

247 732
Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES
DE LOS TEJIDOS ORALES BLANDOS DE ACUERDO
A SU COLOR.**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:**

FCO. GERARDO REYES ACEVEDO

MEXICO, D. F.

1982



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.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1

P A R T E I

CAPITULO I. PRINCIPIOS GENERALES DEL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	5
CAPITULO II. CORRELACION DE LA ESTRUCTURA MICRO Y MACROSCOPICA DESDE UN PUNTO DE VISTA CLINICO	24
CAPITULO III. LA SECUENCIA DEL DIAGNOSTICO	67

P A R T E I I

LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

CAPITULO IV. LESIONES BLANCAS DE LA MUCOSA. ORAL	88
CAPITULO V. CONDICIONES INTRAORALES CAFES, AZULES O NEGRAS	132
CAPITULO VI. CONDICIONES INTRAORALES SOLICITARIAS ROJAS	161

P A R T E I I I

SECCION DE FOTOGRAFIAS

INTRODUCCION

El propósito de esta tesis es el de realizar una -
revisión sistemática de los diferentes métodos de diagnós-
tico de las lesiones orales, basadas en una clasificación_
de lesiones, que están agrupadas de acuerdo a la aparien--
cia similar que presentan ya sea radiográfica o clínicamen_
te.

La primera parte consiste de dos capítulos prepara-
torios: El Capítulo I está dedicado a la revisión de los_
pasos pertinentes y a las varias modalidades de métodos a_
seguir en la revisión de un paciente. El Capítulo II expli-
ca con una base histológica y funcional las manifestaciones
clínicas y radiográficas de lesiones descubiertas durante -
el examen clínico. El siguiente capítulo, hace sobresalir_
la secuencia del diagnóstico más adecuada, comenzando con -
la detección de la lesión y continuando progresivamente a
través de pasos intermedios hasta que un diagnóstico final_
ha sido establecido.

Las partes subsiguientes forman la sección de diag-
nóstico diferencial de esta tesis y que trata específicamen-
te con la enfermedad. La última sección está dedicada espe-
cíficamente a las lesiones de los tejidos blandos tomando -
en cuenta la coloración característica de cada una de ellas.

Cada lesión o enfermedad está clasificada en grupos que constan de una apariencia parecida. Y así cada grupo de lesiones forma el objeto de cada capítulo en particular.

Este tipo de acercamiento se realiza ya que el estudiante que empieza a practicar la clínica encuentra gran dificultad cuando intenta reaccionar sus conocimientos de histopatología con los aspectos clínicos y objetivos de la lesión.

Primero no están adecuadamente adiestrados en la simple pero significativa correlación que existe entre los aspectos clínicos e histológicos; segundo, carecemos de la experiencia de saber agrupar las lesiones de acuerdo a sus aspectos clínicos, lo que es sumamente necesario antes de emitir o desarrollar el diagnóstico diferencial.

Claro que existen excelentes textos de patología oral que llenan los requisitos del estudio clínico de las lesiones orales; pero estos libros clasifican y discuten las lesiones de acuerdo a su etiología, origen del tejido, naturaleza microscópica o áreas de recurrencia. Aunque ha sido comprobado que dicho acercamiento resulta efectivo se ha demostrado que para el clínico nuevo no es lo más indicado.

Haciendo un intento por solucionar este problema se ha agrupado y analizado la lesión de acuerdo a su apa--

riencia clínica, sin tomar en cuenta su etiología o área de recurrencia, todas las lesiones de apariencias similares están agrupadas juntas y se discuten en el mismo capítulo.

Aunque esta manera particular de estudiar las lesiones orales de acuerdo a su aspecto, será motivo para que sea discutida por los expertos en los varios campos del diagnóstico.

Sólo se ha intentado acomodar las entidades patológicas en cada categoría de acuerdo a la frecuencia de recurrencia, con una breve discusión del problema estudiado. Las lesiones realmente raras son simplemente enlistadas.

Aquellas patologías cuyas características son patognomónicas y que consecuentemente no presentan problema para diagnosticar no serán revisadas aquí.

Las patologías de los tejidos duros, problemas de la articulación temporomandibular y dolores faciales no específicos también han sido excluidos ya que son discutidos más ampliamente en otros textos.

P A R T E I

CAPITULO I

PRINCIPIOS GENERALES DEL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Cuando la historia médica y el exámen médico de un paciente se realizan propia y concientemente, resulta ser el mejor método de diagnóstico que podemos encontrar. Sin una historia clínica realizada correctamente y sin un examen físico minucioso, el doctor o el estudiante pueden convertir el diagnóstico en un juego de acierto y error.- Los procedimientos de diagnóstico incluyen lo siguiente:

- Historia.
- Datos de identificación.
- Problema principal.
- Enfermedad presente.
- Historia médica anterior.
- Historia familiar.
- Historia social.
- Historia ocupacional.
- Historia dental.
- Revisión de los síntomas por sistemas.
- Exámen físico.
- Exámen radiológico.
- Diagnóstico diferencial.
- Diagnóstico de tratamiento.

- Estudios médicos de laboratorio.
- Estudios dentales de laboratorio.
- Biopsia.
- Consulta (con otro colega o especialista).
- Diagnóstico final.
- Plan de tratamiento.
- Firma (del médico).

HISTORIA CLINICA

Para la mayoría de los pacientes, no es necesario que se realice una historia clínica completa. Aunque en el caso de un paciente en particular ésta resulta ser de gran necesidad. Durante el interrogatorio en particular, el doctor deberá de estar alerta de la gran cantidad de datos e información útil que la historia clínica nos puede proporcionar. Sólo con una historia clínica completa puede el clínico correlacionar los datos que ha obtenido por medio de la misma, de la experiencia adquirida y de las observaciones realizadas en el paciente: y sólo así puede él esperar el adquirir una sólida respuesta para la conclusión del diagnóstico.

No debemos dejar pasar por alto el hecho de que con el trato directo con el paciente podemos obtener un indicador del mismo y del estado mental en que se encuentra.

Mientras se está haciendo una historia clínica -- completa y se realiza el examen físico, el doctor es capaz de obtener valiosos y raros datos acerca de la psique del paciente. Ciertas lesiones de la mucosa, dolor de la articulación temporomandibular y algunos problemas craneo o miofaciales por lo general están relacionados a depresiones nerviosas.

Una buena historia clínica puede ayudar a demostrar las relaciones que existen entre las altas y bajas emociones del paciente y estos problemas, y así evitar que el doctor prescriba remedios que sólo proporcionan un alivio temporal o pasajero, y que probará una vez más el fracaso que podemos obtener si es que seguimos con una serie de pasos equivocados.

El particular beneficio que va a representar el tomar esta historia clínica con exactitud resulta en el efecto terapéutico que motivará al paciente a que éste identifique al clínico como su doctor o su doctora.

Frecuentemente se establece una verdadera y armónica relación entre paciente y clínico. Es entonces cuando el doctor debe tratar por todos los medios el adoptar una postura de simpatía y atención esencial para la adquisición de una buena relación entre doctor y paciente y para poder obtener más fácilmente una adecuada historia

clínica y para asegurar al paciente con los beneficios de la historia clínica y la terapéutica a seguir.

DATOS DE IDENTIFICACION

Resulta sumamente útil para el desarrollo de la - dinámica del trato con el paciente el que la manera con - que manejamos e introducimos a este en el consultorio, -- sea la de introducir al mismo en la práctica por medio de una recepcionista guapa y accesible y que sea la que ob-- tenga la información necesaria, esto incluiría lo siguiente:

- 1.- Nombre y dirección.
- 2.- Fecha de nacimiento.
- 3.- Sexo.
- 4.- Antecedentes étnicos.
- 5.- Ocupación y dirección.
- 6.- Nombre y dirección del informante si es otro que el paciente.
- 7.- Fuente de referencia.
- 8.- Médico de cabecera.
- 9.- Dentista anterior.

QUEJA O PROBLEMA PRINCIPAL

El problema principal deberá, si es posible, ser -

escuchado de los propios labios del paciente. Es obligación del doctor el preguntar: ¿Cuál fué el problema que motivó que usted asistiera al consultorio? Obviamente en algunos casos, en lugar de que el paciente nos conteste cuál es el problema nos contestarán: El paciente viene referido por el Dr. Juan Aguilar para que se le trate de... Si es que acaso existen más de dos quejas principales o problemas en un solo paciente se deberán enumerar en la hoja de la historia clínica referente a él, y después se deberá contener la historia de cada padecimiento en particular.

Casi siempre existirá en cada paciente un problema que sobresalga a los demás y así deberá anotarse en la historia misma. La manera más eficaz de atender o manejar al paciente resultará en la manera de tratar el problema principal y corregirlo inmediatamente si es posible.

ENFERMEDAD PRESENTE

Utilizando las propias palabras del paciente si es que son lo suficientemente entendibles y expresivas, se analizará la queja más importante separadamente y si es posible en el orden más conveniente de acuerdo a una forma impresa especialmente para ello.

.

PRIMERA MANIFESTACION

Se deberá anotar en términos de días u horas el momento en que se presentó el problema o padecimiento antes de asistir a su cita el paciente. Se deberá utilizar un calendario si es posible. Así, no debemos de anotar, el paciente notó dolor y sangrado de las encías el martes, sino: seis días antes de la admisión a su cita el paciente notó... Anotar qué hacía el paciente en ese momento y qué cree que pudo haber sido el estímulo predisponente o desencadenante de dicho padecimiento.

CURSO DE LA MISMA (ENFERMEDAD)

Se deberá de realizar un sumario en el que se incluyan y describan con detenimiento y exactitud el progreso del padecimiento desde su mismo inicio. Por ejemplo, deberán de describirse los síntomas ya sean recurrentes, intermitentes, constantes o sean de aumento o disminución de severidad. También los factores que alivian o desencadenan el padecimiento deberán de ser anotados e identificados correctamente. Si resulta que el dolor es la manifestación más sobresaliente e importante, deberemos pedirle al paciente que exprese ésta en términos familiares para ambas partes, aún así podemos sugerir al paciente algunos términos teniendo en cuenta el no influenciar en ésta

su descripción.

Ejemplo de algunos adjetivos: pulsante, lacerante, continuo, agudo, caliente, machacante, pesado, intermitente, cortante, etc.

TRATAMIENTO PREVIO

Se deberá también determinar qué tratamientos han sido realizados, cuándo, en dónde y por quién, y anotar los resultados posteriores. Las preguntas directas existentes en el formato especial para ello, deberán ser contestadas de igual manera, para poder describir bien la enfermedad que tenemos presente.

HISTORIA MEDICA ANTERIOR

La historia médica anterior podrá estudiarse de una manera ligera, si es que los datos por obtenerse serán entregados o descritos por el mismo paciente y de esta manera el doctor podrá posteriormente extender esa información por medio de preguntas más específicas. Algunas veces la historia médica anterior se podrá completar con una revisión de los sistemas del cuerpo.

La historia médica anterior podrá componerse de los siguientes datos:

1. Estado general del paciente antes de presentarse en el consultorio con la queja principal.
2. Historia médica previa y resultados del examen médico.
3. Idiosincracia a los agentes farmacéuticos.
4. Alergias incluyendo sensibilidad a antibióticos, anestésicos y analgésicos.
5. Operaciones previas y resultados.
6. Daños y lesiones anteriores y resultados.
7. Hospitalizaciones previas.
8. Otras historias (familiar, social, ocupacional y dental).

HISTORIA FAMILIAR

Esta historia puede resultar muy importante, ya que en la familia pueden existir antecedentes de enfermedades como diabetes, tuberculosis, hemophilia, cáncer o algún tipo de anemia, alergias, padecimientos cardiovasculares o respiratorios o enfermedades del sistema nervioso, digestivo o musculoesquelético.

HISTORIA SOCIAL

La historia social anterior del paciente nos ayuda a identificar desequilibrios psicosomáticos que de otra

manera sólo serían considerados como somáticos.

Particularmente todas las manifestaciones que -- existen en la articulación temporomandibular son en mayor o menor grado, de origen psicológico, y el paciente por lo general identifica y relaciona a la cavidad oral y la cara en general a su "imagen", esto es, manifiesta sus padecimientos según él cree o piensa.

Aunque este paciente esté asistiendo al dentista sólo para tratamiento de una enfermedad de tipo somático, durante el cuestionario de la historia clínica, éste puede referirnos hechos o situaciones que puedan indicarnos la presencia de algún tipo de depresión mental o emocional, lo cual nos ayudará de sobremanera para poder identificar el origen de su problema más a fondo. Las siguientes manifestaciones psicológicas son indicio de depresión y pueden ayudarnos a identificarlas: problemas al dormir, alteraciones del apetito, estremecimiento, diarrea, dolor de espalda, inflamación de la mucosa oral, lengua caliente, ulceraciones, etc.

Según procede el curso de la historia clínica, y si el paciente muestra signos de tristeza o se considera a sí mismo como insignificante o tiene una manera negativa de ver la vida, entonces la identificación de la causa de esta depresión se vuelve más fácil.

Por otro lado, si el paciente presenta una actitud de bienestar y que actualmente puede ser cierta, y que además se refiere a sus padecimientos de manera correcta, entonces el trabajo se simplifica, sin embargo, la consulta con el médico familiar o con el psicólogo puede ser lo más indicado cuando el casi así lo amerite.

HISTORIA OCUPACIONAL

Esta historia es sumamente importante en los casos en los que el medio ambiente de trabajo puede llegar a producir lesiones. Aún más, cuando esta ocupación causa al paciente stress emocional, lo que se manifiesta de inmediato como diversas inflamaciones de la mucosa.

HISTORIA DENTAL

Una vez que el paciente ha completado la sección correspondiente, ésta nos puede indicar el tipo de tratamiento anterior que fué realizado y el éxito o fracaso del mismo.

REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMAS

Existen varios tipos de acercamiento que podemos realizar con respecto a esto, pero el más práctico es el siguiente:

Revisar los síntomas sistema por sistema. Este método se basa propiamente en las respuestas que hace el paciente a las preguntas relativas a la condición de la queja principal.

PESO

Máximo y mínimo y las causas del cambio.

Peso óptimo.

Peso presente.

RESISTENCIA

Cuándo ocurre fatiga (causa)

Cambios en la actividad física.

OJOS

Presencia o ausencia de lentes (de contacto, bifocales, etc.)

Cambios recientes en la percepción de las imágenes.

Inflamación o lagrimeo.

OIDOS, NARIZ Y GARGANTA

Dolor.

Cambios en la audición.

Padecimientos de los senos nasales y maxilares --
(Sinusitis)

MUCOSA

Sangrado.

Obstrucciones nasales.

Cambios en el tono de la voz.

Garganta irritada.

Amigdalitis.

CAVIDAD ORAL

Inflamaciones.

Neoplasias.

Lesiones quísticas.

Desarrollo de malformaciones congénitas.

Cambios oclusales (desarmonía).

Masas rígidas en el cuello.

Hábitos que pueden llegar a afectar labios, lengua y tejidos blandos y duros de la cavidad oral.

CORAZON Y VASOS SANGUINEOS

Vasos periféricos.

SISTEMA RESPIRATORIO

ESTOMAGO E INTESTINO

Dieta usual y hábitos desusuales (alcohol, drogas, etc.)

Apetito (aumento o disminución)

Náuseas, vómitos.

Gases.

Diarrea.

Color y consistencia de las heces fecales.

Cantidad de agua que se consume al día.

ORGANOS GENITOURINARIOS

SISTEMA HEMOTOPOYETICO**PIEL**

Lastimaduras

Moretones

Comezón y erupciones.

EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES

Historia de artritis.

Fracturas espontáneas.

SISTEMA NERVIOSO

Temblores.

Convulsiones.

Anestesia, parestesia, parálisis

Dolor muscular.

SISTEMA ENDOCRINO**PSIQUE.****EXAMEN FISICO**

La examinación física de cualquier parte del cuerpo, tiene cuatro aspectos principales: inspección, palpación, percusión, auscultación. Estas cuatro palabras han permanecido en uso durante mucho tiempo con éxito. Son palabras que los doctores alrededor del mundo pueden discutir e identificar con facilidad. Estas abarcan lo referente a cualquier tipo de exámen físico.

La examinación física regional de los tejidos ora

les y maxilofaciales y las regiones contiguas y sus resultados pueden ser resueltas en varios tipos de formatos (Fig. 2-2).

Así es que después de haber obtenido los datos usuales de identificación, procederemos a la rutina de palpación, percusión, auscultación e inspección de las regiones y estructuras de la cavidad oral y zonas contiguas.

En años recientes la práctica dental se ha dado cuenta de la importancia de la toma de la presión sanguínea. Esto es necesario particularmente cuando se examina a pacientes nuevos en el consultorio y particularmente a aquéllos que padecen de alta presión en arterias. La Tabla (2-1) nos da una idea general de las lecturas y medidas aceptables de la presión diastólica y sistólica.

EXAMEN RADIOGRAFICO

Demasiado frecuentemente nos encontramos con que el primer procedimiento completo de diagnóstico que usamos en el consultorio es el examen radiográfico y aunque algunas patologías son descubiertas de manera rutinaria por medio de éste examen la función primaria del examen radiológico es confirmar el dictámen clínico realizado.

Consecuentemente el exámen radiográfico deberá de seguir a la terminación de la historia clínica y física de manera que ésta va a confirmar el diagnóstico determinado.

De esta manera la siguiente afirmación deberá respetarse: "Las radiografías no deberán aceptarse como diagnóstico único cuando vamos a proceder a realizar un tratamiento".

Un exámen radiográfico completo deberá incluir:

- 1.- Intraorales.
Radiografías periapicales, aleta mordible.
- 2.- Radiografías oclusales.
- 3.- Radiografías extraorales de los maxilares inferiores y superiores.
 - a) Proyección transparietal.
 - 1) A.T.M.
 - b) Proyección transfaríngea.
 - 1) Cabeza y cuello del cóndilo.
 - c) Proyecciones oblicuas laterales.
 - 1) Parte posterior y rama de la mandíbula.
 - 2) Cuerpo de la mandíbula.
 - 3) Cuerpo anterior de la mandíbula.
- 4.- Huesos de la cabeza y cara:
 - a) Proyección cefalométrica
 - 1) Anteroposterior.
 - 2) Lateral.

b) Proyecciones anteroposteriores

- 1) Mandíbula y senos paranasales y huesos faciales laterales.

Ya que estas estructuras pueden sufrir distorsiones debido a las formas irregulares que poseen, debemos tomar en cuenta que el exámen radiográfico puede fallar en determinado momento aún cuando la mayoría de las máquinas para tomar estas radiografías están calibradas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Después de haber realizado todos los procedimientos anteriores el doctor procederá a pensar para sí mismo el diagnóstico diferencial que va a escoger y realizar el enlistado de las molestias que presenta el paciente dando prioridad a la lesión principal. En la mayoría de las instalaciones llegamos a un diagnóstico bien definido sin tener necesidad de recurrir a otros procedimientos. Aunque si no tenemos el resultado adecuado podemos auxiliarnos de los métodos ya enunciados como el de biopsias, estudios de laboratorio, consulta, etc.

(PLAN DE TRABAJO)

DIAGNOSTICO DE TRABAJO

Después de completar todos los procedimientos técnicos

nicos y acercamientos para la obtención del diagnóstico, y con los datos acumulados el doctor podrá dirigir con más exactitud su plan de trabajo y su diagnóstico diferencial encauzando su elección al tratamiento.

ESTUDIOS MEDICOS DE LABORATORIO

Existen varias pruebas que nos indican valores -- que frecuentemente nos ayudan a llegar al diagnóstico final, varias de estas son:

Conteo de sangre:

Cuenta total de leucocitos

Cuenta diferencial de leucocitos

Cuenta de plaquetas

Concentración de hemoglobina

Hematocrito

Tiempo de sangrado

Tiempo de coagulación

Tiempo de Protrombina

Tiempo parcial de Tromboplastina

Glucosa en la sangre

Serologfa

Urianálisis

Radiografías de pecho y electrocardiograma

Estudios de laboratorio dental

Biopsias

CONSULTA

La información que podemos obtener de un colega - incluye algunos elementos importantes: un sumario de la - historia del paciente y sus padecimientos, pedir exacta-- mente la información requerida.

Esto tiene como finalidad la de unir más los la-- zos entre profesionistas y ayudar al progreso de la profe-- sión.

DIAGNOSTICO FINAL

El diagnóstico final será tratado en un capítulo_ posterior, aunque seguirá la secuencia correcta que el -- doctor lleva con cada paciente. Esto es, comenzando con_ la historia clínica y examinación del paciente ya descri-- ta en este capítulo y continuando con el desarrollo del - diagnóstico diferencial y plan de trabajo. El diagnósti-- co final es la prueba que se tiene dentro de un caso en - parciular. Como fué determinado en el reporte patológico, las manifestaciones, las respuestas del paciente hacia el tratamiento.

