo tienen un aspecto diferente a las lesiones mucosas. Se considera que el liquen plano cutáneo afecta entre un 35% y un 44% de los pacientes que solicitan atención médica por lesiones bucales.²² En la piel las lesiones se manifiestan por grupos, o áreas difusas de pápulas amoratadas, sobre elevadas con un “capuchón” blanco queratósico. Dado que las lesiones suelen ser pruriginosas, los pacientes suelen producirse excoriaciones con un patrón lineal a lo largo de la zona de que es friccionada.



Foto 12. Liquen Plano sobre superficie flexora de la muñeca

ETIOLOGÍA:

No se conoce la causa. Algunos fármacos (por ejemplo: arsénico, bismuto, oro) o la exposición a sustancias para revelado de fotografías de colores, pueden causar una erupción que no es posible diferenciar del liquen plano.²⁴

HISTOLOGÍA:

Al microscopio convencional el infiltrado es similar al de una reacción de hipersensibilidad, el epitelio superficial muestra hiperparaqueratosis y acantosis irregular, licuefacción de la basal y destrucción de la interfase entre tejido epitelial y conectivo, infiltrado denso linfocitario en banda. Con inmunohistoquímica se detectan células de langerhans en el epitelio.



Foto. 13 Características Histológicas del liquen plano Aumento 10x



Foto 14 Liquen plano Aumento 40x

DIAGNÓSTICO:

El liquen plano se diagnostica a menudo a partir de información exclusivamente clínica, especialmente en casos de liquen plano reticular, con las características estrías de Wickham formando un patrón de encaje o anular sobre un fondo eritematoso. Las variantes erosiva y en placas, requieren siempre estudios de laboratorio. Es necesaria una biopsia incisional para estudio histológico e inmunofluorescencia directa.²²



Fig 15 Estrías de Wickham

Drogas con potencial de reacción liquenoide:

Alopurinol	Clorpropamida
Furosemida	Griseofulvina
Hidralazina	Mercurio
Naproxeno	Ácido paraaminosalicílico
Penicilamida	Fenitoína
Quinidina	Estreptomina
Tiazidas	Tripolidina
Cloriquinas	Dapsona
Oro	Hidroxicloroquina
Isoniazida	Metildopa
Paladio	Captopril
Propanolol	Penicilina
Espironolactona	Fenotiazinas
Tolbutamida	Tetraciclina.

TRATAMIENTO:

La mayoría de los clínicos no creen necesario tratar las pequeñas áreas de liquen plano de tipo reticular y en placas a no ser que se hagan sintomáticas, persistentes o diseminadas. El liquen plano es autolimitante, suele resolverse de manera espontánea 1 o 2 años después de su inicio, y a menudo deja zonas de hiperpigmentación posinflamatoria. Las lesiones bucales pueden persistir durante años.²¹

El liquen plano erosivo suele tratarse y responde bien a corticoides tópicos como la fluocinonida. En casos más resistentes resulta eficaz la metil - prednisolona sistémica, sola o en combinación con corticoides tópicos ²².

En el 2002 en el Centro Dermatológico Pascua se realizó un estudio retrospectivo con el objeto de describir las características de 723 pacientes con liquen plano confirmado por biopsia. Se excluyeron los pacientes con lesiones liquenoides orales secundarias. Se realizó perfil hepático, biometría hemática y glucemia en 195 pacientes. Resultados obtenidos: El seguimiento fue de 6 meses hasta 8 años (x 4.5 años). El rango de edad fue de 13 – 82 años. El x de edad de presentación fue 57 años en mujeres y 47 años en varones. De los 723, 544 (75%) eran del sexo femenino y 179 (25%) del masculino. El tipo erosivo predominó en 40% de los pacientes como presentación inicial. En casi todos los casos las lesiones reticulares y eritematosas acompañaban a las erosivas. La forma reticular aislada fue el tipo predominante en 23% de los casos.

El liquen planose presenta principalmente en mujeres adultas con lesiones bilaterales en mucosa bucal fácilmente reconocibles aunque a veces puede tomar formas atípicas que pueden confundirse con otras enfermedades.²⁵

B)Pénfigo Vulgar :

DEFINICIÓN:

Trastorno descamativo de la mucosa bucal y de la piel, en el cual diversos anticuerpos reaccionan contra componentes antigénicos de los desmosomas de las células intermedias, destruyéndolos y produciendo una separación epitelial por encima de la capa de células basales, caracterizada por la presencia de ampollas sobre todo en adultos, sin embargo se conocen casos de recién nacidos, niños y adolescentes .²⁶

En un 50% a 60% se inicia en cavidad bucal, y el 80% a 90% presenta lesiones bucales en algún momento de la enfermedad, al sanar el paciente de su afección cutánea las lesiones bucales serán las últimas en desaparecer, algunas formas se limitan a piel y otras solo a boca .²⁷

CLÍNICA:

Clínicamente el pénfigo vulgar exhibe vesículas bucales o ampollosas flácidas que se rompen con facilidad, dejando ulceraciones, m que preceden a las lesiones ampollosas en cuerpo hasta por un año.