PLAN DE TRATAMIENTO

Si el diagnóstico elegido fué el correcto, segu--

ramente también lo será el tratamiento realizado, así que armados con la seguridad que nos da el diagnóstico de tratamiento, el doctor podrá formular un diagnóstico racional del mismo en el cual se tomarán en cuenta las limitaciones y posibilidades del doctor mismo.

Los procedimientos preparatorios de operativa en sí serán obvios; y si es que el tratamiento ha de seguir un cauce lógico, la responsabilidad del clínico será la de considerar las revisiones periódicas a largo plazo.

FIRMA

Si los procedimientos son los correctos, el doctor firmará con orgullo y responsabilidad la historia del caso y los resultados de su trabajo.

REFERENCIAS ESPECIFICAS

Baugman, R.: Personal Comunicación, Sep. 1979.

Follmer, H.M.: Questions and Answers, J. Am. Dent. Assoc. 91:495, 1975.

REFERENCIAS GENERALES

Banóczy, J.: Exfoliative Cytologie Examination in the early diagnosis of oral cancer. Int.Dent.J. 26:400, 1976.

Bernstein, M.L.: Biopsy technique: The pathological considerations. J.Am.Dent.Assoc. 96(3):438-443, 1978.

Sabes, W.R.: The dentist and clinical laboratory procedures, St. Louis, 1979, The C.V. Mosby Co.

Págs. 5 a 19.

CAPITULO II

CORRELACION DE LA ESTRUCTURA MICRO Y MACROS COPICA DESDE UN PUNTO DE VISTA CLINICO

Importancia de una anatomía e histología normal pa
ra poder dictaminar un buen diagnóstico.

El diagnóstico de las lesiones orales, es usual--
mente el resultado del ejercicio de la patología clínica,
la cual es un estudio de los cambios que ocurren en los_
mismos. Estos cambios son precipitados por agentes pato-
lógicos. Así que ya que clínico ha de reconocer y percibir
estos cambios, deberá tener una referencia por medio de_
la cual pueda medir y comparar estos estados de alteración
del organismo.

En el caso del clínico que ha de realizar el diag-
nóstico, existe la ventaja de tener con qué comparar esto;
esto es, por supuesto, cuando el organismo está saludable.
Por lo que podemos suponer que un conocimiento correcto y
profundo de la condición normal de la cavidad oral y zonas
que la rodean, es fundamental para la detección de la en--
fermedad.

Aún más, es bien claro que las características ff-
sicas de un tejido no podrán ser apreciadas sin estar fami-

liarizados con la microestructura del tejido. Esto es porque la microestructura de los tejidos está perfectamenterelacionada con los aspectos clínicos en los cuales el --clínico basará su juicio.

Las microfotografías que existen acerca de estostejidos muestra adecuadamente la arquitectura de los mismos y de esta manera nos provee de una base bien clara para poder interpretar los aspectos clínicos que un doctorconciente no debe darse el lujo de ignorar.

SISTEMAS ORALES Y PERIORALES

La membrana mucosa que recubre la cavidad oral --consiste de una capa de epitelio escamoso estratificado y una lámina subepitelial, la lámina propia, que consiste de tejido fibroso conectivo, que también puede contener --capilares, nervios y glándulas salivales menores (Fig.3-1)

La piel como la membrana mucosa, también contienedos capas, la epidermis y el corion subyacente con sus --apéndices propios, las glándulas sebáceas y sudoríparas y los folículos pilosos (Fig. 3-2).

El sistema glandular remanente en las regiones --circunvecinas de la boca y que tiene un interés directo --para e- odontólogo son las glándulas salivales mayores y

las glándulas tiroides y paratiroides. Ya sea que el clínico identifique directamente estas glándulas o que estas llamen su atención debido a alguna patología cuando realiza el examen de la nuca y cuello. Los huesos incluidos en esta región abarcan los de la maxila superior, la mandíbula, el vomer y arco zigomático y los huesos palatinos, esfenoides, hioideas y huesos temporales, así como las -- vértebras cervicales.

Es importante que el clínico conozca estas estructuras ya que éstos resultan presentes en la examinación radiográfica de las regiones orales y de esta manera el examinador deberá conocer bien su morfología y su relación entre cada uno de ellos y así mismo deberá de ser capaz de interpretar las formas bizarras que estos adquieren en el examen radiográfica.

Otros sistemas con los que el clínico oral debe de estar perfectamente familiarizado son: dientes, laringe, tráquea, esófago y sistemas circulatorio y linfático.

El sistema muscular con el que debe de estar familiarizado son aquéllos músculos de la expresión facial, -- masticación, deglución y también aquellos que incluyen -- los movimientos de la cabeza.

Estos músculos junto con huesos y cartilagos no só

lo proveen límites que facilitan el examen junto con los planos faciales sino que también son vías para que los -- procesos patológicos puedan avanzar, así como también ocasionar la invasión de otros tejidos por medio de neoplasias y metástasis.

Consecuentemente el clínico está obligado a reconocer la exacta localización y planos en que se encuentran cada uno de los músculos y la extensión de cada uno durante su función.

TEJIDOS ORALES Y PERIORALES

Los tejidos epitaliales de la región oral y perioral incluyen:

1. Capa escamosa epitelial estratificada.
2. Unidades glandulares, serosas, sebáceas.
3. Esmalte.

El tejido conectivo localizado debajo de la superficie del epitelio incluye:

- a) Tejido conectivo, fibroso, adiposo y libre
- b) Músculos (esquelético, liso) y nervios.
- c) Cartílago y hueso.
- d) Dentina, cemento y pulpa dental.

Usualmente está presente una capa delgada y bien_

definida debajo de la piel o de la mucosa y permite que - estos estratos superficiales "invadan" sobre los más profundos y firmes como huesos y músculo.

Si la capa de tejido conectivo libre está ausente, la capa superficial estará unida a la más profunda y no - podrá ser movida separadamente de los estratos subyacen--tes.

Esta situación la encontramos por lo general en la zona del paladar duro anterior y en la encía adherida. El tejido conectivo libre contiene vasos sanguíneos y linfáticos, nervios, tejido adiposo, tejido fibroso escaso, fi- - bras reticulares, fibras precolágenas, fibras elásticas, - células mesenquimatosas indiferenciadas.

Así es, que sólo a través de un entendimiento com-pleto de estos tejidos, su naturaleza específica, las relaciones físicas entre ellos, como mantienen sus relaciones_ entre sí y cuando fallan estas relaciones es cuando son sometidos a las presiones de los dedos del clínico durante - el examen físico, y aún más, la característica sensación - que se percibe cuando realizamos la palpación de un tejido; entonces, si somos capaces de realizar esto habremos - obtenido una completa apreciación del examen realizado.

EXPLICACION DE LOS ASPECTOS CLINICOS, EN TERMINOS DE UNA
ESTRUCTURA NORMAL Y ANORMAL DE ACUERDO A SU FUNCION

INFORMACION OBTENIDA POR MEDIO DE LA PALPACION

El examinador sólo podrá visualizar el tejido su perficial y su topograffia, incluyendo los contornos, co--lor y textura de los mismos. Así que para realizar una -evaluación más crítica tendrá que recurrir a otros proce--dimientos.

(Forma - Apariencia).

CONTORNO

El clínico necesitará forzosamente estar familiarizado con el aspecto normal del tejido en y alrededor de la cavidad oral, para que él pueda llegar a detectar cualquier desorden en la configuración normal de esa área. Los cambios en la forma no son por sí mismos una manera de diagnóstico específico, ya que gran cantidad de patologías pueden llegar a producir lesiones similares en la forma con -que se presentan.

C O L O R

El doctor también deberá de reconocer las características normales de color de cada región en la cavidad --

oral. Deberá además de estar conciente de las variaciones normales en el color que estos tejidos pueden asumir, y seguramente deberá de reconocer los cambios de color, - lo que nos indicará las condiciones anormales en esa región determinada.

ROJO.- El color normal de la mucosa con tono blanquecino es el rosa. Ya que el epitelio escamoso estratificado sano es semitransparente y por lo tanto el color rojo de la sangre en la extensa red capilar inferior se hará visible; la mucosa oral no es uniformemente rosa en toda su extensión, ya que en algunas zonas tiene un tono -- más obscuro y en otras más claro.

Esto puede ser ilustrado perfectamente mediante - el contraste que existe con algunas variaciones en el color y que son normales y que a la vez están relacionadas al tipo de función que desarrollan motivando que estas -- sean más claras o más oscuras. Un factor que influye en el cambio de color hacia lo más claro, es el de un engrosamiento de la capa epitelial, lo que ocasiona que el epitelio sea más opaco. Esto como resultado natural del engrosamiento de la capa de queratina (Fig. 3-3). La otra modificación que podemos encontrar es resultado de la vascularización menos intensa y del acumulamiento de componentes colágenos, lo que ocasiona que esta encía se vea -

más clara.

Estas dos situaciones se encuentran frecuentemente en forma simultánea y así el clínico deberá de ser capaz de reconocer y correlacionarlas con las variaciones encontradas en la microestructura, así como también su habilidad para interpretarlas deberá estar bien desarrolladas para que él pueda diferenciarlas correctamente ya sea que son causadas por variaciones en su función, por trauma, etc.

Por ejemplo, las regiones de la boca que reciben la máxima estimulación mecánica por efecto de la masticación reaccionan depositando una capa más gruesa de keratina como protección y también una vascularización menos intensa de la normal en la lámina propia y por lo tanto parece como un color rosa claro. Regiones como esta son el paladar duro, la superficie dorsal de la lengua y la encía adherida. Por otro lado, las regiones que no están expuestas normalmente al estímulo vigoroso de la masticación, como mucosa vestibular, piso de la boca, o superficie central de la lengua y que por lo tanto requieren solamente de una capa delgada de epitelio escamoso estratificado que retiene poca keratina, lo que permite que la vasta red vascular de la submucosa muestre un color rojo intenso (3-4) se dice que estas áreas tienen mucosa de re

moderada distribución de tejido adiposo, dentro del tejido conectivo, inmediatamente por debajo de la membrana basal; los gránulos de Fordyce que son frecuentes de encontrar en la mucosa bucal de muchos adultos, son amarillos, color que deriva del material sebáceo que tienen las unidades glandulares por debajo del epitelio.

CAFE, AZUL O NEGRO.- Las lesiones con estos colores son estudiadas con más detalle en otros capítulos.

Aunque es apropiado aclarar aquí que básicamente -- la apariencia clínica del color de estas lesiones es demostrado realizando un estudio histológico que demuestre que este color es inducido por melanina, hemosiderina, metales pesados, etc.

SUPERFICIE

La mucosa normal aparece brillante y de superficie tersa excepto en el área de las rugosidades y en la encía adherida que frecuentemente tiene un aspecto granular.

La superficie de una masa que se considera patológica puede también aparecer lisa o papilomatosa, ulcerada, keratinizada o necrótica.

Las masas que aparecen en los tejidos, por debajo

del epitelio escamoso estratificado son en su mayoría de superficie tersa. Estos pueden tener su origen en el mesénquima, las glándulas salivales o una infección purulenta o también por algún resto embrionario. Mientras ese núcleo o nido de células se agranda por debajo y presiona el epitelio escamoso estratificado, el epitelio responde mediante una combinación de ensanchamiento y una reducción de la cavidad mitótica. Por lo tanto, mientras esta masa aumenta de volumen y sale hacia la cavidad oral, se cubre de una superficie de epitelio terso. Ejemplos de estos son: fibromas, osteomas, chondromas, hemangiomas, nevus intradérmico, tumores de las glándulas salivales menores, etc. Aún los tumores más malignos pueden presentar esta apariencia especialmente en sus fases tempranas, pero cuando éstas lesiones están situadas en regiones expuestas a traumas pueden entonces volverse elevadas y necróticas y esas superficies que antes eran suaves, se vuelven de consistencia más dura.

Algunas excepciones a la regla de que las lesiones de superficie tersa y suave se originan por debajo del epitelio, son las vesículas intraepiteliales y ampollas que se ven en el pénfigo y algunas lesiones virales. Sin embargo, como regla general, las masas que se originan en el epitelio escamoso estratificado tienen invariablemente superficies corrugadas o papilomatosas.

Ejemplo de esto son: papilomas verrucae vulgaris, keratosis seborreica, carcinomas verrucosos y carcinomas de células escamosas (Fig. 3-6). Las excepciones a esto serían el mioblastoma de células granulares y el lymphangioma cuyas superficies son menos que duras pero de apariencia granular. El myoblastoma de células granulares induce frecuentemente a una hiperplasia pseudoepiteliomatosa en el epitelio que las recubre lo suficientemente -- severo como para darle un aspecto guijoso (Fig. 3-7).

El lynfoangioma superficial presenta espacios linfáticos dilatados que se extienden hacia la membrana basal, lo que ocasiona la presencia de pliegues en la superficie del epitelio.

Las masas o abultamientos de superficie tersa o áspera están categorizados en la Tabla 3-1.

ENTIDADES PLANAS Y ABULTADAS

Una macula es el resultado de un cambio de color como producto del depósito de pigmentos o alteraciones ligeras en la vascularización local o algunos otros cambios locales. Esto por lo general no es una lesión elevada ya que no presenta un aumento significativo en el número o tamaño de las células (hiperplasia). La hiperplasia y la hipertrofia siempre resultan en una elevación, la cual --

puede tomar la forma de una pápula, nódulo, polipo.

Por ejemplo, un epulis o peca es una mácula café, que histológicamente representa un aumento en la producción de melanina por el mismo número de melanocitos. -- Por el otro lado un nevus untradérmico o intramucoso -- muestra histológicamente un aumento significativo en el número de células que producen melanina y un aumento de colágena en el área subepitelial. Así pues, ambas, la hiperplasia y la hipertrofia están presentes y la lesión aparece clínicamente pigmentada y elevada. (Fig. 3-9)

ASPIRACION

Esta considerada por algunos clínicos como una extensión de la examinación visual, así es que su discusión o comentario lo incluímos aquí. Su valor primario consiste en investigar el carácter de los fluidos contenidos en las masas o abultamientos de aspecto o consistencia de queso o ahuladas. Así que un conocimiento de la naturaleza del material que contiene dicho abultamiento contribuirá significativamente para la formulación apropiada del diagnóstico diferencial.

Sin embargo, el aspirar el contenido de estas masas indiscriminadamente se considera impropio ya que es recomendado por varios expertos que dicha masa no sea ob-

jetode aspiración hasta después de la cirugía, debido a - al peligro que existe de introducir bacterias de la flora superficial y por lo tanto infectar dicha estructura.

Si el abultamiento es aspirado inmediatamente des pués de la cirugía, la introducción de microorganismos no presenta problema ya que dicha masa fué enucleada antes - de que la infección pueda significar un problema grave. - La aspiración de una masa llena de fluidos resulta enton- ces de un enorme valor ya que nos evita la desagradable__ sorpresa de abrir una lesión que tiene apariencia inocua y que resulta ser un peligroso tumor vascularizado.

ASPIRADO.- El examen del líquido extraído resulta_ entonces la parte más importante de este procedimiento.

Un líquido color paja estará presente en la aspira_ ción de quistes odontogénicos o fisurales (quistes del pa- ladar medio) y ocasionalmente de ameloblastomas quísticos. Estos tienen generalmente cristales de colestérol y que -- pueden ser observados al poner éstos bajo transluminación.

Otro tipo de quistes, tales como el epidermoide se báceo o dermoide, y que tienen una textura más firme a la_ palpación, presentan líquidos más viscosos y por lo tanto_ se necesita de una aguja de aspiración de mayor calibre.

I. El contenido de un quiste epidermoide y del keratoquiste es de keratina exfoliada y por lo tanto el aspirado será espeso, amarillento y granular (Fig. 3-11).

II. El quiste sebáceo presenta cebo, el cual es espeso, homogéneo y de color amarillo a gris.

III. Las paredes del quiste dermoide contienen a la mayoría de los apéndices dermales incluyendo epitelio estratificado, escamoso, keratinizado con glándulas sebáceas y glándulas sudoríparas incluyendo folículos piloso, así que el aspirado de éstos será el más espeso de todos, amarillento, de consistencia de queso que será aspirado con mucha dificultad ya que contiene queratina, cebo, sudor y células escamosas exfoliadas.

Un quiste del conducto tirogloso contiene un líquido de color ámbar oscuro. Las hematomas, hemangiomas y várices presentan un color rojo azulado mientras que la sangre aspirada de un aneurisma será más rojo brillante reflejando así el alto contenido de oxígeno presente en la sangre arterial.

Cuando sospechamos de una lesión vascularizada se debe de tener cuidado de utilizar una aguja de pequeño calibre para evitar una hemorragia postaspiracional.

La aspiración de lesiones dolorosas, calientes y

fluctuantes usualmente presenta pus en el aspirado. Y si el organismo causante de la infección es del tipo de los estafilococos al igual que las lesiones piogénicas de origen odontogénico, presenta- pus color amarillo o amarillo blanquecino. En cambio, una superinfección como la provocada por pseudomonas auruginosa producen un pus color -- verde azulado.

Usualmente cuando aspiramos en el lugar de la infección estreptocócica como la angina de Ludwig, ésto será inútil, ya que la mayoría de los estreptococos no son piogénicos y no será posible localizarlos. En cambio, estos despiden sustancias que tienden a esparcir la infección como es la hyalurinidasa, streptoquinasa, coagulasa, etc., a través de los tejidos.

Los organismos estreptococcicos producen un líquido serosanguíneo rojo, pero no en grandes cantidades como para formar "albercas" o ser aspiradas o provocar una -- fluctuación de la lesión en ese lugar, o en los tejidos -- afectados.

También en contraste con las infecciones estafilococcicas, la infección por estreptococo provoca o está -- asociada con linfadenitis.

La actinomicosis en sus etapas tempranas se nos --

muestra como unas zonas rojo firme inflamada. Más tarde se acumula pus formando "albercas" que producen fluctuación en la lesión. En esta etapa intermedia, la aspiración de esta lesión producirá un pus amarillento con pocos gránulos más amarillos todavía. Estos son granos de azufre, que parece que se forman a partir de "mycelia" y material que es producto de las defensas del huésped. - - Cualquier aspiración resultante de una infección deberá de ser mandada al laboratorio de histopatología para un cultivo y pruebas de sensibilidad. . Si sospechamos de actinomicosis deberán realizarse cultivos especiales anaeróbicos.

Un fluido viscoso, pegajoso y claro aparecerá en la aspiración de patologías de retención como (mucocelos y quistes de las glándulas de Blandin y de Nohn y también en las glándulas sublinguales (ránula) y algunas veces de tumores de las glándulas salivales menores. Este líquido acumulado es una concentración de la secreción de la cual el agua ha sido reabsorbida por las células que recubren el quiste. Ocasionalmente los tumores mucoepiteliales de bajo grado producirá mucosidad suficiente como para parecerse a un mucocelo y a la vez arrojar mucosidad en la aspiración del mismo.

Los laringoceles que son abultamientos serosos --

con retención de aire como el producido por clostridium - perfringenes que provoca la rara formación de CO₂ e hidrógeno en la gangrena caseosa.

AGUJA PARA BIOPSIA

Dichas biopsias se realizan con agujas específicas y por lo tanto tiene una la ventaja de que se pueden tomar muestras de estructuras que están muy por debajo de los tejidos, como son los nódulos linfáticos; tiene sin embargo la desventaja de que nos da una muestra muy pequeña y existe siempre el peligro de ocasionar daño en los vasos sanguíneos del área.

D I A T O S

RASGOS OBTENIDOS POR MEDIO DE LA PALPACION

El clínico bien capacitado es capaz de distinguir los varios tejidos y sus texturas, así como la sensación que se percibe al palparlos. Esto se debe a que primero él está familiarizado con el "grueso anatómico" de esta estructura y sabe cómo y en dónde estos tejidos están situados, su extensión, en qué planos se localiza y sus relaciones anatómicas. Segundo, él puede visualizar las estructuras macroscópicas de estos tejidos que a la vez se correlacionan tan bien con las sensaciones táctiles adqui

ridas después de una buena práctica.

La palpación es verdaderamente un "tercer ojo" o sea, el método de información clínica más exacto para estudiar los tejidos que yacen debajo de la superficie. Afortunadamente para el examinador, los tejidos suaves del cuerpo están colocados sobre hueso, cartílagos o músculo esquelético y entonces los tejidos superficiales pueden ser palpados en contra de una base firme.