Las lesiones del pénfigo vulgar no dejan cicatriz, son sumamente molestas para el paciente; al mínimo traumatismo de la mucosa aparentemente intacta se inicia su desprendimiento. El curso de este padecimiento es crónico con exacerbaciones y remisiones, es debilitante para el paciente, peligrando su vida por la intensidad que llega a alcanzar este cuadro. ²⁸

Dentro de la cavidad bucal, las lesiones aparecen primero, en las encías, en forma de áreas irregulares de eritema, asociada a pérdida de punteado visible. Una prueba clínica que puede realizarse en este caso, no es específico de esta enfermedad, consiste en frotar o presionar el tejido con un instrumento romo o una gasa y observar si se forma una ampolla en los siguientes 1 o 2 minutos. La producción de esta indica signo de Nikolsky positivo.



Foto16 SignodeNikolsky.



Foto 17 Lesiones secas y costrosas en piel.

Aparecen lesiones genitales en el 25% de los casos. Mucho más frecuente y grave es la afección de la conjuntiva ocular, en esta localización pueden formarse ampollas, erosiones, y eritema generalizado que provocan cicatrices y formación de bandas tisulares adhesivas a partir del borde de la esclera conocidas como simblefarón. Las lesiones oculares no tratadas pueden producir una grave pérdida de agudeza visual.

HISTOLOGÍA: El aspecto macroscópico del pénfigo vulgar muestra un epitelio de grosor normal y con crestas normales. En el tejido conjuntivo subyacente se observa una ligera inflamación. La capa de células basales se encuentra intacta pero las células de la capa suprabasal están separadas (acantólisis) flotando libremente en un espacio intraepitelial lleno de líquido. Estas células pierden su forma poligonal y se hacen redondeadas, con menos citoplasma visible alrededor del núcleo. Esto confiere a las células un aspecto maligno, en la citología. A estas células se les ha dado el nombre de células de Tzanc y constituyen un hallazgo típico en el líquido de la zona de separación epitelial del pénfigo vulgar.

La inmunofluorescencia es de gran ayuda para el diagnóstico de este trastorno. En las primeras fases de la enfermedad, antes de desarrollarse la separación suprabasal, y aparecer las células de Tzanc puede ser el único medio para diagnosticar la enfermedad.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Foto 18,19. Histología de un caso de pénfigo vulgar donde se observa el nivel de formación de ampollas.

DIAGNÓSTICO. La producción de una ampolla indica signo de Nikolsky positivo.

Citodiagnóstico: El hallazgo de las células acantolíticas, (células de Tzanc) es un método fácil y rápido para el diagnóstico de pénfigo vulgar, pero no tiene especificidad, es mejor realizar el citodiagnóstico junto con una inmunofluorescencia directa.

Actualmente se utilizan técnicas como la inmunoprecipitación y la inmunoabsorción las cuales revelan importante información bioquímica acerca de los antígenos.

Más recientemente la prueba de ELISA para la desmogleina 3 ha mostrado que es una prueba específica para el diagnóstico de pénfigo vulgar, ya que tiene una sensibilidad y especificidad del 93%.^{29,30}

ETIOLOGÍA: El inicio del padecimiento se relacionan con algunas drogas llamándosele pénfigo vulgar inducido por medicamentos: penicilina, captopril, entre otros, desde una semana a 12 meses después de la administración del medicamento.³¹

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TRATAMIENTO:

El tratamiento no es fácil primero porque no hay un tratamiento único y efectivo para todos los pacientes, debe ser de acuerdo a cada individuo, no puede generalizarse, y segundo porque se han realizado pocos estudios.

El tratamiento se realiza con un corticoesteroide por vía sistémica y tópica asociados a otros inmunosupresores azatioprina, y ciclofosfamida el oro y otros compuestos han reportado buenos resultados.

C)El lupus eritematoso

DEFINICIÓN:

El lupus eritematoso es un trastorno inflamatorio crónico de la piel, tejido conjuntivo, y órganos internos específicos asociado con anticuerpos circulantes contra el ADN y otras proteínas nucleares y asociado al ARN, causante de lesiones en la mucosa bucal, y erupciones eritematosas en la piel expuesta al sol.

CLÍNICA:

Presenta tres forma clínicas según la gravedad y distribución de afectación.

a)Lupus eritematoso discoide (LED) Es la forma más leve, es crónica y limitada a la piel expuesta de cara, el cuero cabelludo (alopecia) y los pabellones auriculares, aunque también afecta a la mucosa bucal.

b)Lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECES), es la forma intermedia, tiene mayor extensión y afecta la cabeza y el cuello, el tronco superior y las superficies extensoras de los brazos. Las lesiones cutáneas crónicas persisten durante meses, pero acaban reparándose. Es frecuente encontrar síntomas de rigidez muscular y articular, así como malestar general y astenia.

c)lupus eritematoso sistémico (LES), es la forma más grave, más frecuente y de mayor morbilidad de la enfermedad. Afecta fundamentalmente a órganos internos, especialmente los riñones, donde la lesión glomerular puede ser grave. Periódicamente aparecen erupciones cutáneas en la mitad superior del tronco y en la cara. Los pacientes sufren artritis y artralgias diseminadas, anemia y depresión de la médula ósea, junto con vasculitis y erupciones cutáneas difusas, <<especialmente la erupción en alas de mariposa>> sobre las áreas malares del rostro. Los individuos afectados presentan con frecuencia astenia, malestar general y psicosis. La enfermedad afecta sobre todo a mujeres, principalmente en edad fértil.