TEMPERATURA SUPERFICIAL

Antes que el clínico intente formar un juicio relativo al nivel de temperatura de una región o alguna parte de la cavidad oral y tejidos circunvecinos, el examinador deberá tomar o establecer cuál es la temperatura sistemática del paciente como lo indica el termómetro oral. Un aumento en la temperatura superficial de la piel es simple de detectar, el examinador simplemente coloca los dedos de una mano en la piel del área concerniente y los dedos de la otra mano sobre el mismo punto de cuerpo, pero del otro lado y de esta manera puede establecer si existe alguna diferencia de temperatura.

La piel generalmente presenta un aumento de temperatura cuando está inflamada o infectada. El responsable de este cambio es el aumento de flujo sanguíneo y el

aumento del metabolismo del área afectada.

MOVILIDAD

Una vez que el doctor ha definido algún abulta---
miento o masa que está sujeta a examinación, en términos_
de su localización en un plano anatómico y los tejidos y_
órganos comprometidos, el examinador entonces determinará
si dicha masa es móvil o está adherida, y sus relaciones_
con los tejidos vecinos. Por medio de la palpación él po
drá establecer si dicho abultamiento es movable verdadera_
mente en todas direcciones o si es completamente móvil; -
lo más probable es que sea benigno, que esté encapsulado_
y que tenga su origen en el tejido subcutáneo libre o en_
la submucosa, ejemplo de esto es un quiste dermoide o un
nódulo linfático. Dicha movilidad puede ser ilustrada de
la siguiente manera: colocando los dedos de la mano alre-
dedor de dicha masa mientras se mueve la piel o la mucos--
sa sobre el abultamiento. El siguiente movimiento es el -
de tratar de mover dicha masa independientemente de los -
tejidos subyacentes a la masa o protuberancia. Esto ayu-
dará a indicarnos si esta estructura es libre de moverse_
en todas direcciones. Si encontramos que el abultamiento
está adherido a la piel, o sea que la piel no puede mover_
se independientemente de la masa pero que ésta misma no -
está fija a los tejidos por debajo de ella, esto es un --

factor muy importante que nos ayudará a determinar el -- diagnóstico diferencial.

Por ejemplo, los quistes epidermoides y dermoides son fáciles de considerar como tales, ya que no están uni dos a la piel y tampoco a los tejidos por debajo de ellos y son móviles en todas direcciones, mientras que no haya_ existido fibrosis como resultado de una infección. Estos dos quistes se originan en nidos de epitelio que han sido atrapados en la capa subcutánea ya sea durante la forma-- ción embrionaria o como resultado de un incidente traumá-- tico en el cual fragmentos superficiales de epitelio fue-- ron depositados profundamente en la capa subepitelial.

Por otro lado, los quistes sebáceos pudieron ser_ factibles de diagnosticar equivocadamente por los anterio_ res, ya que también son fácilmente desplazables de los te_ jidos por debajo de ellos, pero estos están unidos a la - piel. Este diagnóstico resulta lógico si uno considera - que los quistes sebáceos se forman cuando unidades sebá-- ceas de la piel resultan bloqueadas pero retienen su con-- tinuidad con los elementos quísticos glandulares de la -- piel (Fig. 3-15).

Un conjunto de circunstancias contrarias a esto - son las observadas cuando encontramos que la piel es mó-- vil por encima del abultamiento, pero esta misma está uni

da a las estructuras a que están más profundas. Esto nos pone en contradicción en cuanto al origen de la estructura a que está adherida. Podría estar unida a hueso, músculo, cartilago, grasa, glándulas salivales o glándulas tiroideas. El tejido u órgano al cual está unido el abultamiento nos da por regla general el carácter o naturaleza del mismo (Fig. 3-16).

Por ejemplo, si la masa está localizada o unida a la glándula parótida, la posibilidad de que sea de origen glandular salival es enorme. Si está unida a la piel o mucosa y también a las estructuras subyacentes existen 4 posibilidades:

- I.- Fibrosis como resultado de un episodio de infección e inflamación.
- II.- Un tumor maligno de infiltración originado en la piel o membrana mucosa y que ha invadido estructuras más profundas.
- III.- Discrasias originadas en alguna estructura profunda y ha invadido los tejidos subcutáneos o submucosos o la piel y la mucosa.
- IV.- Una discrasia que se originó en el tejido conectivo libre y ha invadido otras capas, superficial y profunda.

Cuando realizamos el examen de la cavidad oral, el

clínico debe recordar perfectamente bien, que bajo circunstancias normales la mucosa que recubre el paladar duro y la gingiva están unidas perfecta y firmemente al hueso subyacente. En adición a esto, la capa submucosa libre por debajo del epitelio escamoso estratificado que es keratinizado y papilar del dorso de la lengua, es muy delgado y a veces inexistente, y por lo tanto la capa epitelial está actualmente unida a la musculatura subyacente de la lengua. Por lo tanto, la mucosa de la superficie dorsal de la lengua no puede ser desplazada independientemente de la parte musculosa profunda. En las regiones restantes de la cavidad oral existe, sin embargo, una capa submucosa, la cual en ausencia de enfermedad permite que su capa epitelial superficial sea movida independientemente de tejidos y estructuras más profundos.

La palpación de una masa determinada durante la función de las estructuras cercanas a ella es importante, ya que también nos indicará si ésta está unida a estructuras más profundas y si es así, a cuáles. El abultamiento en cuestión es palpado mientras el paciente realiza los movimientos normales de esta región. Por ejemplo, si una masa fluctuante está en la parte media del cuello y se mueve de arriba a abajo, mientras el paciente traga saliva será signo y diagnóstico de que ésta parte está unida al hueso hioides, laringe, tráquea, glándulas tiroideas o

paratiroides o músculos que intervienen. Si esta se eleva cuando el paciente protruye su lengua, el examinador puede sospechar de un quiste tirogloso y que un cordón epitelial o fibroso o una fístula está unida a la lengua.

En algunos casos dicha masa puede obstaculizar -- dichos movimientos. Por ejemplo, un condroma o hiperplasia del cóndilo, que motiva una desviación y limitación -- de los movimientos de la mandíbula.

EXTENSION

La importancia de determinar las características de esta masa no sólo incluye el localizar lesiones debajo de la superficie, sino también las que son visibles y superficiales. El médico debe tener en mente que lo que es visible puede sólo representar "la punta del Iceberg" -- consecuentemente es importante que las estructuras y tejidos que rodean la base de las lesiones aparentemente superficiales sean palpadas cuidadosamente para determinar la máxima extensión de la lesión sobre los tejidos vecinos. Claro que la identificación positiva de áreas celulares de penetración en los tejidos circundantes sólo puede realizarse por medio del examen microscópico, pero el cirujano deberá de todas maneras examinar esta lesión y sus alrededores antes de proceder a realizar algún trabajo --

quirúrgico.

Ya que el abultamiento tenga bordes pobremente de finidos, verdaderamente definidos, o bien definidos como se demuestra o determina por medio de la palpación, depen derá de cuatro factores:

- I.- Características de los límites o bordes de la masa.
- II.- Consistencia relativa de los tejidos circundantes.
- III.- Grosor y naturaleza de los tejidos que recubren.
- IV.- Firmeza de los tejidos subyacentes.

LIMITES DE LA MASA

Quando se trata de masas o abultamientos malignos, la mayoría de ellos tienen bordes que son difíciles de -- distinguir por medio de la palpación, esta observación se hace más evidente si tomamos en cuenta las característi-- cas de estos desórdenes:

- I.- Los tumores malignos frecuentemente se infiltran_ en los tejidos adyacentes extendiendo procesos -- del tumor sobre los tejidos circundantes.
- II.- También ocasionan una reacción cirrosa en los tejidos invadidos o infiltrados.

Los procesos de infiltración de los tumores son -- por lo general irregulares en tamaño, forma y distribu--

ción. El resultado entonces es el de límites vagos. Estas extensiones también anclan, por decir así a esta neoplasia con los tejidos vecinos y esto evita que el tumor pueda ser desplazado independientemente de sus alrededores.

El tumor junto con sus prolongaciones, provoca una reacción inflamatoria en sus tejidos cercanos y que tiene parecido a las provocadas por alergias o a las reacciones propias a la presencia de un cuerpo extraño. A partir de ésta, la reacción inflamatoria tiene como secuela la aparición de una fibrosis. La fibrosis se desarrolla como áreas difusas e irregulares en las regiones inflamadas y por lo tanto adhiere aún más al tumor con los tejidos adyacentes, mediante bordes difíciles de definir y por lo tanto casi imposibles de notar por medio de la palpación del abultamiento. Algunos tumores malignos de bajo grado, en su etapa de agresividad, como son el carcinoma verrugoso, pueden ser la excepción a la regla.

Dichas neoplasias ocurren usualmente como masas exofíticas en la membrana mucosa o en la piel y entonces, debido a esta situación, poseen bordes bien definidos. El resultado entonces es el de un contacto directo mínimo entre el tumor y el tejido subcutáneo conectivo, el cual impide o estorba a la reacción inflamatoria y a una fi-

brosis de límites mal definidos.

Otra excepción incluye a algunos tumores de desarrollo lento y que producen bordes fibrosos. Los bordes - están compuestos de:

- I.- Tejido conectivo del estroma dislocado del tejido normal.
- II.- Tejido fibroso nuevo como resultado de tumor.

Este tipo de abultamientos sí tienen bordes - son bien definidos y delineados por medio de la palpación. La inflamación ocurre generalmente no por el tumor en sí mismo, sino por otras agresiones y tienen también bordes_ pobremente delimitados sin importar su etiología. Ya sea que los límites de un proceso patológico puedan ser bien_ definidos por palpación, dependerá significativamente de_ la forma de la lesión y también de la naturaleza de sus - bordes. Claro que para determinar la exacta extensión de una lesión delgada o cualquier lesión plana es difícil, - como también es fácil detectar lesiones "gordas o hinchadas".

CONSISTENCIA DE LOS TEJIDOS CIRCUNDANTES

La consistencia o grado de firmeza de una lesión_ en comparación con los tejidos que la circundan afectará_ la facilidad con que podemos definir sus bordes por medio

de la palpación. Por ejemplo, los bordes de un quiste - dermoide presentes en el tejido subcutáneo libre se determinan rápidamente y fácilmente mientras que identificar - los bordes de un lipoma cuando se presenta en el mismo - sitio resulta casi imposible de definir.

La misma situación prevalece en el caso de una -- masa firme que se presenta en un músculo o en sus alrededores. Si los tejidos circundantes a esta masa tienen la misma consistencia que la masa patológica, los bordes no pueden ser delimitados. También como lo es, tratar de determinar los bordes de una lesión firme que se encuentra en la cavidad oral sobre tejido duro como hueso y espe- - cialmente cuando la movilidad sobre el mismo no se puede realizar.

Además, sin tomar en cuenta la circunstancia que presenta palpar una lesión sobre hueso, determinar la extensión de ésta sin una radiografía es casi imposible.

TAMAÑO Y FORMA

El tamaño y la forma de una lesión que protruye - hacia la cavidad oral o sobre la piel pueden determinarse fácilmente por palpación y por medio de una regla milimétrica.

Además de la ayuda que nos proporciona la historia clínica, la cual nos indica cuándo apareció, cuándo empezó a crecer, su duración, etc., de la misma. También podemos informarnos por medio de la historia clínica si la lesión ha seguido creciendo en tamaño con un índice constante o si llegó a su etapa paroxística y predecible como la ránula que crecerá en tamaño antes de comer o si ésta drena intermitentemente (como un absceso con fisura que periódicamente reduce su tamaño).

Cuando los abultamientos se encuentran en los tejidos es importante palparlos para saber su tamaño y forma. Las redondas y ovoideas que son quistes generalmente o tumores benignos o nódulos linfáticos inflamados. Los tumores malignos primarios de los nódulos linfáticos y también las metastásis presentes en los nódulos linfáticos son redondos u ovoideos y con bordes tersos o suaves. Como se indicó, las masas de bordes irregulares son condiciones fibrosas inflamatorias o tumores malignos.

CONSISTENCIA

Esta nos provee con una de las claves más importantes para la identificación de un órgano, tejido o patología que el examinador puede encontrar durante el examen físico. Ya que ésta debe estar familiarizado con la

textura y compresibilidad del tejido normal, así como - - anormal, se hace una descripción del tejido normal en la Tabla (3-2). Los siguientes términos son utilizados para nombrar o definir la consistencia de los tejidos: suave, consistencia de queso, ahulado, firme, consistencia de hueso (duro). El término suave se asocia con los tejidos que son fácilmente comprensibles, como un lipoma o un mucocele. Los quistes llenos de fluido por lo general -- son suaves, pero si están bajo presión o tensión se vuelven ahulados. La consistencia de queso nos indica la presencia de un tejido más firme pero que puede ser comprimido y nos da una sensación de algo granular. La sensación ahulada describe a un tejido que es firme pero que puede ser comprimido y que regresa a su contorno normal después de que ésta presión desaparece, como en la piel.

La firme identifica a un tejido tal como es el fibroso que no puede ser comprimido realmente. La sensación de hueso, como su nombre lo indica, nos proporciona con la explicación de la sensación táctil que percibimos al palpar alguna estructura con esta característica. Sin embargo, existen ejemplos para cada categoría que parece -- invadir o estar sobrepuesto para cada ejemplo, así que no siempre será posible describirlos en su consistencia con alguno de estos términos. Aunque estos son utilizados -- usualmente y en general significan lo mismo para casi to-

dos los individuos que los utilizamos.

Existen por lo menos tres factores diferentes que pueden modificar la consistencia de un tejido o masa:

- I.- Una gruesa capa de tejido, cubriendo especialmente músculo o tejido fibroso, modificará apreciablemente la naturaleza de dicha estructura.
- II.- Tejido glandular suave, rodeado de una cápsula de tejido conectivo denso, se percibirá mucho más firme de lo que realmente es.
- III.- La profundidad en el tejido alterará la consistencia con que es percibida por la palpación, esto es, una masa suave se detectará más firme, si está localizada más profunda en el tejido que lo que detectaríamos si estuviera situada más superficialmente.

Así que una vez que el examinador se ha familiarizado con la localización y consistencia de los tejidos normales, entonces él será lo bastante capaz de diferenciar entre los tejidos normales y anormales, cuando éste detecta la consistencia de unos y otros logando diferenciar a estos perfectamente bien.

La consistencia de los tejidos anormales puede resumirse también con los mismos términos que utilizamos para describir a los tejidos normales: suave, caseoso, ahu

lado, firme y "ahuesado".

Algunos segmentos representativos de ejemplos de masas patológicas han sido seleccionados y caracterizados de acuerdo a su consistencia en la Tabla (3-3).

También en un esfuerzo por facilitar la correlación entre la microestructura y la consistencia física se han colocado fotomicrografías de tejidos patológicos con consistencias similares y se han agrupado en la Fig. (3-19).

DRENADO Y FLUCTUACION

Todas las lesiones suaves caseosas o ahuladas y - que tengan más de 1 cm. de diámetro debían ser examinadas para verificar qué tanta fluctuación presentan. Este procedimiento se lleva a cabo colocando los dedos de una mano en un lado de la masa y presionando suavemente sobre la masa con los dedos de la otra mano. Si los dedos que están detectando sienten que la masa presenta una fuerza u ola de presión, pasando a través de la lesión, se dice que la masa es fluctuante.

Los siguientes cuatro factores determinan si ésta fluctuación puede ser percibida en una lesión suave, caseosa, ahulada (Tabla 3-4):

- I.- El abultamiento deberá contener líquido o gas en una cavidad relativamente cerrada (Fig. 3-20). --

Ejemplos de dichas masas fluctuantes son quistes, mucocelos, ránulas, enfisemas subcutáneos, varicocidades, hematoma reciente, lipomas, etc. Aunque el lipoma no presenta un espacio conteniendo fluido, el alto contenido de líquidos contenido en las células y el líquido intersticial es aparentemente lo suficiente como para provocar la fluctuación de dichas lesiones.

II.- La masa deberá de estar situada en un plano superficial. Si esta está cubierta de una capa gruesa de tejido inflexible o alguna estructura como músculos, la masa no podrá ser palpada de una manera tal que demuestre su fluctuación. Un ejemplo de esto sería un quiste branquial situado debajo del músculo esternocleidomastoideo. En esta posición su fluctuación aparece impedida. También como la mayoría de las otras características que se perciben por medio de la palpación.

III.- La masa estaría en un estado de fluctuación. Muchas lesiones clínicas presentan un estado de fluctuación en algunos de los procesos multifásicos de la enfermedad. Temprano durante el desarrollo del desorden puede que no se haya formado alguna cavidad llena de líquido; sin embargo, o más tarde durante el trayecto de la enfermedad,

la arquitectura requerida para la formación de dicha fluctuación puede llegar a ser alterada u -- obliterada. Esto puede ser como resultado del -- tratamiento o como curso natural de la enfermedad; por ejemplo, una infección odontogénica estafilococcica que ha pasado a través de las capas corti-- cales y ha comenzado a invadir los tejidos blan-- dos, es roja, suave y firme.

Mientras el proceso continúa, la infección típica estafilocócica resulta en una masa suave, fluc-- tuante, dolorosa y no drenable. Mientras el absce-- so se disuelve sin importar el tratamiento, la -- etapa fluctuante da paso a un estado firme y éste a su vez puede desaparecer o dejar una pequeña -- área de fibrosis.

La actinomicosis desarrolla el mismo ciclo, lo -- mismo que ciertos quistes hasta cierto punto.

IV.- El desarrollo de fibrosis alrededor de la masa -- puede disminuir la fluctuación. Quistes infecta-- dos crónicos que de tiempo en tiempo llegan a su_ "clímax" pierden su fluctuación frecuentemente y se convierten en duros y suaves a la vez. Este - es un ejemplo en el cual la inflamación y la fi-- brosis resultante que se instalan en o alrededor_ de una cavidad llena de líquidos pueden impedir - la fluctuación. Ocasionalmente la recubierta epi_

telial y el lumen están completamente destruidos, así que el requisito para la fluctuación de una cavidad llena de líquidos se pierde.

LESIONES QUE PRESENTAN VARIACIONES EN LA FLUCTUACION

Un gran número de lesiones suaves y ahuladas presentan variaciones en la fluctuación. Esta tiene relación directa con el grado de drenado que una lesión en particular tiene.

En otras palabras, algunas lesiones fluctúan mientras que otras de la misma variedad no. Todas las lesiones caseosas, ahuladas y suaves pueden ser clasificadas de acuerdo al grado de drenado que poseen.

- I.- Algunas no pueden ser vaciadas por presión digital.
- II.- Otras como los hemangiomas, higromas quísticos, laringoceles tienen fluctuación y pueden ser vaciados dependiendo de la estructura específica e individual de cada lesión en especial.
- III.- Aún otras, incluyendo los aneurismas, la mayoría de los hemangiomas cavernosos, quistes que están drenando no son fluctuantes ni fácilmente drenables. Y casi nunca desarrollan una arquitectura que se preste como para que fluctúen.

Existen también un número de factores que influyen en la capacidad de drenado de una lesión en particular: curso, número, diámetro y posición de salida de fistulas, vasos o canales. También el ancho de la base de la lesión influye en la capacidad de drenado de la misma.

La figura(3-24) nos enseña un diagrama de un aneurisma. Nótese que éste podría ser drenado con presión digital. El hemangioma cavernoso es similar en este respecto. Los espacios cavernosos son pocos pero grandes. Los canales de salida son anchos y la base de la lesión está fija. Dichos hemangiomas no presentan fluctuación ya que tiene características que permiten un drenado rápido de la misma.

La figura(3-25) nos muestra en contraste un hemangioma capilar con muchos sacos sanguíneos y pequeños vasos. Nótese que los vasos de salida son pocos y la base es un tanto pedunculada. Un hemangioma de este tipo probablemente no se vaciará completamente por presión digital ya que una ligera presión deformará a la lesión tendiendo a ocluir estos pequeños vasos. Aunque la lesión sería fluctuante y parcialmente vaciable a consecuencia de esto.

En la figura 3-26 es también una ilustración de un hemangioma capilar que posiblemente no sería vaciado

completamente. El laringocele, es una bolsa que protruye hacia la laringe, está infiltrado por aire cuando el paciente tose. El canal que conecta a éste con la laringe es pequeño y se llega a ocluir fácilmente; y aunque el laringocele presenta fluctuación, puede ser vaciado con ligera presión y lentamente. Un quiste también sería fluctuante pero no drenable ya que el canal para drenarlo no es una característica normal de esta lesión.

La posición o localización de los dedos del examinador es un factor determinante para saber si una lesión puede o no ser drenada.

En la figura 3-27 el dedo del clínico se encuentra en el punto X bloqueando el canal eferente, lo cual engañaría al clínico en cuanto si la lesión es drenable o no. Esta lesión drenaría completamente si la presión digital del dedo se colocase en el punto Y.

La razón para el drenado de un quiste, o absceso es obvia como se ilustra en la Figura 3-28. Dicha lesión no es fluctuante generalmente a menos que la abertura sea muy pequeña.

INDOLORAS, SUAVES, DOLOROSAS

Durante el examen digital podemos encontrar y sa-

ber si la masa es dolorosa, indolora, o está un poco adolorida y por lo tanto ésta información será de gran ayuda para encontrar una lista adecuada de posibilidades para poder llegar a un diagnóstico.

Durante el desarrollo del plan de trabajo es de suma importancia y ayuda que si la masa dolorosa es evaluada siguiendo o tomando como bases su posible etiología. Tabla 3-5.

I. Dolor debido a inflamación.-

El efecto doloroso causado por un aumento en el contenido de fluidos de un tejido causado por un agente patológico, se intensifica cuando éste tejido está confinado dentro de paredes rígidas o semirrígidas (pulpa dental, nódulos linfáticos, glándulas salivales, submaxilares o parótidas). La creciente presión que resulta de un aumento en la acumulación de fluidos se intensifica por la presión externa de los dedos y se manifiesta como dolor o aumento de dolor.

El ejemplo más frecuente es un proceso inflamatorio resultante de algún trauma físico o infección. Ocasionalmente un tumor, especialmente de la variedad maligna, causará dolor indirectamente como consecuencia de la infiltración de un ducto mayor de una glándula salival mayor. Por lo tanto, induciendo un fenómeno de reten-

ción y agrandamiento de la glándula que se vuelve delicada y dolorosa, debido a la marcada presión interna aumentada. Ocasionalmente un tumor que también está confinado por tejido adyacente normal llega a ser infectado secundariamente y entonces cambiará éste de un estado indoloro y casi asintomático a una lesión dolorosa e inflamada.

II. Tumores dolorosos.

Algunos tumores neurales (como el neuroma de amputación, que actualmente no es una neoplasia sino que representa un proceso de reparación exacerbado y mal dirigido, en un nervio dañado), son fácilmente dolorosos cuando se palpa esta región. Como regla general, los tumores benignos y malignos son masas indoloras a menos que sean traumatizadas o infectadas secundariamente.

III. Dolor causado por infiltración de nervios sensoriales.-

Los abultamientos que son indoloros, pero que están situados cerca de nervios sensitivos, relativamente grandes, pueden volverse dolorosos cuando éstos aumentan de tamaño e invaden los espacios en donde están situados los nervios. Esto sucede más frecuentemente cuando el canino que siguen los nervios es hueso al contrario de cuando el tejido es suave, en los tejidos blandos, espe-

cialmente cuando el proceso es de crecimiento lento, el nervio es empujado por delante de la masa y no presenta dolor hasta que se tope con otro tejido. Usualmente un tumor de crecimiento rápido como el condrosarcoma, el cual crece en hueso, causará dolor debido a que se expande más rápido que la capacidad de reabsorción del hueso. Por lo tanto, la presión ejercida sobre el hueso y los tejidos nerviosos provoca dolor.

Casi siempre el dolor producido por la invasión de un tumor maligno sobre un nervio sensorial es de corta duración ya que el tumor de crecimiento rápido causa su rápida destrucción. Una excepción a esto es el carcinoma quístico adenoide, que frecuentemente se esparce a través del espacio perineural.

Aquí el dolor es de larga duración ya que estos tumores no tratados van por la periferia del nervio, aunque rara vez lo invadan. Lo adolorido de una masa indica generalmente la presencia de inflamación de baja intensidad, lo mismo que poca presión interna inducida por la repetida manipulación por varios examinadores de una masa que fué indolora. Frecuentemente una masa adolorida indica la presencia de una infección crónica.

El grado de dolor que produce una masa varía dependiendo del grado de desarrollo de la masa o del tipo -

de infección que pudiera causar dolor.

Por ejemplo, un fenómeno de retención de las - - glándulas mayores puede estar solamente adolorido en sus etapas tempranas, pero volverse extremadamente doloroso - mientras esta situación se agrava. Las infecciones bacte_ricidas por lo general son están adoloridas en su etapa_ temprana, dolorosa en su fase aguda y suave otra vez en - su fase terminal. ; las infecciones fungoides, espiroqueta les, tuberculosas, ricketziales y virales son por otro la do típicamente crónicas en su naturaleza y sólo son sua-- ves durante su curso y su sanado. Entonces una infección de un nódulo que tiene el mismo grado de suavidad o adolo_ramiento por un período prolongado es poco factible que - sea de origen bacterial, especialmente si el paciente no_ ha recibido tratamiento, por el contrario, el nódulo sua- ve que se vuelve sumamente doloroso y que después sana es probablemente un ejemplo de una infección bacterial.

UNILATERAL Y BILATERAL

Ya sea que una lesión sea unilateral o bilateral, puede ser determinado por palpación o por inspección. - - Cuando el clínico encuentra alguna patología, él deberá - investigar la región colateral del cuerpo con el propósi- to de determinar si esta condición es bilateral o no.

Como regla general, si masas similares se encuentran presentes bilateralmente y con la misma localización, lo más probable es que sean estructuras anatómicas normales. El bulbo carotideo en la bifurcación de la arteria, el proceso mastoideo, el proceso cervical vestibular y las alas del hueso hioides, son estructuras anatómicas que presentan estas características.

SOLITARIAS O MULTIPLES

Las lesiones solitarias por lo general indican la presencia de una lesión benigna o una lesión maligna temprana. Por el otro lado, el examinador deberá estar alerta si es que son lesiones múltiples y tomar en cuenta las siguientes posibilidades:

- Enfermedad de Addison
- Discrasias sanguíneas
- Enfermedad de Hudgkin
- Monocleosis infecciosa
- Lesiones fungoides infecciosas
- Metastasis múltiples
- Enfermedad de Paget
- Reticuloendoteliosis.

RASGOS OBTENIDOS POR PERCUSION

La percusión es el acto de golpear alguna parte --

del cuerpo para evaluar la calidad del eco emitido. El médico rutinariamente golpea el pecho del paciente para determinar las características del corazón y también para evaluar los pulmones.

El dentista golpea los dientes para determinar si es que estos tienen suficiente soporte de hueso y también para saber si están sensibles. Esto no es completamente útil para evaluar las lesiones que se discuten en este texto.

RASGOS OBTENIDOS POR AUSCULTACION

La auscultación es el acto de oír con o sin la ayuda del estetoscopio los ruidos que produce el cuerpo. Se escuchan los ruidos del corazón, pulmones, etc., para evaluar su estado. El dentista puede auscultar la articulación temporomandibular para detectar crepitaciones. La auscultación de masas patológicas deberá hacerse con mucho cuidado para detectar la presencia de sonidos raros que son característicos de aneurismas y desviaciones arteriovenosas.

REFERENCIAS GENERALES

- Dolby, A.E.: Oral mucosa health and disease, Oxford, England, 1975, Blawell Scientific Publications.
Witlen, J.B.: Cytologic examination of aspirated material from cysts or cystlike lesions, Oral. Surg. 25: 710-716, 1968.

Págs. 20-49.

CAPITULO III

LA SECUENCIA DEL DIAGNOSTICO

Es de suma importancia que el clínico realice una secuencia bien formulada del diagnóstico, cuando éste se encuentra con algún tipo de lesión. Esta manera de establecer un acercamiento de la percepción, examinación y -- concepción de un cúmulo de circunstancias nos ayuda a asegurar dos cosas: primero, cuando un diagnóstico es formulado de manera metódica y seguido de igual manera, todas las características pertinentes serán identificadas y, segundo, mediante la adaptación y continuación de una rutina, el dentista logra realizar el procedimiento rápida y eficientemente.

Algunas autoridades argumentan que el clínico experimentado no necesita de recurrir a este procedimiento tan formal y metódico sino que éste deberá de ser capaz de diagnosticar una lesión con sólo una inspección breve. Esto casi nunca sucede, ya que esta experiencia se adquiere generalmente no sólo de reconocer a la lesión, sino -- que es consecuencia de una secuencia de diagnóstico que se ha ido perfeccionando a través de su trayectoria como clínico. Claro está que el dentista experimentado ha visto muchas lesiones en numerosas ocasiones y por lo tanto

es capaz de anticipar la naturaleza de un desorden particular y por lo tanto mantener un alto porcentaje de aciertos.

Hemos encontrado la siguiente secuencia del diagnóstico y que puede ser práctica y efectiva:

- Detección y examinación de la lesión del paciente.
- Examinación del paciente.
- Queja principal (quejas)
- (Aparición) presentación y curso de la lesión.
- Reexaminación de la lesión.
- Clasificación de la lesión.
- Enlistado de los posibles diagnósticos.
- Desarrollo del diagnóstico diferencial.
- Desarrollo del (Plan) diagnóstico de trabajo -- (Diagnóstico operacional) (Diagnóstico tentativo) (Impresión clínica)
- Formulado del diagnóstico final (comprobado por biopsias, cultivo, respuesta al tratamiento).

DETECCION Y EXAMINACION DE LA LESION DEL PACIENTE

Obviamente cualquier lesión deberá de ser detectada antes de ser examinada. La mayoría de las lesiones se descubren durante la rutina de examinación. Pero en algu

nos casos, y especialmente cuando el dolor y molestia es uno de los síntomas, el paciente es el primero en darse cuenta del desorden y él mismo inicia la examinación de la lesión.

Una vez que el clínico ha reconocido o por lo menos sospechado de que existe un cambio anormal en sus manos, él procede a examinarla, utilizando la secuencia o modalidad descrita en el capítulo anterior. Este incluye el examen visual en combinación con palpación, percusión y auscultación.

Lo que encontremos será anotado y evaluado mentalmente. Como juicio propio podremos elegir si hacemos un examen extenso o pasajero de la lesión, aunque existe la posibilidad de que esta lesión exija un examen exhaustivo inmediatamente. La importancia de examinar la lesión reside en que el clínico puede obtener información que lo alertará para que busque específicamente por situaciones que pudiera llegar a encontrar en el resto del cuerpo del paciente durante el examen físico (metastasis, etc.)

EXAMEN DEL PACIENTE

El examen del paciente se ha discutido ampliamente en los capítulos anteriores. Aunque los pasos específicos del examen del mismo no serán discutidos aquí, la sec

ción que trata con la entrevista con el paciente, así como la presencia y curso de la enfermedad deberán de ser enfatizados ya que estos nos dan claves importantes para el desarrollo del diagnóstico.

QUEJA PRINCIPAL

Las principales quejas o achaques relacionados con desórdenes de la cavidad oral incluyen lo siguiente: dolor, irritación, sensaciones de calor, sangrado, dientes sueltos o flojos, problemas oclusales, erupción dilatada de los dientes, boca seca, excesiva salivación, mal sabor.

DOLOR. Se deberá de encauzar al paciente para describir las principales características de su dolor, su naturaleza (agudo, sordo), su severidad, duración y localización, y las circunstancias o estímulos que los desencadenan.

Los siguientes disturbios pueden ser causa de dolor oral:

- I.- Inflamación por cualquier causa.
- II.- Presión mecánica en terminaciones nerviosas sensitivas.
- III.- Tumores infectados o traumatizados.

- IV.- Otros tumores que causan dolor característicamente (tumores centrales malignos de hueso).
- V.- Aftas, úlceras. Cuando un paciente utiliza el término afta o úlcera para describir su padecimiento, esto puede indicar la presencia de inflamación en la mucosa, o úlceras causadas por otro factor, excepto por discrasias ulcerativas tempranas (las cuales son usualmente indoloras).

SENSACIONES QUEMANTES. Las sensaciones quemantes se presentan por lo general en la lengua y es causada - - usualmente por un adelgazamiento o erosión de la superficie del epitelio. Las siguientes enfermedades pueden causar o producir dicha sensación:

- I.- Lengua geográfica
- II.- Liquen plano erosivo.
- III.- Actinomicosis.
- IV.- Anemia.
- V.- Neurosis.

Una sensación de boca caliente o quemante se encuentra asociada también con el incremento del espacio interalveolar.

SANGRADO. El sangrado intraoral puede ser causado por lo siguiente:

- I.- Gingivitis o enfermedad parodontal.
- II.- Incidentes traumáticos, incluyendo cirugía.
- III.- Hiperplasias inflamatorias.
- IV.- Alergias.
- V.- Tumores (tumores traumatizados y tumores muy vascularizados, ejemplo: hemangiomas).
- VI.- Enfermedades que causan o están asociadas con la hemostasis.

DIENTES FLOJOS. La pérdida de hueso de soporte o la reabsorción de las raíces puede resultar en el aflojamiento de los dientes y puede indicar la presencia de:

- I.- Enfermedad parodontal (inflamación del ligamento parodontal debido a un traumatismo prematuro como una obturación alta).
- II.- Trauma.
- III.- Reabsorción normal de los dientes desiguos.
- IV.- Lesiones pulpopariapicales.
- V.- Tumores malignos.
- VI.- Tumores benignos que pueden inducir la reabsorción radicular (chomas, hemangiomas).
- VII.- Histiocitosis X.
- VIII.- Hipofosfatasa.
- IX.- Hipofosfatemia familiar.
- X.- Síndrome de Papillón Lefebre.

PROBLEMAS OCLUSALES DE APARICION RECIENTE. Cuando algún paciente se queja de que "recientemente mis dientes no muerden bien", o "recientemente algunos de mis dientes están desalineados", el clínico debe considerar restauraciones con contornos sobrados (puntos altos) o a las siguientes enfermedades:

- I.- Enfermedad parodontal.
- II.- Lesiones traumáticas (fractura de hueso o de raíz).
- III.- Abscesos periapicales.
- IV.- Quistes o tumores de ambos maxilares.
- V.- Displasia fibrosa.

ERUPCION RETARDADA DE LOS DIENTES. Este retardo_ en la erupción puede deberse a:

- I.- Dientes en malposición o impactados.
- II.- Quistes.
- III.- Odontomas.
- IV.- Hueso esclerosado.
- V.- Tumores.
- VI.- Desarrollo defectuoso.

Si encontramos un retardo generalizado, el clínico deberá de considerar otras posibilidades como anodoncia, - disostosis, cleidocraneana o hipotiroidismo.

XEROSTOMIA. (Boca seca). Puede resultar de los si-

güientes desórdenes:

- I.- Inflammaci3n local.
- II.- Infecci3n o fibrosis de las glándulas salivales.
- III.- Estados de deshidrataci3n.
- IV.- Terapias a base de Atropina.
- V.- Enfermedades autoinmunes.
- VI.- Problemas psicossomáticos.

EXCESIVA SALIVACION. Cuando se queja el paciente de excesiva salivaci3n, ésto puede estar relacionado también con problemas psicossomáticos. Puede estar relacionado también con dentaduras completas nuevas, y si continúa puede ser causa de aumento o disminuci3n de la dimensi3n vertical.

ALGUNA HINCHAZON.- Cuando la queja principal de un paciente se refiere a alguna hinchaz3n o tumefacci3n, debemos considerar las siguientes entidades como psobile causa de ello:

- I.- Inflammaci3n o infecci3n.
- II.- Quistes.
- III.- Fen3menos de retenci3n.
- IV.- Hiperplasias inflamatorias.
- V.- Tumores benignos o malignos.

MAL SABOR DE BOCA. Puede ser causado por lo si-

guiente:

- I.- Enfermedad parodontal.
- II.- Guna.
- III.- Enfermedades intraorales (gastrointestinales).

APARICION Y CURSO DE LA ENFERMEDAD

La siguiente clasificación de la presentación y - el curso de la enfermedad está relacionada al índice de - crecimiento de algunos abultamientos específicos y ha pro- bado ser de utilidad.

- I.- Masas que aumentan de tamaño inmediatamente antes de ingerir alimentos.
 - a) Fenómenos de retención de saliva.
- II.- Masas de crecimiento lento (duración de meses a - años)
 - a) Hiperplasias
 - b) Infecciones crónicas
 - c) Quistes
 - d) Tumores benignos.
- III.- Masas de crecimiento moderadamente rápido (de se- manas a aproximadamente dos meses).
 - a) Infecciones crónicas
 - b) Quistes
 - c) Tumores malignos.

- IV.- Masas de crecimiento rápido.
- a) Abscesos (dolorosos)
 - b) Quistes infectados
 - c) Aneurismas (indoloros)
 - d) Fenómenos de retención de saliva (indoloros)
 - e) Hematomas (indoloros, pero duelen cuando se les aplica presión).
- V.- Masas (acompañadas de fiebre)
- a) Infecciones.
 - b) Linfomas.

REEXAMINACION DE LA LESION

A esta altura del exámen físico, etc., se nos presentan frecuentemente preguntas sin respuesta, y posiblemente se querrá reexaminar la lesión para reevaluar los descubrimientos o juicios anteriores o para completar mejor alguna observación de último momento. Por ejemplo, si encontramos que la lesión es suave, él querrá determinar si:

- I.- Es fluctuante
- II.- Si puede ser drenada
- III.- Si se blanquea "izquemia" bajo presión
- IV.- Es pulsante o
- V.- Produce gas o líquido por aspiración y que es lo que encontramos en este aspirado.

Por otro lado, si la lesión es firme, él querrá - determinar su extensión, si es fácilmente móvil, si está_ unida a la mucosa o a los tejidos subyacentes ésta, etc..

CLASIFICACION DE LA LESION

Para cuando el clínico ha llegado a este punto -- dentro de la secuencia del diagnóstico, él deberá de ser_ capaz de clasificar la lesión de acuerdo a que si se ha - originado en hueso o en tejidos blandos. Habiendo llegado a una conclusión, él procederá a describir la lesión en - términos de su apariencia clínica y radiográfica.

Por ejemplo, las lesiones de los tejidos blandos_ serán subclasificadas como blancas, exofíticas, ulcera- - das, etc., mientras que las lesiones de hueso serán cate- gorizadas como: radiolúcidas, periapicales, radiolúcidas_ de apariencia quística, radioopacidades múltiples, etc.

Ya que las lesiones en las páginas siguientes de_ esta tesis han sido clasificadas y los capítulos organiza- dos a base de su apariencia clínica y radiográfica, el -- clínico que recurra a este libro podrá utilizar el mismo_ método para describir la lesión que éste encuentre y por_ lo tanto facilitará sus consultas entre paciente y libro.

DESARROLLO DEL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El proceso de desarrollo de un diagnóstico diferencial puede ser definido brevemente dentro del contexto de esta explicación de cómo reacomodar la lista de posibilidades de diagnóstico, con la lesión más probable al principio de la lista y las menos aceptables al final de la misma.

Actualmente, el proceso de colocar la lesión de acuerdo a su grado de severidad puede resultar bien complicado, mientras el clínico intenta (comparar, colocar) las características de una lesión que está sometida a examinación con las características específicas de su lista.

Para convertirse en un clínico competente y para lograr manejar el difícil arte de dictar un diagnóstico diferencial, no sólo deberá él de estar familiarizado con los signos y síntomas producidos por un gran número de enfermedades, sino que deberá también de poseer un conocimiento estadístico relativo a la incidencia de cada padecimiento. Es de particular importancia que él esté al tanto de la relativa incidencia de lesiones individuales, ya que el diagnóstico diferencial completo, la lesión que ocurre más comúnmente estará colocada por arriba de las menos comunes en este sitio, a menos que otras características específicas irrumpan y modifiquen la elección de su

agrado.

Consecuentemente es de suma importancia y recomendable que durante el desarrollo del diagnóstico diferencial, el clínico clasifique las lesiones de acuerdo a la relativa frecuencia de ocurrencia, como se encuentra en la lista al comienzo de cada capítulo, sin embargo, él deberá realizar que muchas circunstancias podrán modificar la frecuencia o secuencia general: edad, raza, país de origen y localización anatómica.

EDAD. La edad de un paciente modifica de manera significativa la colocación de la lesión. Por ejemplo, -- una úlcera que ocurre en el piso de la boca de un hombre de 50 años de edad, indica la alta posibilidad de carcinoma de células escamosas, pero dicho diagnóstico sería el menos indicado para el diagnóstico de una úlcera en un niño de 10 años. La tabla 4-1 y 4-2 agrupan las lesiones de los tejidos blandos y duros que muestran una particular tendencia en aparecer en pacientes de acuerdo a la edad que poseen.

SEXO. El hecho de que ciertas lesiones ocurran más frecuentemente en hombres o en mujeres, también contribuye a la decisión de enlistar las lesiones en el diagnóstico diferencial. Como ejemplo, el carcinoma de célu-

las escamosas afecta a los hombres con una frecuencia de 2 a 4 mayor que a las mujeres. De otra manera, alrededor del 80% de los cementomas periapicales ocurren en la mayor de las veces en las mujeres de más de treinta años de edad. La tabla 4-3 agrupa a las lesiones de los tejidos blandos que prefieren atacar ya sea a los hombres o a las mujeres.