Foto20. Erupción cutánea en alas de mariposa.

Por lo común aparecen lesiones bucales en aproximadamente un 24% de los pacientes afectados por el LED, similares a las lesiones bucales de otras formas de LE. En el LES las lesiones bucales son menos frecuentes apareciendo en torno al 21% de los casos, pero suelen ser más sintomáticas, y afectan a mayor número de estructuras intrabucales. Pueden observarse lesiones en la mucosa bucal en todos los tipos de LE en forma de áreas leucoplásicas anulares y/o erosiones eritematosas o úlceras crónicas. Aunque en ocasiones las lesiones bucales constituyen el primer signo físico de LE, en la mayoría de los casos las lesiones bucales y cutáneas aparecen simultáneamente. ²²

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Foto 21 y 22 Paciente con lesiones de LE en la lengua y el paladar.

La localización es el labio inferior y la mucosa yugal, es raro ver involucrada la lengua paladar o encías. En el labio inferior la presentación semeja una queilitis exfoliativa que inicia en la primera etapa con eritema y telangiectasias, en la segunda aparecen escamas adherentes que sangran al intentar desprenderlas, hay fisuras, zonas cicatrizales, dolorosas y aumento en el tamaño del labio con eversión del mismo, siendo esto un signo patognomónico, en la tercera y última etapa hay atrofia.

En la mucosa yugal, las lesiones toman un aspecto muy cambiante a menudo de localización única, con una lesión de forma oval bien circunscrita con un centro eritematoso, atrófico, cicatrizal, con un halo blanquecino, radiado, no homogéneo. En la lengua se observan zonas depapiladas, induradas con borde leucoplasiforme.

La repercusión bucal es pobre comparada con las otras localizaciones, pero el examen de la mucosa palatina puede revelar formas frustradas de lupus o esclerodermia .¹⁷

En el paladar aparecen zonas eritematosas de forma oval deprimidas con zonas blanquecinas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HISTOLOGÍA:

Las características microscópicas de las lesiones mucosas del LE son muy similares a las observadas en la enfermedad injerto contra huésped. El antígeno diana parece localizarse en la capa basal y parabasal del epitelio, donde se acumula un gran número de linfocitos T y degeneran las células. Es frecuente el aumento del grosor de la membrana basal y la atrofia epitelial con pérdida de formación de crestas interpapilares. La presencia de concentraciones de linfocitos en la lámina propia inmediatamente subyacente, de cúmulos focales profundos de linfocitos con centros germinales y de infiltrados perivasculars linfocitarios.

La inmunofluorescencia directa revela un patrón granular lineal del depósito de inmunoglobulina IgA, IgM, e IgG, fibrinógeno y C3, no obstante este patrón no es específico de lupus, pero es útil también para distinguir entre lesiones de LE y LP pues este último no suele ser reactivo para ninguna de las inmunoglobulinas.

Las pruebas más específicas para el LES consisten en la detección de antígenos antinucleares (ANA) y las células LE, ambas pruebas son negativas en pacientes con lupus discoide.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Foto 23. Aspecto microscópico de las lesiones mucosas mostrando una superficie paraqueratinizada, con un denso infiltrado linfocitario en el tejido conjuntivo.

ETIOLOGÍA:

La etiología no es del todo conocida, se indica un mecanismo inmunológico responsable de los cambios en células basales, colágeno, y tejido vascular.

TRATAMIENTO:

Las lesiones cutáneas se tratan con fotoreceptores, corticoides tópicos, antimaláricos y sulfonas. Las formas más graves de la enfermedad requieren corticoides, o combinaciones de corticoides y fármacos, inmunosupresores como ciclofosfamida, y azatioprina. Las lesiones bucales pueden ser refractarias al tratamiento tópico, requiriendo corticoides sistémicos para el alivio de los síntomas.²²

C) Eritema Multiforme

DEFINICIÓN:

Es una enfermedad inflamatoria de origen inmunitario que afecta a la piel y a las mucosas con amplio espectro de manifestaciones y diversos grados de intensidad. Se presenta como una reacción de hipersensibilidad diseminada, con formas leves y graves, y con reacciones tisulares centradas alrededor de los vasos superficiales de la piel y las mucosas; generalmente aparece en relación con un agente inductor. Los factores precipitantes más frecuentes son: 1)infecciones como herpes simple, neumonía por micoplasma e histoplasmosis. 2)fármacos, especialmente sulfamidas, penicilina, fenitoína, barbitúricos, yoduros y salicilatos; 3)algunos trastornos gastrointestinales, especialmente enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, 4)otros procesos como neoplasias malignas, radioterapia y vacunaciones recientes. Existen casos en los que no se puede identificar el factor o factores precipitantes.

CLÍNICA:

Tiene tres manifestaciones clínicas identificadas: 1)Eritema Multiforme Menor, 2)Eritema Multiforme menor crónico, 3)Eritema Multiforme Mayor.