RAZA. La importancia de las influencias raciales y hereditarias en la incidencia de algunos padecimientos, está ilustrada por el bien conocido hecho de que los pacientes afectados por anemia de células en forma de hoz son de raza negra. También la cementosis difusa ocurre predominantemente en mujeres de raza de más de treinta años de edad.

PAIS DE ORIGEN. La información obtenida concierne al país de origen o de residencia puede proporcionarnos una clave importante para identificar la enfermedad. El linfoma de Burkits nunca ataca a personas que no tengan antecedentes de un origen africano. También el gran aumento en el consumo del tabaco de mascar en Norteamérica está relacionado con la mayor incidencia del carcinoma verrucoso en las regiones intraorales.

LOCALIZACION ANATOMICA. La manera en que la lo

calización anatómica de una lesión puede afectar a la manera en que vamos a colocar a esta lesión dentro de la lista de posibilidades del diagnóstico diferencial; está ilustrada por los siguientes ejemplos:

- I.- Aunque el labio inferior es un lugar común para el desarrollo del mucocele, es un sitio raro para la aparición de un tumor de las glándulas salivales, ambas posibilidades deben de ser tomadas en cuenta en la lista del posible diagnóstico.
- II.- La parte posterior del paladar duro es una localización característica para un tumor de glándulas salivales menores pero en cambio en un lugar muy poco común para la aparición de un mucocele.
- III.- Aunque la parte posterior del paladar duro es un sitio característico para la presencia de un tumor de glándulas salivales, esta lesión nunca se presenta en el paladar duro anterior ni en la --gingiva.

Es importante enfatizar que los datos pertinentes que preceden son solo algunos ejemplos de un largo -

cuerpo de información general concerniente al comporta--
miento natural que el clínico adquirirá de su experien--
cia clínica. . Además del conocimiento proveniente de --
los cursos formalmente estructurados durante su aprendi--
zaje como alumno.

Después que se han colocado a las lesiones de --
acuerdo a su grado de agudeza (severidad) y de acuerdo_
a la incidencia de las mismas, el siguiente paso es el -
de comparar la información pertinente, signo, síntoma, o
alguna otra causa que encontremos en la examinación del_
paciente con las características usuales de las lesiones
en la lista.

La lesión que muestre más correlación con los --
descubrimientos presentes será ranqueada en el sitio --
más alto y la lesión que tenga menos será la que sea ran
queada más abajo en la lista. Aunque la anterior coloca
ción o enlistado de las lesiones de acuerdo a su frecuen
cía será modificado en este momento.

DOS O MAS LESIONES PRESENTES. De tiempo en tiem
po el clínico examina pacientes con varias combinaciones
de lesiones. .Posiblemente un paciente se presenta con --
dos tipos de lesiones en la cavidad oral. Algún otro pa-
ciente puede que tenga una lesión en la cavidad oral y -
alguna otra en el cuello. Y aún más, en otro paciente -

la examinación revelará una lesión en la cavidad oral y alguna otra en un sitio muy distante, por ejemplo en el pulmón. Después de haberlo pensado se presenta obvio que es necesario desarrollar el diagnóstico diferencial de acuerdo o en base a seguir las distintas líneas de contraste de cada lesión en cada caso. Básicamente cuando dos o más lesiones están presentes se deberán de considerar las siguientes siete posibilidades:

I.- Las lesiones están relacionadas a:

- a) La lesión A y la lesión B son idénticas (dos úlceras aftosas).
- b) La lesión B es secundaria a la lesión A (tumores metastásicos o tumores primarios).
- c) La lesión A es secundaria a la lesión B (tumores metastásicos o tumores primarios).
- d) La lesión A y la lesión B ambas son secundarias a una tercera lesión que puede estar oculta (tumores metastásicos y tumores primarios).
- e) La lesión A y la lesión B son manifestación de enfermedades sistemáticas (infecciones, histiocitosis, etc.).
- f) La lesión A y la lesión B forman parte de un síndrome (neurofibromas múltiples de la enfermedad de von Recklinghausen).

II.- Las lesiones estan completamente sin relacionarse y ocurren al mismo tiempo como consecuencia de una mera casualidad.

DESARROLLO DEL DIAGNOSTICO DE TRABAJO (DIAGNOSTICO OPERACIONAL, DIAGNOSTICO TENTATIVO, IMPRESION CLINICA)

Aunque el clínico ha completado el diagnóstico diferencial, él no está completamente preparado para tratar la lesión. El ahora deberá checar la credibilidad de su elección. Esto es realizado por medio de otra examinación de la lesión, preguntando al paciente más objetivamente para poder llegar a expander la historia, posiblemente por medio de exámenes adicionales, y finalmente revaluando todos los datos que han sido acumulados. Una vez que su validez ha sido comprobada, las elecciones principales serán nombradas o conocidas como el diagnóstico de trabajo o como la impresión clínica. El clínico podrá en algunos casos estar completamente seguro de su elección número uno dentro del rank de posibilidades de manera que podrá excluir a todas las demás.

El diagnóstico de trabajo deberá indicar el manejo más adecuado especialmente si éste tendrá que ver con la cirugía, porque ayudará al cirujano a hacer su plan de operación; cuánto tiempo ocuparemos el quirófano, qué ti

pos de instrumentos utilizaremos, si se realizará una -- biopsia incisional, si deberemos de tener sangre en un -- momento dado y de qué tipo deberemos tenerla.

Antes de que la cirugía llegue a comenzar, el -- cirujano procederá a realizar una última prueba, y ésta -- será la de aspirar la lesión. Esta es una medida de pre -- caución en ciertas instancias ya que ésta regirá la iden -- tificación de tumores vascularizados y por lo tanto evi -- tando la peligrosa sorpresa que representa para el ciru -- jano el encontrar un tumor vascular no identificado.

FORMULANDO EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En la mayoría de los casos el diagnóstico final -- está o es determinado por el laboratorio de patología -- oral, cuya evaluación de las biopsias le proporcionará -- el dictámen final. En algunas circunstancias la fotogra -- fía microscópica es casi el diagnóstico. En otros casos, -- sin embargo, la película del microscopio será tan equí -- voca que el patólogo deberá de depender de los síntomas -- clínicos.

En otros casos (ejemplo: un quiste traumático va -- cío), el clínico deberá de establecer al tiempo de la -- cirugía el diagnóstico final ya que algunas veces no -- contamos con un espécimen que pueda servirnos para po --

der emitir el diagnóstico definitivo.

REFERENCIAS

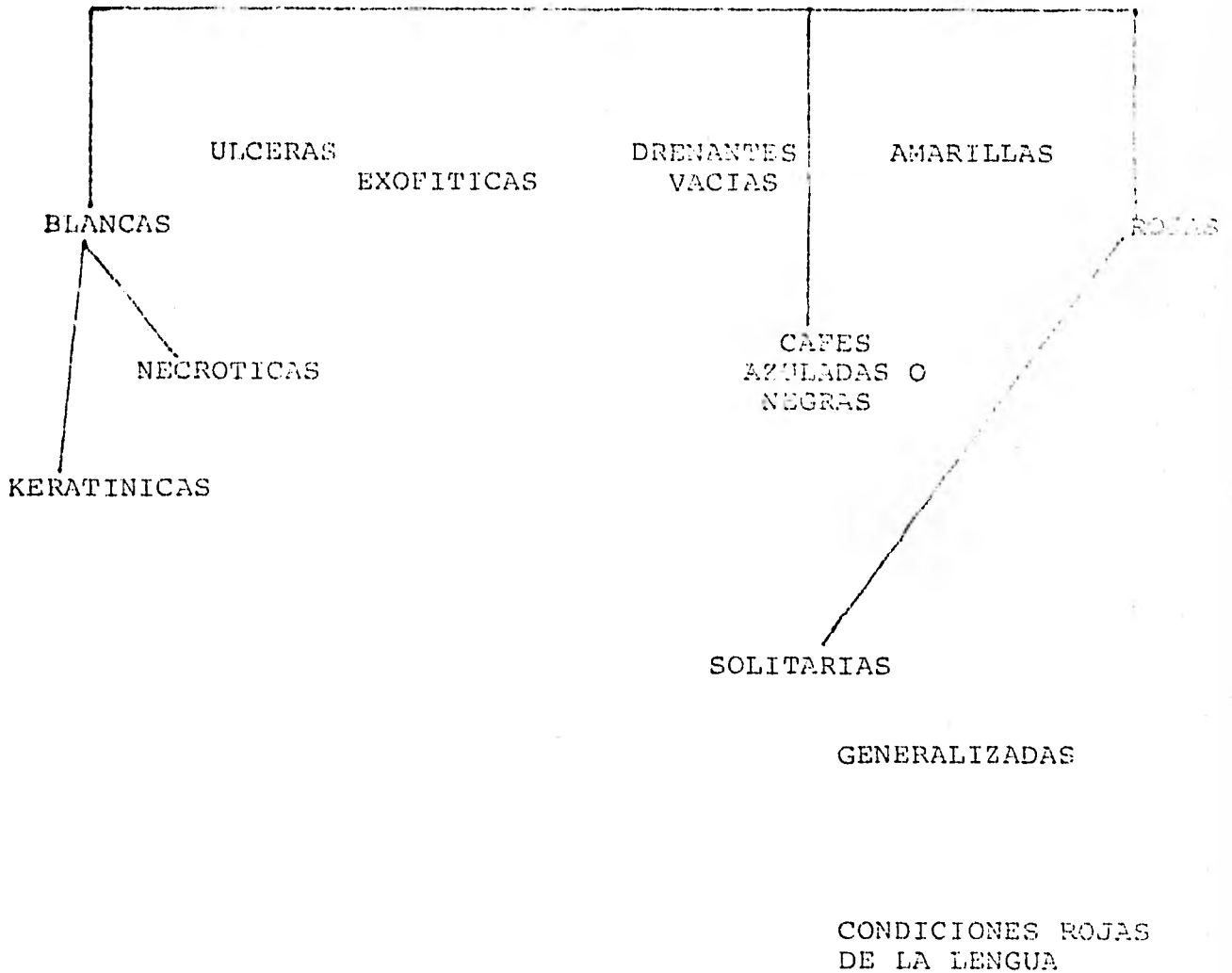
Mitton, D.A.; Eversoie, L.R.; Kramer, A.S.; Ystern, M.:
Clinical Patological Reference: Case 16, Part. 1
and Part. 2. Stafnes bone cyst of the mandible,
and currente. Pulmonary cocci dicldomycosis, D.
Oral Surgery. 34.- 616-617, 715-716, 1976.

Págs. 50-57.

P A R T E I I

LESIONES DE LOS TEJIDOS B L A N D O S

LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS



CAPITULO IV

LESIONES BLANCAS DE LA MUCOSA ORAL

Enseguida se muestra una lista de las lesiones blancas más comunes que pueden instalarse en la mucosa oral.

ENTIDADES KERATINICAS BLANCAS

Leukoedema

Línea alba bucales

Leucoplasia

Estomatitis nicotínica del paladar de fumador

Lesión de labio de fumador de cigarro

Glositis migratoria benigna y nuucositis

Líquen plano

Lengua pilosa blanca

Papiloma

Verruca vulgaris

Carcinoma verrucoso

Candidiasis queratócica crónica

Nevus blanco espinoso

Lupus eritematoso

Dermatitis herpetiforme

Disqueratosis congénita

Hiperplasia epitelial focal
 Hiperqueratosis focal palmoplantar y gingival --
 marginal
 Hiperesplenismo y leucoplasia oris
 Hipovitaminosis A
 Psoriasis

LESIONES BLANCAS NECROTICAS, FLOJAS, LIBRES PSEUDOMEM-
 BRANOSAS

Placa
 Ulcera traumática
 Granuloma piogénico
 Quemaduras químicas
 Gingivitis ulcerosa necrosante aguda
 Candidiasis
 Ulceras necróticas de enfermedades sistémicas
 Estomatitis difusa gangrenosa.

Raras:

Difteria
 Mucositis a causa de metales pesados
 Noma
 Abscesos superficiales
 Síndromes de hipoparatiroidismo, candidiasis fa-
 miliar
 Síndromes de hiperparatiroidismo hiperpáxico, enfer-

medad de Adisson, Candidiasis.

Chancro sifilítico

Tuberculosis.

Las lesiones blancas de la mucosa oral deben de ser divididas comúnmente dentro de dos grupos: aquellas que no pueden ser separadas con un abatelenguas (la mayoría queratínicas) y aquéllas que sí pueden ser desprendidas con el abatelenguas (flojas, pseudomembranosas y de tipo necrótico). Este capítulo está dividido de la misma manera: la primera parte trata con las entidades queratónicas (que como grupo son las lesiones blancas más usuales) y en la segunda parte trata a las de tipo pseudomembranoso o que son fácilmente desprendibles.

Un tercer tipo, la lesión vesiculobulbosa, que tiene una apariencia blanca o blanquecina deberán de ser consideradas como lesiones blancas particularmente durante el proceso de examinación.. Fig. 5-1.

Sin embargo, cuando el clínico avanza hacia el diagnóstico diferencial, él encontrará más común y conveniente el agrupar estas lesiones por sí mismas o dentro de las condiciones rojizas generalizadas. Se proporcionó ésta información al principio de este capítulo para alertar al estudiante del hecho de que estas lesiones son -- igualmente blancas cuando éstas vesículas están intactas

y permanecen así durante dos o tres días después de que estas se rompen.

ENTIDADES BLANCAS QUERATOTICAS

Para el clínico poco experimentado la mucosa oral sólo aparecerá de un color rosado, sin darse cuenta el de la gran variedad de tonos que van del rosa claro (casi blanco, al rojo obscuro, casi color café obscuro) al rojo profundo. Mientras su experiencia aumenta y mientras su observación se vuelve más aguda, él descubrirá la gran gama de tonos rosas que son característicos de la mucosa oral normal, variando del rosa obscuro (rojizo) a un rosa bastante pálido (casi blanco). Además él estará más familiarizado con las localizaciones de la mucosa en la cavidad oral en donde estos cambios tienen lugar. Más aún, él será capaz de comprender dichas reacciones o variaciones con base a la estructura microscópica y su función.

La variedad de colores y características así como la estructura morfológica de la mucosa oral están relacionados en parte a la influencia mecánica de la masticación. Las superficies que están expuestas a la estimulación vigorosa causada por la masticación de alimentos duros responde formando un epitelio más grueso, posible-

mentemente con más cantidad de queratina, cubriendo ésta, y usualmente un tejido conectivo subepitelial más fibroso y menos vascularizado.

Estas superficies componen la mucosa masticatoria y aparecen de color casi blanco. La membrana mucosa del paladar duro, la encía adherida, y la superficie dorsal de la lengua. Fig. 5-2.

Por otro lado, las superficies que están protegidas forman muy poca queratina, tiene una capa subepitelial menos fibrosa, más vascularizada, y tienen un color más rosado como lo es el vestíbulo, piso de la boca y regiones retromolares. Se dice que estas superficies cubren la mucosa.

Las variaciones individuales en el color de la mucosa oral serán aparentemente expresión de uno o más factores genéticos. Esto es, algunas personas forman queratina como resultado de un estímulo menor mientras que otros necesitan estímulos fuertes para producir una queratinización mínima.

El clínico deberá saber también el hecho de que la concentración de hemoglobina afecta la intensidad de este color "rosa". Por ejemplo, un paciente con policitemia tendrá una mucosa más roja que un paciente con anemia.

En algunas regiones la queratinización normal y el engrosamiento epitelial serán tan marcados que parecerán patológicos, ejemplo de ello son el leucoedema y la línea -- alba.

LEUCOEDEMA

El leucoedema es una variación bastante frecuente que ocurre en la mucosa oral normal. Aparece como una opalescencia blanquecina lechosa en la mucosa bucal. -- Aunque su etiología es desconocida, el leucoedema puede que aparezca como resultado de la función masticatoria y se ha demostrado que es también causa de una higiene oral muy pobre (Martin and Crump, 1972). Los estudios realizados demuestran que su formación no está relacionada -- con el uso del tabaco, sífiles o maloclusión, pero se encuentra un aumento en la incidencia con el aumento de la -- edad. Martin y Crump (1972), reportan que alrededor del 50% de los negros adolescentes y niños tienen esta cir-- cunstancia, y es una observación normal en el 90% de los negros adultos. Aunque el porcentaje en los blancos -- afecta aproximadamente al 45%. Durocher y sus colaboradores demostraron que bajo buenas condiciones de iluminación podremos encontrar durante el examen médico que esta leucoedema se presenta en el 93% de los pacientes -- blancos bajo examinación. Estudios mucho muy complejos.

han demostrado que este padecimiento no presenta cambios malignos.

CARACTERÍSTICAS. El leucoedema es completamente asintomático y se puede encontrar durante la rutina de -examinación física de la cavidad oral. Aunque se encuentre frecuentemente en la mucosa oral bucal, en el paladar blando, etc., el grado de severidad varía desde una película transparente, la cual requiere de una observación minuciosa para poder apreciarla bien, a una opalescencia más densa y con un desdoblamiento de su superficie (Fig. 5-3 y 5-4). El leucoedema no es desprendible con un abatelenguas.

Microscópicamente se puede observar un engrosamiento del epitelio combinado con un edema intracelular. Se puede presentar también acompañado de hiperparaqueratosis de un grosor variable (Fig. 5-3).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. Las lesiones que pueden ser confundidas con el leucoedema son : Leucoplasia, lesiones causadas por mordedura del labio y nevus esponjoso blanco.

TRATAMIENTO. Ya que ésta es una variante normal, su reconocimiento es importante aunque no requiere trata-

miento.

LINEA ALBA BUCALIS

La línea Alba (línea blanca) es una marca en la mucosa bucal a nivel del plano oclusal y que se extiende horizontalmente de la comisura de los labios hasta los dientes posteriores. Usualmente es en forma bilateral y puede que aparezca sumamente bien marcada en algunas personas (Fig. 5-5).

Ya que ésta se presenta en el plano oclusal y en forma de acuerdo al contorno de los dientes se piensa que es resultado de un ligero trauma oclusal de la mucosa bucal. Esta idea queda más reforzada aún por el hecho de que la línea alba es frecuentemente más predominante en personas que tienen muy poco overjet en los premolares y molares. La intensidad de esta línea alba varía de persona en persona estando presente en algunas y ausente en otras. Histológicamente se presenta un aumento en el grosor o hiperorthokeratosis en dicha zona.

LEUCOPLASIA

La leucoplasia (*). Cuando encontramos una lesión blanca en la mucosa oral el clínico deberá determinar si esta lesión es fácilmente desprendible. Si no lo es, entonces todas las cavidades pseudomembranosas y desprendibles deberán ser descartadas, y las siguientes variedades queratóticas deberán ser consideradas: lesiones ocasionadas por mordidas de la mejilla, líquen plano, verruga vulgaris, leucoedema y nevus blanco esponjoso.

El nevus blanco esponjoso es la entidad menos común en este grupo. Además esto ocurre casi inmediatamente después del nacimiento o por lo menos durante la pubertad, y ésta está distribuida ampliamente alrededor de la mucosa oral. En contraste, la leucoplasia está presente en la mayoría de los pacientes que tienen más de 40 años y por lo general no se encuentra distribuida por toda la cavidad oral sino se encuentra confinada en pequeñas zonas.

(*) Anteriormente un gran número de Patólogos usaron el término Leucoplasia para describir una apariencia o una formación patológica específica. Ahora casi todos los patólogos usan este término para describir solamente a un parche que no puede ser diagnosticado como ninguna otra enfermedad, causada por la irritación crónica en la membrana mucosa oral, y solo de esta manera será utilizado éste término en el presente trabajo.

El leucoedema es fácilmente diferenciable de la leucoplasia porque ocurre generalmente en la mucosa bucal cubriendo frecuentemente la mayoría de la superficie oral de la mejilla y extendiéndose hacia la mucosa labial teniendo esta un color blanco lechoso opalescente.

Aunque la definitiva blancura que caracteriza a la lesión leucoplásica no es una característica de un caso leve de leucoedema. Sin embargo, el diseño que presenta el leucoedema en forma de dobleces encimados distingue a este de una lesión de leucoplasia.