Otro trastorno es la necrosis epidérmica tóxica (NET), que es una forma grave de eritema multiforme mayor, asociada a una alta mortalidad, en la cual grandes extensiones cutáneas se necrosan y esfacelan, exponiendo el tejido conjuntivo cruento, lo que puede causar pérdida masiva de electrolitos e infecciones diseminadas.

1)El eritema multiforme menor es una enfermedad que afecta fundamentalmente a la piel; la mucosa bucal, resulta afectada en 25% de los casos . Antes de aparecer las lesiones existe un periodo prodrómico de 2 a 7 días durante el cual los pacientes sufren cefalea, fiebre, y malestar general. El periodo prodrómico es seguido por la aparición de la erupción cutánea clásica, descrita como diana, ojo de toro, o iris.



Foto 24 Eritema Multiforme. Piel de un Paciente joven con las lesiones típicas en "diana".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En fases precoces el centro de la lesión presenta una pápula sobre elevada o una pequeña ampolla que se rompe, produciendo una erosión central transitoria que se separa con rapidez y se normaliza. Cada lesión se distribuye sobre todo sobre las superficies flexoras de las extremidades; el tronco, y el rostro se afectan con menor frecuencia. Generalmente aparece en adultos jóvenes. Es una enfermedad autolimitada que cede habitualmente en 2 o 3 semanas.

2)Eritema Multiforme menor crónico: Es la forma más leve de eritema multiforme. Las lesiones cutáneas son de menor tamaño, duración y distribución que las de otras formas. El paciente puede presentar lesiones continuamente durante uno o más años. El aspecto de las lesiones es similar a una erupción vírica diseminada, las lesiones desaparecen.



Foto 25. Lesiones cutáneas en la forma crónica del EM menor, muestra pequeñas lesiones múltiples en "diana" de larga evolución.²²

Las lesiones bucales son similares en ambos tipos de EM, oscilando entre erosiones focales que recuerdan úlceras aftosas y áreas más difusas de eritema y erosiones dolorosas para el paciente.

3)Eritema Multiforme mayor: Es una forma aguda de la enfermedad con afectación grave de la piel y de las mucosas. Aunque aparecen las típicas lesiones en "diana", hay grandes ampollas en las mucosas y en la piel, que se rompen rápidamente produciendo pseudomembranas blanquecinas en las mucosas y lesiones rojizas oscuras con costras en las superficies cutáneas secas. Estas son especialmente llamativas en los labios, y en los ojos, ya que al despertarse los pacientes suelen ser incapaces de abrir los ojos o separa los labios debido a las costras. La forma más aguda de la enfermedad afecta solo a adultos jóvenes y se denomina síndrome de Stevens - Johnson. Las lesiones mucosas suelen ser extensas y afectan a la boca, los ojos el esófago y los genitales. Las lesiones orales son muy dolorosas y las oculares pueden provocar cicatrices y ceguera parcial.



Foto 26. Eritema multiforme. Lesiones erosivas en mucosa labial y encías.

Foto 27. Área difusa de despegamiento superficial y erosiones focales en el paladar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HISTOLOGÍA:

Los cambios tisulares del eritema multiforme son variables, como reflejo del amplio espectro de presentaciones clínicas. Uno de los hallazgos más habituales es el edema intercelular e intracelular del epitelio, con formación focal de microvesículas. A veces el edema hace que se forme un coágulo amorfo eosinófilo dentro del epitelio que se ha descrito como "distrofia del mucopolisacárido de la queratina". Es frecuente la emigración de células mononucleares y polimorfonucleares a todas las capas del epitelio. En algunos casos existe acantosis y elongación irregular de las crestas. La considerable vasodilatación junto con el importante edema del tejido conjuntivo y la tendencia a la acumulación intersticial de trasudado, suelen provocar grandes zonas de separación a nivel de la membrana basal.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Foto 28. Eritema Multiforme Micrografía de tejido mucoso con abundante depósito intraepitelial de un coágulo eosinófilo, separación entre el epitelio y el tejido conectivo (formación de una ampolla) e intensos infiltrados inflamatorios crónicos.

ETIOLOGÍA: Enfermedad inflamatoria de origen inmunitario, generalmente aparece en relación con un agente inductor. Los factores precipitantes más frecuentes son: 1) infecciones como herpes simple, neumonía por micoplasma e histoplasmosis. 2) fármacos, especialmente sulfamidas, penicilina, fenitoína, barbitúricos, yoduros y salicilatos; 3) algunos trastornos gastrointestinales, especialmente enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, 4) otros procesos como neoplasias malignas, radioterapia y vacunaciones recientes. Existen casos en los que no se puede identificar el factor o factores precipitantes.

TRATAMIENTO:

El éxito del tratamiento depende de la capacidad del clínico para encontrar y neutralizar el factor desencadenante, en los casos leves es sintomático, con antihistamínicos, analgésicos y antipiréticos. A veces se emplean corticoides sistémicos.

2.9 Efectos Secundarios del tratamiento con esteroides.

Los corticoides fueron introducidos como tratamiento, primeramente en pacientes con pénfigo desde los años 50's, lo cual llevó a una disminución importante de la mortalidad.²² Las dosis iniciales que se usaban de prednisolona en los años 70's variaban de 180 a 360 mg / día como lo proponía Lever, a 100-200 mg como escribía Fellner, pero se observó que las complicaciones y la mortalidad eran altas²²

Aun no hay un criterio universalmente aceptado para saber el tiempo apropiado en que se tiene que terminar el tratamiento, tampoco es claro si es mejor una dosis baja del corticoide por largo tiempo o suspender el tratamiento completamente.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Los efectos secundarios de los corticosteroides son muchos e incluyen: Síndrome de Cushing, hiperglicemia, hipertensión arterial, infecciones oportunistas, osteoporosis, úlcera péptica, miopatía proximal, psicosis, hirsutismo, estrías, irregularidades menstruales, cataratas, glaucoma, etc. Por lo tanto deben llevarse exámenes de laboratorio para determinar glucosa, biometría hemática, y telerradiografía de torax. Así mismo, medición de la presión arterial y del peso corporal, examen oftalmológico cada 3 o 4 meses y densitometría ósea cada uno o dos años.

La muerte puede ocurrir por el tratamiento con esteroides principalmente debida a sepsis por *Staphylococcus aureus*.³⁴

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de nuestra formación profesional y más aun en nuestra práctica privada en algunas ocasiones nos encontramos ante pacientes con manifestaciones bucales de una enfermedad de origen dermatológico.

Por tal motivo, es de gran importancia tener conocimientos profundos y habilidades quirúrgicas suficientes para realizar estudios histopatológicos, los cuales nos ayudarán a llegar a un diagnóstico , tratamiento correcto, e identificación de reacciones secundarias a la farmacoterapia empleada.

Es por esto la gran relevancia que tiene el poder realizar este tipo de investigación.

4. JUSTIFICACIÓN.

Debido a la frecuencia con que se presentan manifestaciones bucales asociadas a enfermedades de la piel, se hace fundamental estudiar de manera conjunta las manifestaciones muco-cutáneas que se presentan en estas enfermedades. De esta manera se amplía claramente el cuadro de signos y síntomas que nos ayudan a diagnosticar una enfermedad, la cual podría manifestarse únicamente en piel, o únicamente en boca.

El estomatólogo debe disponer de ciertos conocimientos básicos sobre las eflorescencias cutáneas para poder interpretar correctamente los hallazgos bucales como manifestación parcial de una dermatosis y por ende poder clasificarlos en el diagnóstico. Por otra parte, tanto los dermatólogos como los especialistas de otras disciplinas médicas (que valoran la cavidad bucal como puerta para el diagnóstico) requieren práctica y tiempo para familiarizarse con las particularidades de las alteraciones de la mucosa bucal.

5.-OBJETIVOS

Objetivo General:

Conocer las enfermedades de la piel, que dan manifestaciones en mucosa bucal.

Objetivos específicos:

- Determinar la prevalencia con que se presentan manifestaciones bucales asociadas a enfermedades de la piel en pacientes que acuden a solicitar atención al Centro Dermatológico Pascua.
- Realizar estudio de casos con trastornos muco cutáneos más frecuentes.
- Detectar los diferentes métodos utilizados en el diagnóstico de estas enfermedades.
- Evaluar los efectos secundarios del tratamiento con esteroides..

6.-HIPÓTESIS

H1. El pénfigo vulgar, es la enfermedad que con mayor frecuencia presenta manifestaciones bucales.

H01 El pénfigo vulgar no presenta frecuente manifestaciones bucales.

H2 Todos los casos de enfermedad con manifestación bucal, requieren de estudios histopatológicos

H02 No todos los casos de enfermedad con manifestación bucal, requieren de estudios histopatológicos.

H3 El tratamiento a base de esteroides frecuentemente presenta efectos secundarios .

H03 El tratamiento a base de esteroides no presenta frecuentemente efectos secundarios.

7.- METODOLOGÍA.

7.1 Material y Método

Este estudio se realizó en pacientes con trastornos muco cutáneos con manifestación bucal, captados del 1º de febrero al 1º de abril del 2003 en el Centro Dermatológico Pascua. Se presentó una solicitud de permiso de parte de la coordinadora del Seminario de Titulación (Anexo 1). La muestra estuvo constituida de pacientes que presentaban: liquen plano y pénfigo vulgar, de sexo masculino y femenino, y de edades que fluctuaron entre los 41 y los 79 años.

7.2 Población de estudio.

Pacientes con diversas enfermedades dermatológicas, con manifestación bucal.

7.3 Muestra.

Estuvo constituida por tres pacientes con liquen plano y uno con pénfigo vulgar.

7.4 Tipo de estudio.

Presentación de casos Clínicos.

7.5 Variables de estudio.

- Sexo
- Edad
- Ocupación
- Topografía cutánea o anexos
- Topografía de mucosa bucal
- Estudio Histopatológico
- Diagnóstico definitivo
- Tratamiento.

7.6 Criterios

7.6.1 De inclusión.

- Todo paciente que acuda al Centro Dermatológico Pascua, con alguna enfermedad cutánea que presente manifestaciones bucales.
- Pacientes de sexo masculino y femenino..
- Pacientes de cualquier edad.
- Pacientes que acepten ser sometidos a estudios complementarios.