La Verruga Vulgaris deberá ser diferenciada del tipo verrugoso de Leucoplasia; y esto es posible usualmente debido a que la Verruga vulgaris no se presenta frecuentemente en la cavidad oral y además ésta es una pequeña lesión elevada de apenas 0.5 cm. de diámetro. Por otro lado, la leucoplasia verrugosa tiende a ser mucho más larga y se encuentra siempre circunscrita por mucosa inflamada, una característica que no se encuentra en la Verruga vulgaris. Además si es posible identificar algún tipo de trauma crónico en esta área el diagnóstico de Leucoplasia queda aún más.

Ya que el carcinoma verrugoso puede desarrollarse a partir de una lesión de leucoplasia, el clínico debe de

cidir o establecer si ésta lesión es elevada (exoftica), lo suficientemente como para sospechar del carcinoma verrugoso.

El líquen plano aparecerá como una lesión en forma de placa y en esta circunstancia puede ser confundido con leucoplasia. A diferencia de la leucoplasia que casi siempre es una lesión solitaria, el líquen plano se presenta como varias lesiones distribuidas alrededor de la cavidad oral, también las lesiones del líquen plano pueden desarrollar diferentes configuraciones simultáneamente dentro de la misma boca (ej: placas blancas, bolas y erupciones). Cuando dicha variedad de lesiones se presenta, el distinguir ambas enfermedades se facilita aún más. Y si estas lesiones están acompañadas por lesiones blanco rojizas en la piel, esto favorece el diagnóstico del líquen plano.

El identificar las lesiones causadas por mordidas en la mejilla puede constituir un problema para el clínico en el paciente que crónicamente se muerde la mejilla, la mucosa tiene una coloración blanquecina debido al engrosamiento del epitelio y al aumento de queratina. En períodos especialmente de tensión y stress, el paciente "muerde", actualmente pedazos de tejido, produciendo una lesión blanquecina en forma de placa con una superficie

erosionada que puede motivar que el clínico piense en un carcinoma de células escamosas (Fig. 5-11, 6). El cuestionamiento cuidadoso acerca de las condiciones del paciente indicará entonces la causa de esta situación y así se facilitará el diagnóstico adecuado. Las revisiones periódicas revelaron la regresión de la erosión cuando el hábito es eliminado o modificado.

LIQUEN PLANO

El líquen plano es una compleja enfermedad mucocutánea de la cavidad oral de etiología desconocida. Esta puede presentarse con una variedad en la apariencia de las lesiones, algunas de las cuales son blancas. Existen tres tipos básicos de lesiones: Queratónicas, en forma de Buja y Erosivas. Esta enfermedad afecta a menos del 1% de la población y parece no existir relación entre esta enfermedad y el uso del trabajo. Esta enfermedad afecta principalmente a gente nerviosa y particularmente cuando están bajo algún tipo de disturbio de tipo psicológico. Estos pacientes padecen frecuentemente de exacerbaciones de líquen plano cuando hay períodos de stress emocional severo, y esta remite cuando esta crisis personal se ha resuelto.

Durante las últimas décadas varios reportes han

indicado que el líquen plano oral puede estar asociado --
con la diabetes melitus.

También se han reportado estudios que indican --
que existe un aumento en la incidencia del cáncer de cé-
lulas escamosas en los pacientes con líquen plano oral.

CARACTERISTICAS

La mayoría de los casos de líquen plano son del -
tipo queratótico, y además son asintomáticas. Las lesio--
nes del tipo buloso y las del tipo erosivo pueden causar_
dolor y sensaciones de quemadura. Alrededor del 65% de --
los pacientes son mujeres y aproximadamente el 80% de --
ellos tienen 40 años o más. Las lesiones iniciales de lf
quen plano pueden aparecer ya sea en la piel o en la mem-
brana mucosa oral.

Las lesiones queratóticas se presentan en una va-
riedad de diferentes formas. El patrón reticular que po-
see un bordado de líneas blancas muy finas (estrias de --
Wickham) es la apariencia más reconocida y es prácticamen-
te patognomónica para el líquen plano (Fig. 5-17). Sin_
embargo, existen otras formas de lesiones blancas tales -
como placas, formas anulares, círculos y formaciones de -
pétalo de flor. (Fig. 5-18).

Por la experiencia podemos decir que cuando otro tipo de lesiones están presentes, un examen cuidadoso de la mucosa oral y de los labios nos revelará casi invariablemente una pequeña área de estrías de Wickham. . Casi siempre en la periferia de alguna de las lesiones. Dicho descubrimiento identifica esencialmente a esta Pathosis como líquen plano. Aunque parece ser que no existe ninguna área de la mucosa oral que sea inmune. Siverman y -- Griffeth (1974) reportaron que las siguientes localizaciones eran las principalmente involucradas (enlistados en orden descendente de frecuencia).

Mucosa bucal	(85%)	Paladar
Gingiva		Piso de la boca
Lengua		Borde Vermellon

Las lesiones de la piel son pequeñas pápulas planas que pueden llegara aunirse para formar placas planas más grandes o nódulos (Fig. 5-19). Los bordes están suavemente controrneados y bien demarcados de la piel circundante. Estas son de color rojo púrpura y están casi siempre cubiertos de una membrana semitransparente. También pueden estar presentes algunas finas líneas grises (Wickham) en su superficie.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La leucoplasia, las reacciones liquetroides causadas por algún tipo de drogas, lesiones causadas por mordidas en la mejilla, el leucoderma, la lengua geográfica ectópica, el lupus eritematoso y el nevus blanco esponjoso. Deberán ser diferenciadas de las lesiones de liquen plano.

El nevus blanco esponjoso puede ser eliminado de consideración, ya que este se manifiesta al nacimiento o en la pubertad; mientras que el 98% de las lesiones de liquen plano ocurren en pacientes que tienen más de 30 años de edad.

El lupus eritematoso puede ser identificado como lesiones blancas queratínicas rodeadas o no por mucosa oral eritematosa. Sin embargo, estas lesiones queratínicas no siguen un patrón específico. Además la apariencia en plumas o en copos de estas lesiones de lupus nos ayudan en el diagnóstico (Fig. 5-20). En el lupus sistémico los cambios que se presentan en la sangre son diagnósticos.

La lengua geográfica ectópica puede ser distinguida por el hecho de que sus lesiones tienen un centro rojo

con bordes ligeramente levantados y además estos son blancos. Aunque las lesiones blancas de líquen plano pueden aparecer con una gran variedad de formas y de distribución, y estas pueden llegar a cambiar, dichos cambios tienen lugar de una manera lenta y requieren de varias semanas para volverse aparentes.

El leucoedema es fácilmente reconocible, pero si llegan a presentarse arrugas en la zona, estas pueden ser confundidas por las estrías de Wickham por el clínico --- inexperto. Si se estiran las arrugas, estas desaparecen en el leucoedema y así permiten diferenciarlo del líquen plano.

En los casos en los que la mordedura de la mejilla está sobrepuesta sobre un leucoedema estos pueden ser fácilmente confundidos y puede ser necesaria una biopsia para identificarlos y distinguirlos. El hecho de que la -- blancura del leucoedema puede hacerse desaparecer estirando la mucosa bucal es una prueba de gran ayuda para diferenciarla. Excepcionales especímenes de lesiones de línea alba pueden llegar a ser confundidos con líquen plano.

Algunos pacientes tienen la costumbre de succionar la mejilla contra sus dientes y esto puede ocasionar

la formación de línea alba y que también pueden llegar a semejarse a las estrías de Wickham, en la mucosa bucal en donde esta tiene contacto con las coronas de los dientes (Fig. 5-5,B).

Las reacciones liquenoides causadas por la ingestión de drogas han llegado a ser reportadas. Aparentemente en dichos casos las drogas han inducido algunos cambios que asemejan ser estrías de Wickham del líquen plano.

Pueden existir varios grados de severidad de dichas lesiones queratóticas, que pueden ir de indoloras a severos casos de erosión de la mucosa (Fig. 5-21). Las siguientes drogas han sido implicadas: Methyldopa, Bismuto, derivados del oro, Meprobamato, Acido para Aminosalicílico.

La leucoplasia es la lesión más difícil de diferenciar del líquen plano. Cuando se encuentran lesiones cutáneas de líquen plano la distinción es fácil; o si las lesiones blancas intraorales tienen la forma de estrías de Wickham el diagnóstico también es más fácil. Sin embargo, como algunas veces sucede, el líquen plano se presenta como una lesión en forma de placa solitaria, este

disturbio puede ser incorrectamente diagnosticado como -- Leucoplasia ya que ésta se presenta casi siempre como una lesión solitaria. La diferenciación se vuelve a veces dificultosa ya que ambas entidades se presentan en pacien--tes de más de 40 años. El hecho de que la leucoplasia se presente más en hombres mientras que el líquen plano afecta más a las mujeres nos ayudará con una clave para saber acerca de la naturaleza de la lesión.

Banoczy y sus colaboradores en 1979 describen en un interesante reporte que las lesiones queratínicas que aparecen como leucoplasia y líquen plano son causadas por corrientes electrogalvánicas.

TRATAMIENTO

La mayoría de los casos de líquen plano (particularmente los de tipo queratínico) no requieren tratamiento más que la identificación y confirmación de la enfermedad para el paciente.

En unos estudios realizados por Silverman y Griffith (1974) se sugirió que parece existir un aumento en - el riesgo de desarrollar carcinoma de células escamosas - en las lesiones de líquen plano oral; dichos pacientes deben ser examinados periódicamente. A los pacientes que de

se quejan de sensaciones de quemadura locales, adolorimiento, encontrarán alivio con la aplicación de Triamcinolone con algún emoliente (e.g., Kemaloz), antes de acostarse. Los casos más severos responden a la administración sistémica de sedantes y cortisona.

LENGUA BLANCA PILOSA

La lengua blanca pilosa es una condición que se presenta en la superficie dorsal de la lengua y ésta es o tiene poca importancia clínica. La causa es todavía desconocida. Esta es resultado de una elongación de las papilas filiformes, debido esto al aumento de retención de queratina. Es mucho más común esto en los hombres que en las mujeres, y además casi nunca produce síntomas o causa problemas clínicos. El paciente puede llegar a alarmarse cuando de repente se da cuenta de la presencia de ésta. La longitud de las papilas puede variar de cortas a relativamente grandes y largas. Debido a la influencia de alguna dieta variada, esta lesión puede tomar diferentes colores. Farman (1977) reportó que los pacientes que tienen neoplasias malignas están más predispuestos a desarrollar esta condición.

Esta "enfermedad" no presenta un problema de diagnóstico, y el frecuente y suave cepillado de la super

ficie dorsal es el tratamiento de elección para los casos leves. Cuando las papilas adquieren un tamaño exagerado el cortarlas además de cepillarlas es un método de control efectivo.

PAPILOMA

El papiloma está clasificado como un tumor benigno del epitelio. Su causa es desconocida. Es una lesión poco frecuente en la cavidad oral. Si ésta se sujeta a una irritación crónica su superficie se verá cubierta por una capa de queratina y la lesión se verá blanca. Si esta no se somete a irritaciones, su color será rosa.

CARACTERISTICAS

El paciente puede quejarse de la presencia de una masa en la mucosa, o éste puede ser descubierto durante el examen oral de rutina. Esta es una lesión exoftica con una forma papilomatosa; esto es, la lesión casi siempre está pedunculada y tiene una superficie áspera en forma de coliflor (Fig. 5-23 y 5-24). El papiloma intraoral es casi más pequeño de 1 cm. de diámetro, pero puede llegar a crecer hasta varios centímetros.

En una revisión de 110 casos, Greer y Goldman reportaron que, aunque puede presentarse en cualquier parte

de la mucosa el papiloma se ve más frecuentemente en la -
lengua.

Los siguientes sitios son los de predilección en
orden decreciente de localización:

Lengua

Paladar

Mucosa bucal

Labios

Proceso alveolar mandibular

Piso de la boca

Esta lesión se presenta la mayoría de los casos -
en personas cuya edad varía entre los 21 y 50 años, debi-
do a que no se encontraron áreas displásicas en ninguno -
de 110 papilomas estudiados. Greer y Goldman concluye--
ron que los cambios malignos en los papilomas orales de--
ben ser sumamente raros si es que no se presentan del - -
todo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Las siguientes entidades deben ser diferenciadas_
del papiloma, verruga vulgaris, pseudopapilomatosa.

La verruga vulgaris aunque es común encontrarla -
en la piel, es poco común encontrarla en la cavidad oral.

Esta, por lo general, tiene una base sesil mientras que el papiloma es pedunculado; microscópicamente la verruga vulgaris tiene cuerpos redondos eosinófilos en las células - de la parte superior de capa de células granulares, estas se cree que son inclusiones virales que no se encuentran en el papiloma. Actualmente la distinción clínica entre la verruga vulgaris y el papiloma no es crítica ya que ambas son tratadas idénticamente. Algunos patólogos aún no distinguen entre el papiloma y la verruga vulgaris.

El condiloma lata y el condiloma acuminata (Fig. 5-27) puede verse idéntico al papiloma clínicamente. Sin embargo, estos son mucho menos comunes y una historia clínica cuidadosa nos revelará frecuentemente que el paciente ha experimentado prácticas de sexo oral con un individuo infectado.

Las hiperplasias pseudopapilomatosas son cambios epiteliales superficiales que pueden ocurrir en lesiones como las infecciones fungoides, sífiles y ameloblastomas periféricos.

Los cambios papilares pueden ser lo suficientemente severos como para producir una superficie empedrada, usualmente grandes aunque algunas veces aparece como lesión más pequeña (Fig. 5-28). Sin embargo, en la mayoría de los casos estas proliferaciones epiteliales tienen una

base sesil, por lo que la lesión no debe confundirse con un papiloma.

TRATAMIENTO

El papiloma deberá ser escindido por medio de una incisión elíptica en el tejido por debajo de la lesión. El tejido escisionado deberá someterse a un estudio microscópico para asegurar el diagnóstico final.

VERRUGA VULGARIS

La verruga vulgaris es un crecimiento exofítico del epitelio y que es una lesión muy común de la piel pero casi nunca se presenta oralmente. Si ha demostrado convincentemente que es causada por un virus (Wysocki y Hardte, 1979).

CARACTERISTICAS

La verruga vulgaris ha sido encontrada en la piel, en el borde vermellón de la lengua, y poco frecuentemente en la mucosa labial, bucal o en la lengua. Esta es una masa con una superficie irregular, rugosa y con apariencia de empeorado y con base amplia. Aunque no siempre puede ser diferenciada del papiloma, la forma de su superficie que presenta fisuras y depresiones son característi-

camente menos profundos y dicha masa es más sesil. Esta variará en cuanto a su color blanco dependiendo del grado de queratinización de su superficie (Fig. 5-30). Pueden ocurrir lesiones múltiples, y éstas más que nada representan un ejemplo de autoinoculación.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los aspectos diferenciativos de la verruga vulgaris son discutidos dentro del diagnóstico diferencial del papiloma.

TRATAMIENTO

La escisión completa de la lesión además de un estudio microscópico de la misma es el tratamiento adecuado para una lesión solitaria de verruga vulgaris. Los dermatólogos utilizan frecuentemente la fulgorización para remover las lesiones múltiples de la piel.

CANDIDIASIS QUERATOTICA CRONICA

La candidiasis hiperplástica crónica (Momiliasis) es una lesión queratótica que ha sido descrita por algunos patólogos como si difiriera de la imagen usual de candidiasis solo por el hecho de que no puede ser desprendida. En los casos de infecciones crónicas de bajo grado -

de *Candida Albicans*, los productos de fermentación pueden no estar lo suficientemente concentrados como para coagular a la superficie del epitelio sino que estas estimulan la producción y retención de queratina. La lesión resultante en tales casos es casi actualmente un tipo de leucoplasia (Fig. 5-31 y 5-32).

Microscópicamente la pseudohifa de *Candida Albicans* puede ser identificada en las capas superficiales -- de la queratina. Si es que los organismos *Candida* iniciaron la hiperqueratosis o son invasores secundarios de -- una lesión de leucoplasia no es posible de determinar debido a la experiencia; algunas de estas lesiones parecen ser resultado primariamente de los organismos *Cándida* ya que estos desaparecen después de la aplicación tópica repetida de crema de Nistatin. El tipo más común de candidiasis pseudomembranosa se discute en la sección de lesiones blancas pseudomembranosas sueltas, más tarde en este capítulo.

NEVUS BLANCO ESPONJOSO

El nevus blanco esponjoso es una condición hereditaria en la cual lesiones blancas se presentan en varias membranas mucosas del cuerpo (e.g., la mucosa oral, vagina, faringe). Esta enfermedad tiene un patrón heredita--

rio autosómico dominante y las lesiones pueden presentarse al nacimiento o pueden empezar y volverse más intensas en la pubertad.

CARACTERISTICAS

El nevus blanco esponjoso es una anormalidad de la membrana mucosa que varía considerablemente en cuanto a su severidad.

Algunas veces las lesiones blancas, las cuales tienen una superficie áspera, arrugada, se presenta sólo en la mucosa bucal; otras veces, puede estar esparcida e incluir casi toda la mucosa oral (Fig. 5-33). Las lesiones son asintomáticas y no muestran alguna tendencia a ser malignas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Clínicamente el nevus blanco esponjoso debe ser diferenciado del leucoedema, leucoplasia, líquen blanco, disqueratosis hereditaria benigna, intraepitelial.

Si es que el clínico es capaz de establecer que las lesiones están presentes desde el nacimiento o por lo menos desde temprana edad, entonces esto casi elimina por completo al líquen plano y a la leucoplasia debido a que

estas lesiones son poco usuales en pacientes que tienen --
menos de 30 años de edad. El leucoedema se encuentra --
con alguna regularidad en los niños aunque esto no es muy
pronunciado y la lesión sólo será una opalescencia blan--
quecina mientras que el nevus blanco esponjoso tendrá una
superficie áspera, rugosa y granular. Más aún, el esti--
rar el tejido obliterará al leucoedema pero no afectará -
la apariencia clínica que presenta el nevus blanco espon-
joso.

TRATAMIENTO

Usualmente la identificación propia es todo lo -
que se requiere ya que el nevus blanco esponjoso es be--
nigno.

Ocasionalmente se presentará una superficie "des-
carnada" como resultado de la descamación del epitelio -
engrosado, y serán necesarias varias aplicaciones de al--
gún paliativo para aliviar las sensaciones dolorosas y de
la sensación de quemadura.

R A R E Z A S

Las siguientes enfermedades pueden presentarse --
como lesiones blancas de la mucosa oral y que no pueden -
ser removidas raspando la zona con un abatelenguas, y por

ser tan raras no serán discutidas sino sólo nombradas:

Dermatitis Herpetiforme.

Disqueratosis Congénita.

Hipovitaminosis A.

Papiloma Invertido.

Lupus Eritematoso.

Psoriasis.

LESIONES NECROTICAS BLANCAS

PSEUDOMEMBRANOSAS, FLOJAS (SUELTAS)

Las lesiones flojas, pseudomembranosas, blancas necróticas en contraste con las lesiones queratínicas, pueden ser desprendidas de la mucosa con un abatelenguas,-- dejando una superficie descarnada sangrante. El material blanco puede ser epitelio de la superficie que es necrótico o que está coagulado o puede ser una mezcla de epitelio necrótico, proteínas del plasma y microorganismos.

PLACA (MATERIA ALBA)

La materia alba o placa se incluye aquí para completar más el trabajo, ya que puede llegar a ser confundido con una lesión. En algunas cavidades orales que presentan una particular higiene oral pobre, una mezcla de residuos de comida y bacterias pueden ser vistas como pla

cas blancas en la encía y en la mucosa alveolar y en los dientes (Fig. 5-40).

El clínico puede llegar a notar una mucosa ligeramente inflamada por debajo de la placa, después de que ésta ha sido removida con una gaza.

ULCERA TRAUMÁTICA

Algunas veces, la mucosa oral que ha sido "machacada" por un mecanismo traumático aparecerá como una lesión floja blanca (Fig. 5-41). Si existe una historia de episodios traumáticos, entonces esto será más que diagnóstico.

El clínico debe aprender que el paciente cuya resistencia es debilitada por una enfermedad sistémica puede llegar a desarrollar infecciones secundarias o gangrena en estas áreas lastimadas. Aunque, si la severidad de una lesión traumatizada parece ser o estar fuera de proporción a la intensidad del trauma precipitante, deberemos sospechar la existencia de una enfermedad sistémica -- por detrás de este hecho.

GRANULOMA PIOGENICO

El granuloma piogénico se discute con más exten--

sión en otros textos, de lesiones exofíticas. Sin embargo, lo mencionaremos aquí ya que ya que ésta particular variante de lesiones hiperplásticas inflamatorias tiene un área blanca de variado tamaño en su superficie (Fig. - 5-42).

Este material blanco es tejido necrótico que puede ser removido fácilmente con una gaza o con un abatelenguas. Esta necrosis es producida por el trauma mecánico - recurrente sobre esta lesión exofítica.

QUEMADURAS POR AGENTES QUÍMICOS

Las quemadas producidas por agentes químicos resultan frecuentemente de la aplicación que hace el paciente de analgésicos sobre la mucosa y generalmente es por medicinas tales como aspirina o acetaminofén. Sin embargo, otros casos pueden resultar, de la falta de cuidado del dentista al aplicar sustancias cáusticas sobre la mucosa.

Se ha visto frecuentemente una ligera descamación de la mucosa oral en pacientes nuevos que van a las escuelas dentales para ser atendidos. Invariablemente, cuando son interrogados estos pacientes admiten haber realizado vigorosos enjuagues bucales y cepillado de sus dientes, -

justo antes de asistir a la consulta. Evidentemente estos tratan de cubrir su mala higiene mediante un concentrado esfuerzo de limpieza oral de último minuto. Parece ser -- que la fuerte concentración de varios agentes causa la -- quemadura superficial de la mucosa.

La apariencia clínica de estas quemaduras en la -- mayoría de los casos depende de la severidad de la quemadura en los tejidos dañados.

Las quemaduras leves causan una mucositis localizada, mientras más severas sean las quemaduras esto coagulará la superficie y producirá una lesión blanca difusa. Si la coagulación es severa, el tejido fácilmente -- puede ser desprendido, dejando una superficie descarnada, dolorosa y sangrante (Fig. 5-43).

La identificación de estas lesiones es mejor realizada si determinamos por medio de la historia clínica -- los medicamentos o drogas que han sido aplicadas a la mucosa oral. El daño sobre la mucosa causado por un uso -- excesivo de enjuagues bucales o por dentríficos será mucho menos intenso y más diseminado que el daño más localizado causado por tabletas de analgésicos.

El tratamiento para estas quemaduras químicas -- será la aplicación de una capa protectora, tal como el --

orafase, y la iniciación de una dieta blanda.

Se puede administrar analgésicos sistémicos si el dolor es muy intenso, y se deberá advertir al paciente -- que las tabletas de analgésicos son para ser tomadas y no para ser aplicadas tópicamente.

GINGIVITIS ULCEROSA AGUDA NECROZANTE

(GINGIVITIS DE VINCENT - BOCA DE TRINCHERA)

Esta enfermedad es un desorden inflamatorio moderado de la gingiva, y que produce una destrucción necrótica ulcerativa del margen libre, cresta y papila interdental.

Las lesiones no tratadas casi siempre están cubiertas por una membrana blanco-grisácea que puede ser desprendida fácilmente, dejando una superficie en carne viva y sangrante. La etiología de la gunga es compleja.

Parece ser que no existe duda acerca de la existencia de condiciones predisponentes para que se desarrolle esta enfermedad y que la más importante de ellas es una disminución en la resistencia a la infección. Existe también evidencia de que la gingivitis y la parodontitis (higiene oral pobre) pueden predisponer a un individuo a adquirir gunga. La baja en la resistencia podría en cambio,

ser el resultado de una combinación de condiciones que -- producen stress y que pueden permitir el desarrollo de una superinfección, por los componentes de la flora oral normal.

CARACTERISTICAS

El paciente con gona se queja frecuentemente de -- estar adolorido de la encía, de tener malestar y dolor -- que se incrementa de cuando en cuando. También existen -- síntomas como lasitud, mal sabor, olor fétido, y existe la inhabilidad de comer adecuadamente. El paciente puede -- decir que estos episodios se presentan y recurren dn de-- terminadas ocasiones. La examinación clínica descubre ca -- si siempre que una o más papilas interdetales o aún todas las papilas de una arcada se encuentran destruidas por un proceso ulcerativo y que éstas están cubiertas por una -- pseudomembrana blanco grisácea (Fig. 5-44).

En casos severos este proceso se puede esparcir -- más allá de la papila e involucrar y destruir la encía -- marginal entre las papilas y entonces producir úlceras -- más extensas.

El paciente con gona puede tener la temperatura -- aumentada y usualmente presentar linfoademitis regional. Esta enfermedad se puede presentar a cualquier edad, pero

la mayoría de los casos afecta a pacientes entre los 17 y 35 años de edad. La guna no presenta predisposición por ningún sexo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La imagen de lesiones destructivas que han producido defectos en forma de trinchera en la papila interdental es prácticamente potognomónica de la guna, mientras este proceso no haya afectado otras áreas de la membrana mucosa.

Algunas lesiones similares pueden ocurrir en la anemia de células en forma de hoz.

Si el proceso necrótico gangrenoso ha involucrado otras regiones de la mucosa oral además de las papilas -- interdetales y encía marginal, entonces el diagnóstico será estomatitis gangrenosa difusa, cuya presencia sugiere la existencia de enfermedad sistémica debilitante.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la guna está dirigido hacia las 3 características de la etiología: (1) superinfecciones por microorganismos fusiformes anaeróbicos y espiroquetas, (2) el problema parodontal y gingival, y (3) la baja en la

resistencia del paciente a las infecciones.

Las fases agudas pueden ser tratadas por cualquiera de los procedimientos siguientes o también por medio de una combinación de éstos:

1. La administración de penicilina (500 mg) por lo menos por 5 días.
2. Una limpieza cuidadosa con cavitron, curetajes y debridamiento (Nota: esto se puede realizar con mucho menos molestia para el paciente si este proceso se propone unas 48 horas después de la aplicación de la antibioticoterapia).
3. Enjuagues orales con una solución al 3% de peróxido de hidrógeno en solución salina (1:3) 12 veces al día (es importante que el paciente entienda el rol que lleva la baja en su resistencia a las infecciones en cuanto a la enfermedad de su encía).

El modelado de la encía por medios quirúrgicos - después de la regresión de la enfermedad puede ser necesario.

CANDIDIASIS

La candidiasis es una infección provocada por un

hongo dimórfico con apariencia de yema, llamado Candida Albicans. Los organismos candida existen probablemente de una relación simbiótica antipatética con muchos de los otros organismos de la cavidad oral. (*)

Debido a que el candida albicans posee muy poca virulencia en la etapa de yema, deben presentarse algunos cambios en el ambiente local como para producir condiciones favorables para el aumento en el crecimiento de éstos y para que invadan los tejidos. Dichos cambios han sido identificados:

1. Una reducción o un cambio proporcional en la flora predisponen a una persona a la candidiasis.
2. Una reducción drástica en la resistencia de los tejidos también favorece a la infección.

Estas alternativas pueden ser afectadas ya sea por factores locales o sistémicos y pueden estar relacionados con la edad, estado hormonal y genéticamente.

Los cambios en la naturaleza física de las superficies de los tejidos que permiten la penetración y dan un medio compatible para el crecimiento de los organismos se ve frecuentemente.

(*) Una asociación entre grupos disímiles de organismos - que es ventajosa para uno pero desventajosa para otro.

Las infecciones secundarias de candida en la qui-
litis angular, eritema multiforme, leucoplasia son ejem-
plos de una candidiasis que resulta de una baja en la re-
sistencia de los tejidos locales.

CARACTERISTICAS

El paciente con candidiasis se quejará de tener -
una sensación de "quemadura", adolorimiento y algunas ve
ces dolor en el área de la mucosa afectada. La comida con
dimentada causará algún malestar debido a la aumentada --
sensitividad de la mucosa afectada. Puede que el pacien-
te reporte en la historia clínica el haber estado sometido
a una terapia de antibióticos de amplio espectro, ya -
sea por alguna dolencia en la garganta o por alguna infec
ción.

La infección oral puede mostrar unos finos depósi-
tos blanquecinos sobre un parque eritematoso de la muco-
sa o como unas placas más elevadas, pequeñas blancas que
tienen gran parecido a coágulos de leche (Fig. 5-45 y - -
5-46). La enfermedad puede variar en severidad de una re
gión solitaria a una lesión amplia difusa que compromete_
a varias superficies de la mucosa. La mucosa adyacente -
a, o entre, estas placas blancas aparecerá oscura y amo-
ratada. Estas placas o pseudomembranas pueden ser despren

didadas de la mucosa, dejando una superficie sangrante. -- Las zonas más frecuentemente atacadas son la mucosa bucal, el vestibulo, seguido por la lengua, paladar, gingiva, piso de la boca y labios. Un diagnóstico bien convincente puede realizarse por medio del examen microscópico de algunas de las pseudomembranas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Como regla todas las lesiones queratóticas discutidas en la primera parte de este capítulo pueden ser fácilmente eliminadas por el hecho de que éstas no pueden ser desprendidas fácilmente con un abatelenguas. Las siguientes entidades blancas necróticas deberán ser consideradas dentro del diagnóstico diferencial: quemaduras por agentes químicos, infecciones bacteriales superficiales, úlceras traumáticas, úlceras necróticas debido a enfermedades sistémicas.

Las úlceras necróticas y la estomatitis gangrenosa debida a enfermedades sistémicas debilitantes puede ser muy difícil de diferencial de la candidiasis debido a que esta última también la encontramos en pacientes con enfermedades debilitantes secundarias. Como regla, si la úlcera es profunda, entonces la candidiasis no será la causa primaria aunque de hecho dicha úlcera puede estar

infectada secundariamente con candida albicans.

Las úlceras traumáticas con superficie necrótica pueden en todas instancias estar relacionadas a una historia de trauma específico. Las infecciones bacteriales superficiales pueden ocurrir en pacientes con enfermedades debilitantes y de hecho pueden imitar a la candidiasis pseudomembranosa. Tyldesley y colaboradores (1979), describieron dichas lesiones en pacientes con transplantes renales que estaban recibiendo una terapia combinada de esteroides e inmunosupresores.

Debido a que sus lesiones orales también están cubiertas por pseudomembranas, la estomatitis gangrenosa puede ser confundida con candidiasis. Sus placas o pseudomembranas no están elevadas sobre la mucosa, pero cubren una lesión ulcerada que puede extenderse hasta hueso. También sus pseudomembranas son usualmente de un color gris, en contraste con la blancura de aquellas causadas por candidiasis. La estomatitis gangrenosa puede llevar una prognosis mucho más grave que la candidiasis, ya que el paciente puede estar gravemente enfermo con un padecimiento debilitante no controlado; aún así la candidiasis también afecta a pacientes terminalmente enfermos. Las quemaduras químicas en algunas instancias pueden semejar a la candidiasis. Esta distinción se realiza usualmen

te por medio de un interrogatorio exacto, descubriéndose entonces qué medicamento ha sido aplicado a la mucosa.

TRATAMIENTO

Si la candidiasis parece haber sido causada por una aplicación extensa y prolongada de antibióticos de amplio espectro, la droga deberá ser discontinuada y si es posible un antibiótico más específico y con espectro menos amplio deberá ser administrado. Una suspensión de Nistatin como enjuagues bucales ayudará. También puede ser útil la aplicación de trociscos vaginales de Nistatin. Esto parece ser que se debe a que la medicina está en contacto directo con los organismos causales por más tiempo.

ULCERAS NECROTICAS DEBIDAS A ENFERMEDADES SISTEMICAS Y ESTOMATITIS GANGRENOSA DIFUSA

Las úlceras necróticas pueden presentarse en las enfermedades sistémicas debilitantes como la leucemia, uremia, etc. Estas úlceras por lo general son profundas con una superficie blanca necrótica (Fig. 5-48). La mayoría de las veces estas comienzan como pequeñas lesiones que son infectadas crónicamente debido a una disminución en la resistencia del paciente.

ESTOMATITIS GANGRENOSA DIFUSA

Esta enfermedad es también un padecimiento oral - en el cual se forman pseudomembranas. Su causa es casi -- idéntica a la gona pero ocurre en pacientes extremadamente débiles. Debe ser diferenciada de la estomatitis gangrenosa localizada (noma). Una lesión solitaria, localizada y muy destructiva. (Fig. 5-49).

CARACTERÍSTICAS

Dicha enfermedad es casi siempre encontrada en -- pacientes con enfermedades severas debilitantes, tales como: diabetes, uremia, leucemia, estados nutricionales deficientes, envenenamiento por metales pesados. El paciente se quejará de lesiones orales dolorosas y de un olor - muy desagradable. Estas lesiones son múltiples, afectando varias superficies de la mucosa y están rodeadas por - un delgado margen inflamado. Estas lesiones están cubiertas por una pseudomembrana blanca, grisamarilla que puede ser removida fácilmente, dejando una superficie san- - grante. Estas pueden ser elípticas, lineares, etc., casi invariablemente existe linfoademitis.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Este está ya discutido bajo el diagnóstico dife-

rencial de Candidiasis.

TRATAMIENTO

El tratamiento local para este padecimiento es si milar al descrito para la gona, penicilina sistémica y -- enjuagues de peróxido de hidrógeno varias veces al día. - Esta condición tiene una prognosis mucho más pobre debido a las serias condiciones sistémicas presentes en el pa- - ciente, a menos que los problemas sistémicos puedan ser - mejorados, las lesiones orales serán difíciles de elimi-- nar completamente.

R A R E Z A S

Las siguientes ya sea que son entidades muy extrañas, o casi nunca ocurren como lesiones flojas pseudomembranosas de la mucosa oral, sólo serán mencionadas:

- Difteria
- Mucositis por metales pesados
- Noma
- Absceso superficial.
- Chancro sifilítico.

REFERENCIAS ESPECIFICAS

- Banoczy, J., Roed-Petersenn, B., Pinaborg, J.J., and Inovay, J.; Clinical and Histologic Studies on Electrogalvanically Induced Oral White Lesions, Oral Surg. 48: 319-323, 1979.
- Bernstein, M.L.: Oral mucosal white lesions associated with excessive use of listerine mouth wash, oral surg. 46: 781-785, 1978.
- Burry, J.N., and Kirk, J.: Lichendid drug reaction from methuldopa, Br. J. Dermatol. 91: 475-476, 1974.
- Durocher, R.T., Thalman, R., and Fiore-Danno, G.: Leukoe-dema of the Oral Mucosa, J. Am. Dent. Assoc. 85: 1105-1109, 1972.
- Farman, A.G.: Hairy Tongue (Lingua Villosa), J. Oral - Med. 32: 85-91, 1977.
- Goebel, W. M., and Duquette, P.: Mycotic infections -- associated with complete dentures: Report of Three Cases, J. Am. Dent. Assoc. 88: 842-894, 1974.
- Howell, F.V., and Rick, G.M.: Oral Liquen Dianus and Diabetes: A Potencial Syndrome, J. Calif. Dent. Assoc. 1:58-59, July 1973.
- Kowitz, G. M., Lucatorto, F.M., and Cherick, H.M.: Effects of Mouth Washes on the oral soft tissues, J. Oral Med. 31: 47-50, 1976.
- Neuman-Jensen, B.J., and Pindborg, J.J.: Smoking. Habits of 611 patients with oral liquen planus, Oral -- Surg. 43:410-415, 1977.

REFERENCIAS GENERALES

- Andreasen, J.O.: Oral Liquen Planus. I. A Clinical Evalua-tion of 115 cases, Oral Surg. 25: 31-42, 1968.
- Aufdemort, T.B., and McPherson, M.A.: Refractory oral candidiasis, oral surg., 46: 776-780, 1978.

- Hamner, J.E., Mehta, F.S., Pindborg, J.J., and Daftary, D.K.: An Epidemiologic and Histopathologic study of leucoedema among 50, 915 Rural Indian, Villagers, Oral Surg. 32: 58-65, 1971.
- Jones, J.H., and Rossel, C.: Candidal Infection and Leukoplakid, Br. J. Oral Surg. 11: 177-180, 1973.
- McLeran, J.H., Hale, M.L., and Higa, L.H.: White Sponge Nevus, J. Oral Surg. 26: 338-341, 1968.
- Miller, A.S., and Pullon, P.A.: Hard Raised Lesions in the Right Buccal Mucosa (Sialolith in Minor Salivary Glands), Dent. Survey 57: 28, 1979.
- Saunders, I.: Bohn's Nodules, Br. Dent. J. 132: 457-458, June, 1972.
- Tyldesley, W. R., and Appleton, J.: Observations on the Ultrastructure of the Epithelium in Oral Lichen Planus, J. Oral Pathol. 2: 46-57, 1973.
- Zegarelli, D.J.: Red. and White Intraoral Lesions, Dent. Survey 55: 34-42, 1979.

Págs. 61-97.

CAPITULO V

CONDICIONES INTRAORALES, CAFES, AZULADAS O NEGRAS

Las condiciones intraorales clasificadas como cafés, azules o negras, pueden ser categorizadas de acuerdo a si estas producen lesiones discretas circunscritas_ o si estas producen una coloración generalizada difusa - del paciente.

Diferentes tipos circunscritos:

Melanoplakia

Varicosidades

Tatuajes por amalgama

Petequias y Equimosis

Hematomas recientes

Hematomas antiguos

Hemangioma

Macula oral melanótica

Mucocele

Ránula

Quiste superficial

Lengua negra pilosa

Nevus

Lines provocadas por metales pesados.

Los colores cafés, azules o negros que sirven como base para esta categoría de desórdenes se origina de una de dos fuentes: (1) la acumulación de material de color en cantidades anormales o lugares anormales en los tejidos, superficiales, o (2) un líquido encharcado o -- acumulado inmediatamente por debajo del epitelio. El material amasado que provoca estos cambios de coloración -- pueden tener un origen endógeno o exógeno.

Las sustancias exógenas que producen las condiciones cafés, azules o negras usualmente incluyen metales pesados que no se encuentran normalmente en el cuerpo, -- tintes comerciales, pigmentos vegetales, y algunos otros -- tintes que han sido ingeridos o inducidos directamente -- en los tejidos. El punto de introducción puede ser en el mismo sitio o en algún lugar remoto.

Los materiales cromáticos endógenos que motivan -- las coloraciones azules, negras o cafés resultan casi -- siempre de un aumento en la melamina o son derivados de pigmentos de la sangre o también de agregados anormales -- de metales que se encuentran en el cuerpo. Es interesante que el color impartido por dichos factores endógenos y exógenos es una función no solo de la cantidad de pigmento -- sino también de la profundidad a la que los pigmentos han sido depositados en los tejidos. Por ejemplo, si los depó

sitos de melanina están superficiales aparecen cafés mientras que si son más profundos se ven azules.

DIFERENTES TIPOS CIRCUNSCRITOS

MELANOPLAKIA

Toda la gente, excepto los albinos, tienen un diferente grado de pigmentación de melanina distribuida -- por toda la epidermis de la piel.

Se cree que la melanina es producida por los melanocitos dendríticos de la capa basal de la epidermis - - (Fig. 9-1), es formada por la oxidación de la tirosina. - La melanina es secretada por los melanocitos y recogida - por las células basales adyacentes del epitelio.

CARACTERISTICAS

La apariencia clínica de la melanina varía del café claro a azul o negro, dependiendo de la cantidad presente y de la profundidad en los tejidos. Entre más profunda y aumentada sea la cantidad de melanina en la piel o mucosa, más obscura aparece.

Los individuos con piel de color claro tienen -- normalmente una coloración pareja en la cavidad oral; sin

embargo la gente de complejión más obscura, especialmente los de raza negra, tienen frecuentemente máculas de pigmentación (melanoplakia) de varios tamaños y configuraciones en su mucosa oral (Fig. 9-2). La gingiva es un sitio frecuente para estas pigmentaciones, pero esta variación no está limitada a este sitio. Dichas áreas de melanoplakia en la mucosa oral de las gentes de color no son motivo de preocupación; pero si sabemos que son de aparición reciente, pueden complicar la formulación del diagnóstico y así acelerar la realización de una biopsia.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Una lesión pequeña, solitaria, circunscrita y pigmentada de color obscuro no podrá ser diferenciada e - - identificada clínicamente en una persona de color obscuro, como un tatuaje por amalgama, nevus, melanoma o de un depósito de hemosiderina después de un trauma. Si dicha - - área la observamos en una persona blanca es poco probable que sea una melanoplakia sino una mácula oral melanótica o algunas de las entidades antes mencionadas.

TRATAMIENTO

El diagnóstico para los parches de melanoplakia en los individuos de raza negra casi nunca presentará problemas y después de su correcta identificación dicha entidad

no requerirá de atención posterior. Sin embargo, no es -- siempre posible el diferenciar entre un parche melanoplásico y un melanoma superficial de expansión con una base clínica.

Por lo tanto, si una o más de las siguientes características existe, entonces dicho parche pigmentado deberá ser extirpado junto con borde adecuado de tejido que tenga apariencia normal y ser sometido a estudio microscópico: Si el parche pigmentado tiene (1) ha aparecido -- recientemente en lugar de haber existido desde la infancia, (2) aumento o disminución de tamaño, (3) se han elevado totalmente o en parte, (4) sufrido cambios de coloración de cualquier tipo, o (5) sufrido ulceración superficial o fisuramiento.