7.6.2 De exclusión.

- Pacientes que no acepten ser sometidos a estudios complementarios.
- Pacientes que presenten únicamente manifestaciones en piel.

7.8 Técnica de recolección de datos.

Se diseñó especialmente un formato (Anexo 2) con las variables de estudio y su análisis se realizó con el programa Microsoft Excel.

7.9 Recursos.

-Humanos:

-Pacientes que soliciten atención en el Centro Dermatológico Pascua.

-Un tesista.

-Una directora: Cirujano Dentista

-Dos asesores: Cirujanos Dentistas

- Dermatólogos del Centro Dermatológico Pascua.

• **Financieros**

-Cubiertos al 100% por el tesista.

• **Físicos o de infraestructura.**

-Centro Dermatológico Pascua.

-Biblioteca del Centro Dermatológico Pascua.

-Biblioteca de la Facultad de Odontología.

8.- RESULTADOS.

La población de estudio estuvo constituida por 3 pacientes con liquen plano y 1 con pénfigo vulgar del Centro Dermatológico Pascua dentro del periodo del 1º de febrero al 1º de abril del 2003

CASOS CLÍNICOS

Caso Clínico 1 Liquen Plano.



Nombre: B.C.R Lugar de origen: Chiapas

1.-Sexo: Masculino

2.-Edad: 79 años

3.-Ocupación: Campesino

4.-Topografía. Determinación cutánea o anexos.

Dermatosis diseminada a cara anterior de piernas evolución 48 meses

5.-Topografía. Dermatitis de mucosa bucal: Paladar

6.-Estudio Histopatológico. sí

El epitelio superficial muestra hiperparaqueratosis y acantosis irregular, licuefacción de la basal y destrucción de la interfase entre tejido epitelial y conectivo, infiltrado denso linfocitario en banda. Con inmunohistoquímica se detectan células de Langerhans en el epitelio.

7.-Diagnóstico definitivo

Liquen plano. Dermatitis diseminada a cara anterior de piernas y zona del paladar. Tiempo de evolución: 48 meses

8.-Tratamiento: Esteroides.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Caso Clínico2 Liquen Plano



Nombre: C.A.P Lugar de origen: Guanajuato

1.-Sexo: Masculino

2.-Edad: 42 años

3.-Ocupación: Obrero

4.-Topografía. Determinación cutánea o anexos.

Dermatosis diseminada a cara posterior de antebrazos y dorsos de manos

5.-Topografía. Dermatitis de mucosa bucal: Mucosa Yugal

6.-Estudio Histopatológico. si

El epitelio superficial muestra hiperparaqueratosis y acantosis irregular, licuefacción de la basal y destrucción de la interfase entre tejido epitelial y conectivo, infiltrado denso linfocitario en banda. Con inmunohistoquímica se detectan células de Langerhans en el epitelio.

7.-Diagnóstico definitivo

Liquen plano. Dermatitis diseminada a cara posterior de antebrazos, dorsos de manos y mucosa yugal. Evolución 4 meses.

8.-Tratamiento: Esteroides.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Caso 3 Liquen Plano.



Nombre: S.A.T. Lugar de origen: D.F.

1.-Sexo: Masculino

2.-Edad: 51 años

3.- Ocupación:Comerciante

4.-Topografía. Determinación cutánea o anexos.

Dermatosis diseminada en piernas de las que afecta todas sus caras.
Evolución 72 meses

5.-Dermatosis de mucosa bucal: Mucosa Yugal

6.-Estudio Histopatológico. sí

El epitelio superficial muestra hiperparaqueratosis y acantosis irregular, licuefacción de la basal y destrucción de la interfase entre tejido epitelial y conectivo, infiltrado denso linfocitario en banda. Con inmunohistoquímica se detectan células de Langerhans en el epitelio.

7.-Diagnóstico definitivo

Liquen Plano. Dermatitis diseminada a cara posterior de antebrazos, dorsos de manos y mucosa yugal. Evolución 4 meses.

8.- Tratamiento: Esteroides.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Caso 4 Pénfigo Vulgar.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Nombre: T.A.S **Lugar de origen:** D.F.

1.-Sexo: Femenino

2.-Edad: 41 años

3.- Ocupación: Hogar

4.-Topografía. Determinación cutánea o anexos.
exulceraciones y ampollas en cara y tronco

5.-Topografía. Dermatitis de mucosa bucal: numerosas exulceraciones en mucosa yugal; se observa una ampolla en el piso de boca, una lesión que rara vez encontramos; afectación en labios; exulceración en paladar e intensa afección gingival de este paciente.

6.-Estudio Histopatológico. sí

Muestra un epitelio de grosor normal y con crestas normales. En el tejido conjuntivo subyacente se observa una ligera inflamación. La capa de células basales se encuentra intacta pero las células de la capa suprabasal están separadas (acantólisis) flotando libremente en un espacio intraepitelial lleno de líquido

7.-Diagnóstico definitivo

Pénfigo vulgar.

8.- Tratamiento: Esteroides.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA: Casos Clínicos de trastornos muco cutáneos en el Centro Dermatológico Pascua

Casos Clínicos	Sexo	Edad	Ocupación	Topografía Cutánea	Topografía bucal	Estudio Histopatológico	Diagnóstico Definitivo	Tratamiento
1	M	79	Campesino	Cara anterior de piernas	Paladar	Si	Liquen Plano	Esteroides
2	M	42	Obrero	Cara posterior de antebrazos y dorso de manos.	Mucosa Yugal	Si	Liquen plano	Esteroides
3	M	51	Comerciante	Todas las caras de las piernas	Mucosa Yugal	Si	Liquen Plano	Esteroides
4	F	41	Hogar	Cara, tronco y miembros superiores.	Labios, mucosa yugal, piso de boca, paladar y encía.	Si	Pénfigo vulgar	Esteroides

FUENTE DIRECTA.

9. -CONCLUSIONES.

Es de gran importancia tener presente que existen manifestaciones bucales en enfermedades identificadas como cutáneas, lo cual, hace necesario que el médico recuerde la estrecha relación que guardan estas manifestaciones, no solo con padecimientos de la piel, sino que también con las de origen sistémico, ya sea: infeccioso, autoinmune, endocrino, neurológico, neoplásico, por mencionar algunas.

Por lo tanto cabe mencionar que la medicina no se puede fragmentar, y que las manifestaciones bucales forman parte de la valoración clínica integral de cada paciente.

Es necesario resaltar que el caso clínico de Pénfigo vulgar, presentó manifestaciones en áreas en las que frecuentemente no se presenta.

Finalmente, sería ideal seguir en forma continua con investigaciones en este centro dermatológico de tercer nivel de salud, ya que nos daría pauta para profundizar en esta área odontológica tan importante en nuestra práctica privada.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

10.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.-Dermatology in General Medicine. Thomas B. Fitzpatrick, MD, PhD, DSc (Hon). 5ª ed.Editorial Mc Grae Hill. 1999; Vol 1, 1-7.
- 2.- Dmonkos A. An Liquen plano y erupciones liquenoides. En: Andrews. Tratado de Dermatología. La Habana : Científico-Técnica; 1984. p. 269-275
- 3.- Ramón C, Jiménez Y, Lloria E, González LI, Milián MA. Asociación entre liquen plano oral y carcinoma oral de células escamosas: análisis de esa posible relación. A propósito de un caso. An Odontoestomatol 1996;4:185-189
- 4.- González Moles MA. Liquen plano erosivo de la mucosa oral, su relación con genomas del virus del Herpes simple tipos 1 y 2. Estudio mediante hibridación in situ. Rev Vasca de Odontoestomatol 1992;2(5):369.
- 5.- Hyrailles V, Peyron N, Blanc P, Mark Y, Meumer L, Meynadin J. Lichen plan et virus de 1 hepatete c; a propos de 5 nouveaux aus. Castro enteral. Clin Biol 1995;19:833-836.
- 6.- Dari A. Liquen planus. Una localizazione inusuale. Chron Dermatol 1995;(2):287-290.
- 7.- Norat GM, Vegleo S. Lichen planus lineares; discrizione de un caso. Chron Dermatol 1995;5(1):95-101.
- 8.- Rajentheran R, Mc lean NR, Kelly CG, Redd MF, Nolan A. Transformación maligna del liquen plano oral. Eur J Surg Oral Oncol 1999;5(5):520-523.
- 9.- Goldenberg D, Ardekian L, Rachmiel A, Peled M, Joachems HZ, Laufer D. Carcinoma of the dorsum of the tongue. Head Neck 2000;22(2):190-194.
- 10.- Ramón C, Jiménez Y, Lloria E, González LI, Milián MA. Asociación entre liquen plano oral y carcinoma oral de células escamosas: análisis de esa posible relación. A propósito de un caso. An Odontoestomatol 1996;4:185-189

- 11.- Velazco Ortega E, Martínez-Sahuquillo Márquez A, Bigo Martínez M, Valencia Alejandro S, Bullón Fernández P. La valoración del líquen plano oral como proceso cancerizable. A propósito de un caso. Arch Odontoestomatol 1996;12(1):3-12.
- 12.- Escobar CE. Líquen plano. En: Felabella E, Escobar CE, Girardo N. Fundamentos de Medicina: Dermatología Medellín: Corporación para investigaciones biológicas; 1990. p. 136-139.
- 13.- Carrozo M, Broccoliti R, Cabone M, Gaudolfo S, Garzino P, Cascio G. Phenotypic, analysis of peripheral blood cell immunity in Italian patients with different varieties of oral líquen planus. Bull Group Int Rech Sci Stomatol 1996;39(1-2):33-38.
- 14.- Daniels TE. Enfermedades de la boca y las glándulas salivales. En: Wyngaarden JB, Smith LIH, Bennett J. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 19ª ed. México : Interamericana Mc Graw Hill; 1994. p. 7-742.
- 15.-Santana Garay JC. Enfermedades que afectan el componente mucocutáneo. En: Atlas de patología del complejo bucal. La Habana : Científico Técnica; 1985. p. 91-99
- 16.-Wheland R. Cutaneous Surgery. 1ª ed. Ed. W.B. Saunders Company, 1994; 364-367
- 17.- GreenspanD. Enfermedades de la Boca. 1ªed. Ed. Mundi SACIF, 1970.:11-37
- 18.- Prives M, Lisenkow, Bushkovich V. Anatomía humana Tomo 1 4ª ed. Ed Mir, Moscu, 1981; 408-433 y Shafer Wg, Hine MK, Levy BM. A textbook of Oral Pathology. 4ª ed. W.B. Saunder Company; 1983: 256-260)
- 19.- Shafer WG, Hine MK, levy BM. A textbook of oral Pathology. Ed 4, W.B Saunders Company, 1983:256-260.
- 20.- Rassner G. Atlas y texto de Dermatología. 4ª ed. Ed Mosby- Doyma libros, 1992:306-320.

- 21.- Seoane JM, Gómez AJ. Técnica de biopsia en cavidad oral. *Piel* 1990;5:510-512,,,,,Wheeland R. *Cutaneous Surgery*. 1ª ed. W.B. Saunder Company 1994:159-169.
- 22.- J. Philip Sapp, Lewis R. E., George P. W. *Patología Oral y Maxilofacial contemporánea*. 1ª ed. Ed. Harcourt Brace, 1998: 22-27,250-266.
- 23.- Strassburg M, Knolle M. *Mucosa oral. Atlas a color de enfermedades*. 3ªed.Editorial Marban 1996:50.)
- 24.- *El Manual de Merck de diagnóstico y terapéutica* 7ª Edici'0on. Dr Robert Berkow. México 1986.
- 25.- Eisen D The clinical features, malignant potential, and systemic associations of oral lichen planus: A study of 723 patients. . *J Am Acad Dermatol* 2002; 46: 207-14.
- 26.- Gorsky M, Raviv M, Raviv E, Pemphigus vulgaris in adolescence . A case presentation and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993;75:620-624
- 27.- Medina A. *Queilosis*. Tesis Centro Dermatológico Pascua. México D.F. 1989:47.
- 28.- Van Hale H, Rogers R. *Inmunopathologyof oral mucosal inflammatory Diseases*. *Dermatologic Clinics* 1987;5:739-784
- 29.- Lenz P, Amogar M, Vale Platzter B et al. Desmoglein 3-ELISA. *Arch Dermatol* 1999;135:143-148
- 30.- Ishii K, AmogarM, Ohata Y et al. Development of pemphigus vulgaris in a patient with pemphigus foliaceus: Antidesmoglein antibody profile shift confirmed by enzyme-linked immunosorbent assay. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:859-861
- 31.- Paterson AJ, Lamey PJ, Lewis MAO *et al* Pemphigus vulgaris precipitated by gliencamide therapy. *J Oral pathol Med* 1993;22:92-95
- 32.- Robinson N, Hashimoto T, Amagai M et al. The new pemphigus variants. *J Am Acad Dermatol* 1999;40:649-671

- 33.- Rathman K, Phay K Tan C. Pemphigus therapy with oral prednisolone regimens. *Int J Dermatol* 1990;29:263-367
- 34.- Mourellou O, Chaidemenos G, Koussidou TH et al. The treatment of pemphigus vulgaris. Experience with 48 patients seen over an 11 year period. *Br J Dermatol* 1995;133: 83-87



DR. VERTIZ 464 - ESQ. DR. MORONES PRIETO
DELEGACION CUAUHTEMOC
C.P. 06780 MEXICO, D.F.
Tel.: 5519 - 6351 Fax: 5538 - 7033

26 de febrero del 2003.

DRA. MIRELLA FEINGOLD STEINER.
COORDINADORA DEL SEMINARIO
DE TITULACION.
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UNAM.
P R E S E N T E.

Estimada Dra. Feingold:

En contestación a su atenta comunicación fechada el 6 del actual, me permito informar a usted que hemos platicado los Dres. Fermín Jurado y Mireya Dessavre, Jefes de Enseñanza y de Odontología respectivamente y yo y estamos totalmente de acuerdo en que el Pasante ALBERTO FERNÁNDEZ ARISTA, elabore su tesina: **Patología Dermatológica con manifestaciones bucales (Estudio de un caso en el Centro Dermatológico Pascua)**, en esta Institución a mi cargo.

El joven Fernández nos ha comunicado que solamente dispone de un mes para realizar el trabajo antes citado y aunque nos parece un lapso muy corto, por fortuna tenemos un caso de Pénfigo que puede servir para este fin.

Al comunicar a usted lo anterior, le reitero las seguridades de mi especial consideración.

Dra. Obdulia Rodríguez.
Directora

ANEXO 2

Cédula de recolección de datos.

Nombre _____ Lugar de origen _____

1.-Sexo

2.-Edad

3.- Ocupación

4.-Topografía. Determinación cutánea o anexos.

5.- Topografía. Dermatitis de mucosa bucal

a) Paladar. b) Mucosa Yugal. c) Fondo de saco d) Piso de boca e) Lengua

6.-Estudio Histopatológico. a) sí b)no

7.-Diagnóstico definitivo

a)liquen plano b)pénfigo vulgar c)lupus eritematoso d)eritema multiforme

8.-tratamiento

a)esteroides b)inmunosupresores no esteroideos c)antihistamínicos

d)analgésicos