VARICOCIDADES

Una várice es una vena distendida que es bastante común que se presente en la cavidad oral, especialmente en individuos adultos. También puede suceder del bloqueo parcial de la vena próxima a la distensión ya sea por una estructura cercana a esta que causa presión o por una placa que se ha formado en el lumen de la pared como resultado de una lastimadura.

CARACTERISTICAS

Las várices más frecuentemente vistas por el clínico son superficiales, indoloras, azules; éstas aparecen congestionadas y asientan a la vez la forma y distribución del vaso. El sitio más frecuentemente es la superficie ventral de la lengua (Fig. 9-3 y Placa 1,A).

Cuando se ven involucradas varias venas sublinguales llamamos a esto "lengua de caviar" por su apariencia. (Fig. 9-3). El clínico debe estar conciente del hecho de que las várices en la cavidad oral, aunque la mayor parte son en pacientes sanos, puede en raras ocasiones ser causado por un tumor presionando en la vena cava superior en un sitio proximal tal como en el mediastino.

Las venas congestionadas en la cabeza y cuello se pueden ver en pacientes aprehensivos y en niños que están reteniendo la respiración.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La identificación clínica de una lesión como una várice no presenta problemas usualmente, pero ocasionalmente uno se encontrará con una condición bulbosa (Fig. 9-3, C y Placa 1) y entonces ser diferenciada de otras lesiones azulosas, de la cavidad oral: hemangiomas, aneuris

mas, mucocelos, ránulas y quistes superficiales no queratínicos (Placa 1,A).

En contraste con los quistes superficiales no queratinizados, ránulas y mucocelos, los cuales son fluctuantes y no pueden ser vaciados por medio de presión digital ya que contienen un fluido en una cámara cerrada, la várice, el hemangioma y el aneurisma no presentan fluctuación y usualmente pueden ser vaciados con presión digital.

Un aneurisma es extremadamente raro en la cavidad oral y éste tendrá pulso, así como también el soplo arteriovenoso. Un angiograma puede ser una ayuda adicional en la identificación de una lesión arteriovenosa.

Aunque el hemangioma cavernoso puede ser vaciado fácilmente hacia los canales eferentes y aferentes por medio de presión digital, el hemangioma capilar no puede ser vaciado tan fácilmente ya que los espacios vasculares y los canales eferentes y aferentes son tan pequeños que inmediatamente se sellan cuando se aplica la presión sobre la lesión. La várice, por otro lado, se colapsará si la vena distal a ella es ocluida por presión digital.

Una manera más segura de identificar una várice es el de ocluir completamente el vaso proximal con pre-

sión digital y tratar de evacuar la lesión masajeando esta en dirección distal. Si la lesión es una várice, esta no podrá ser evacuada fácilmente en dirección distal debido a que las válvulas en el segmento normal de la vena distal a la várice no permitirá el paso retrogrado de la sangre.

TRATAMIENTO

Usualmente todo lo que se requiere es diagnosticar correctamente la lesión como una várice. Excepto por los tipos bulbosas grandes, los cuales pueden irritarse regularmente, las várices orales casi nunca requieren tratamiento. Sin embargo, es muy importante que estas sean diferenciadas de otras patologías. El clínico deberá desarrollar un diagnóstico diferencial completo y un diagnós-tico de trabajo para las várices, y por lo tanto deberá desechar cualquier lesión vascular.

Si la lesión está relacionada una condición vascular, generalizada, el trabajo dental por realizar deberá ser retrasado hasta que el médico del paciente nos indi--que que es conveniente proceder a realizarlo.

TATUAJES POR AMALGAMA

Los tatuajes causados por amalgama son lesiones -

asintomáticas azul oscuro, que se pueden ver frecuentemente en bocas que han sido restauradas con amalgama de plata (Fig. 9-4), se producen usualmente cuando la gingiva es debridada al mismo tiempo que el diente está siendo restaurado. Subsecuentemente, cuando la amalgama es colocada algo de la plata o mercurio hace contacto con el tejido debridado y precipita la protefina de las fi- -bras colágenas inmaduras, coreando éstas.

El tatuaje es una mancha permanente y puede ser visto en cortes histológicos de tejido (Fig. 9-4). Las radiografías de la región son normales excepto cuando fragmentos de la amalgama se han introducido en el tejido; -- los fragmentos son detectables como radiopacidades densas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Bajo la examinación visual, no siempre puede ser diferenciado de un nevus, mácula oral melanótica, o de un hemangioma. (Figs. 9-11 y 9-17).

El hemangioma superficial se "blanqueará" (izque-
mia) cuando es presionado, y un nevus o melanoma casi --
nunca se presenta en la cavidad oral. Más aún, un aumen-
to de tamaño o un cambio de color será propio de la mela-
noma; y si existe una restauración de amalgama adyacente
a dicha lesión, esto resulta ser casi concluyente en cuan

to a que el área de sospecha es un tatuaje causado por --
amalgama.

TRATAMIENTO

Los tatuajes por amalgama no requieren tratamien-
to, pero si existe alguna sospecha de que la lesión pudie-
ra ser un nevus o un melanoma, este deberá ser excisiona-
do y examinado microscópicamente.

PETEQUIAS Y EQUIMOSIS (PURPURA)

La petequia y la equimosis son hemorragias purpúricas sub
mucosas o subcutáneas. Estas tienen el mismo mecanismo bá
sico: ambas aparecen como máculas azulosas que sólo di- -
fieren en tamaño; las petequias son pequeñas hemorragias_
que semejan puntos, mientras que las equimosis son más -
grandes de 2 cms. de diámetro (Fig. 9-5 a 9-7). Si estas
lesiones son descubiertas inmediatamente después de su --
aparición estas tendrán un color rojo y después de unas -
cuantas horas cambiaron a un color azul-café.

CARACTERISTICAS

Las hemorragias son muy leves en este tipo de le-
siones, por lo tanto, no existe suficiente sangre para --
acumularse y para desarrollar los moretones fluctuantes -

característicos de los hematomas recientes. Los traumas y algunos mecanismos relativos a la hemostasis así como desórdenes sistémicos pueden ser la causa. Es importante obtener una buena información mediante el interrogatorio de rigor de un paciente que ha sufrido de estos episodios. - Y si estos se presentan deberán de tomarse medidas adecuadas para descubrir algún mal que pudiera ser sistémico, - tal como trombocitopenia, leucemia, hemofilia o cualquier otro desorden tal como endocarditis bacteriana subaguda, - etc.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Clínicamente las petequias y las equimosis comienzan como máculas rojizas de variadas formas y perfiles. - Bajo palpación su consistencia es semejante a la de la mucosa sana. No presentan izquemia al ser presionadas, pero después de varios días su color cambia de rojo a azul, - de verde azulado a amarillo verdoso a amarillo hasta desaparecer mientras la hemoglobina es degradada y removida. Una petequia solitaria causada por algún trauma local tomará una apariencia azul caféséa en un día o dos y deberemos diferenciarla de un tatuaje de amalgama, una má-cula oral melanótica. Un nevus o un melanoma. Si existe un incidente traumático reciente acompañado de un cambio de color de verde a amarillo y que finalmente desaparece

en 4 o 5 días nos indicará su identidad real.

Las petequias en el paladar y los parches equimóticos merecen atención especial cuando ocurren como lesiones solitarias o cuando están cerca de la unión del paladar duro y blando. Las siguientes posibilidades deberán de ser consideradas: (1) trauma debido a fellatio, (2) -- trauma por tos severa, (3) trauma por vómito severo, (4) -- síntoma de infección mononucleótica, (5) síntomas de enfermedad hemostática. Existe poca duda de que las prácticas sexuales orales van en aumento. Por lo tanto el dentista_ deberá considerar la posibilidad cuando primero, se detecta una mácula azul o roja en el paladar posterior y ha -- sido producida por una extravasación de sangre. (Fig. - - 10-4).

TRATAMIENTO

Los desórdenes hemostáticos asociados a este padecimiento pueden ser divididos convenientemente en tres -- grupos de acuerdo al defecto básico: desorden de los va-- sos sanguíneos, desorden de las plaquetas, y desórdenes -- que afectan a la coagulación.

Un estudio adecuado del paciente identificará el_ defecto sistémico por detrás de este problema.

HEMATOMAS RECIENTES

El hematoma es un encharcamiento de sangre que se encuentra confinado dentro de los tejidos. Si es superficial, aparecerá como una hinchazón elevada de color azuloso de la mucosa (Fig. 9-8). El hematoma reciente es fluctuante, ahulado y algo discreto en perfil; y la mucosa sobre él es algo discreto en perfil; la temperatura de esta zona puede encontrarse elevada.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Si ha existido un incidente traumático (e.g., accidente, cirugía, administración de anestésicos locales), y el paciente nos refiere este hecho durante el interrogatorio, entonces podremos establecer el diagnóstico adecuado y determinar un hematoma reciente. No debemos dejar pasar el hecho de que con un hematoma puede existir la posibilidad de que se presente una hemorragia especialmente en los pacientes con discrasias sanguíneas; de manera que esto puede ser un signo de una enfermedad sistémica. Sin embargo, generalmente las petequias y equimosis son más frecuentes de encontrar que un hematoma.

El hematoma reciente deberá ser diferenciado de todas las lesiones suaves de consistencia ahulada y azulozas que se presentan en la cavidad oral: mucocele, ránula,

várices, hemangiomas y quistes superficiales. La existencia de la presencia de un repentino hematoma después de un incidente traumático favorece fuertemente el diagnóstico como como el de un hematoma reciente. Esta lesión es dolorosa y fluctuante, y no puede ser evacuada por medio de presión digital. Aunque los hematomas recientes no son dolorosos, al palparlos pueden producir dolor ya que la sangre acumulada distenderá los tejidos vecinos. No existe crepitación y es casi siempre una lesión solitaria.

TRATAMIENTO

El hematoma casi siempre es autolimitante en cuanto a su tamaño. Si una arteriola muy grande es dañada, un vendaje de presión puede ser colocado sobre áreas accesibles para contener la hemorragia y la expansión del hematoma.

Ocasionalmente, la evacuación de este con una jeringa puede ser factible si este hematoma se expande mucho o llega a ser doloroso. Además de colocarse un vendaje de presión para evitar la formación de este otra vez.

Si el hematoma está en el cuello o área sublingual y se sospecha que esto pueda obstruir la entrada de aire a los pulmones deberemos tomar las medidas pertinentes

Ya que el hematoma presenta un excelente medio pa

ra el crecimiento de bacterias, el clínico debe tener en cuenta la posibilidad de una infección si el paciente no es protegido con antibióticos por varios días.

HEMATOMA ANTIGUO

El hematoma usualmente coagula en 24 horas y se vuelve duro, negro o indoloro. Si el hematoma se encuentra colocado superficialmente, se pueden observar cambios de color que van de negro a azul a verde y a amarillo durante los días siguientes. Este desaparece finalmente -- cuando toda la hemosiderina de la sangre extra basada ha sido removida de los tejidos.

Si el hematoma se infecta será doloroso. Aunque el coágulo sea firme si la infección es de tipo piogénico, el coágulo que antes era firme se volverá blando y será fluctuante mientras el pus se va acumulando.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El clínico ve frecuentemente a pacientes con hematomas que son resultado de alguna extracción. El espacio submaxilar es un sitio predilecto para que estos se presenten y deberemos diferenciar a esto de una infección anterior del mismo lugar.

Este tendrá una consistencia firme y será indoloro mientras que una infección será firme pero muy dolorosa. Por lo tanto los tejidos cercanos a este tendrán una temperatura más elevada, más tarde esta infección será -- fluctuante y nos producirá pus al ser aspirado.

TRATAMIENTO

Si un paciente con un hematoma de tamaño considerable no ha sido protegido con antibióticos, dicho tratamiento profiláctico deberá ser iniciado inmediatamente.

HEMANGIOMA

El hemangioma es un tumor benigno de los vasos sanguíneos, que puede tener un origen congénito o traumático. Puede parecer semejante a la telangiectasia, la cual es una dilatación de un vaso ya existente, en contraste con el hemangioma que es una nueva formación de vasos sanguíneos. Solo los hemangiomas que son superficiales serán estudiados aquí.

El hemangioma cavernoso es suave, no fluctuante, con forma de domo, azul y que varía de tamaño de 1 mm o menos a varios centímetros diámetro (Fig. 9-9), frecuentemente aparece en los labios, mucosa bucal, paladar, etc.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El hemangioma presenta izquemia cuando se le aplica presión digital y también puede ser evacuado con presión, la cual fuerza la sangre a salir de los espacios vasculares. A esta característica se debe que no sea fluctuante y a cambio ayuda a diferenciarlo del mucocele, rínula y quiste superficial que aunque son suaves en contraste son fluctuantes y no vaciables. Una várice se verá como una elongación de una vena superficial más que como un nódulo o una masa con forma de domo. Más aún, no encontramos pulso en un hemangioma cavernoso. Esta característica lo diferencia de un soplo o de un aneurisma.

También si lo aspiramos encontraremos sangre azulosa, lo que ayuda a establecer el diagnóstico de trabajo

TRATAMIENTO

La cirugía o técnicas de esclerosantes son usadas para el tratamiento de un hemangioma. Estas soluciones son inyectadas en la lesión con el propósito de provocar la formación de tejido fibroso que es clerosa y encoje los espacios vasculares (Fig. 9-10). Esta técnica se usa antes de la cirugía para reducir la cantidad de cirugía necesaria y para reducir la hemorragia que se presenta cuando son removidas estas lesiones.

La escisión de un hemangioma moderadamente grande no deberá de realizarse en el consultorio sino en el hospital. Recientemente la cyoterapia ha sido utilizada con éxito en el tratamiento de los hemangiomas.

MACULA ORAL MELANÓTICA

La mácula oral melanótica es una entidad pigmentada de la mucosa oral y de los labios que sólo recientemente ha sido reconocida. Aparentemente esta lesión es la pigmentación más común que ocurre en la cavidad oral de individuos de piel color claro. La causa de las máculas melanóticas es incierta en la mayoría de los casos pero pueden representar una pigmentación postraumática en algunos casos.

CARACTERÍSTICAS

La mácula oral melanótica es usualmente una lesión solitaria que se presenta en individuos de piel color claro. Esta lesión casi siempre está bien circunscrita y de color gris café negro o azul (Fig. 9-11). La mayoría miden menos de 1 cm de diámetro y las más grandes 2.0 cms. El sitio más frecuente es el labio inferior seguido por la gingiva, la mucosa bucal, y el paladar duro. La mayoría de las lesiones permanecen del mismo tamaño y no tienden a volverse malignas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Las siguientes entidades necesitan ser incluidas en la discusión diferencial de esta lesión: melanoplasia, tatuaje por amalgama, nevus. La melanoplasia no siempre podrá ser distinguida de la mácula oral melanótica, pero casi siempre esta última es más pequeña.

El tatuaje por amalgama en la mayoría de los casos estará localizado en donde puede asociarse con una obturación de amalgama.

El nevus es una lesión rara pero puede aparecer clínicamente idéntico a la mácula oral melanótica.

TRATAMIENTO

Esta deberá ser removida lo más pronto posible -- junto con un adecuado borde de tejido normal y deberá ser sometido a estudio microscópico. Esto es necesario ya -- que no puede ser diferenciado de otras lesiones malignas. Solo puede hacerse una excepción y esta es: Si el parche de melanina ha estado presente por más de 5 años y no han ocurrido cambios en este, entonces sólo será necesario observar lo cada 6 meses.

MUCOCELE

El mucocele superficial es una de las lesiones -- azules más frecuentes en el labio inferior, pero también puede presentarse en otras partes de la cavidad oral. No la encontraremos en la gingiva, en la encía adherida, en el paladar anterior, debido a la casi ausencia de glándulas salivales menores en estas regiones. El labio superior es también una localización poco común para la presencia de este tipo de lesión.

Se piensa que el mucocele se presenta cuando un ducto de una glándula salival menor es obstruido por algún trauma y la secreción es vertida y acumulada en los tejidos superficiales. Casi nunca posee un recubrimiento epitelial y por lo tanto se clasifica como un quiste falso.

El mucocele superficial aparece como una masa azulosa (Fig. 9-12) debido a lo delgado de la mucosa que lo recubre. Un mucocele profundo, por otro lado, puede ser de color rosa debido al grosor de la mucosa. Si este está sujeto a irritación crónica, su cubierta de mucosa estará inflamada.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Un mucocele es usualmente una elevación, fluc-

tuante, azulosa, suave, nodular o con forma de domo que puede moverse fácilmente en la mucosa por debajo pero - - que no puede moverse independientemente de la capa de mucosa. Este no puede vaciarse por medio de presión digital y cuando es aspirado nos dará un líquido viscoso pegajoso, color claro. Esto nos ayudará a descartar a las lesiones vasculares y también a los quistes no queratínicos superficiales, los cuales casi siempre tienen en su interior - un líquido color paja menos viscoso.

El paciente puede referirnos que existe un estado paroxístico de esta lesión.

TRATAMIENTO

Cualquier mucocele deberá ser removido completamente y examinado microscópicamente. La lesión deberá ser removida de tal manera que no dañemos ductos salivales adyacentes. Recientemente se ha utilizado la inyección de algunos esteroides.

R A N U L A

La ránula es en efecto un mucocele que se presenta en el piso de la boca - un quiste de retención en la glándula sublingual salival (Fig. 9-13). Este deriva su nombre del diminutivo en latín de la palabra Rana, se --

dice que esta lesión semeja ser el estómago de una rana.

CARACTERISTICAS

Una característica que es pertinente mencionar -- es la historia de una ránula que fluctúa en tamaño. La le si ón es generalmente más pequeña en la mañana antes de le v ant ar s e y más grande después de comer alimentos, lo que re fl e j a el aumento en la actividad secretoria de saliva - durante períodos de estimulación gustatoria a diferencia de l o estancamiento de moco durante períodos inactivos de sueño.

Cuando esta se localiza superficialmente tiene un color bastante azul (Fig. 9-13); pero una ránula más profunda se verá color rosa.

Esta casi siempre se presenta unilateralmente, tie ne forma de domo, y puede vaciar grandemente en tamaño. - Esta es suave y fluctuante y no puede ser vaciada por medio de presión digital.

No tiene pulsación y si es aspirada nos dará como producto el característico líquido pegajoso a los fenómenos de retención.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de una ránula será el mismo que tenemos para el mucocele.

TRATAMIENTO

Inicialmente, un tratamiento conservador como la marsupialización es lo indicado, escindiendo completamente el techo de la ránula permitiendo a esta área sanar -- sin ningún apósito sobre ella.

La recurrencia de esta lesión nos indica la necesidad de optar por un tratamiento más radical, tal como la remoción de una parte de la glándula o la glándula entera. Si dicha ránula es muy grande y consideramos que -- puede llegar a presentarse una inflamación más grande, deberemos hospitalizar al paciente en caso de que las vías respiratorias llegaran a quedar obstruidas.

QUISTE SUPERFICIAL

Los quistes odontogénicos así como algunos de -- los quistes fisurales que se presentan inmediatamente por debajo de la superficie epitelial y que contienen un líquido color rosa en su interior tienen una apariencia clínica azul y modular. Aunque de hecho se presentan más du

rtante la dentición mixta, el ejemplo más común de esta -
condición es el quiste folicular de tipo eruptivo que ve-
mos en los infantes. (Placa 1).

Actualmente diversos tipos de quistes odontogéni-
cos (radiculares, foliculares, residuales o eruptivos), -
aparecen con forma modular, azules, fluctuantes, si es --
que no se encuentran confinados dentro del hueso.

Sin embargo, los quistes epidermoides están lle--
nos de queratina de manera que aparecen blancos y son lla-
mados "Perlas de Epstein" cuando son pequeños y están si-
tuados superficialmente.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El quiste superficial debe ser diferenciado de to-
das las otras lesiones blandas azules. Un hemangioma ca-
avernoso puede ser evacuado por medio de presión digital -
mientras que el quiste superficial no.

La radiografía nos ayudará a diferenciar al quis-
te superficial del mucocele ya que el quiste superficial_
causará una demostrable destrucción de hueso mientras que
el mucocele no es aparente radiográficamente.

El quiste gingival generalmente no involucra al -
hueso, de manera que una radiografía no nos ayudará a di-

ferenciarlo del mucocelo. Además un mucocelo a diferencia del quiste gingival raramente se presenta en la gingiva o en los rebordes alveolares ya que las glándulas salivales menores no se encuentran presentes en estas áreas. En un quiste no infectado, se obtendrá un líquido color pajá delgado por aspiración mientras que en el mucocelo se encontrará un líquido claro, viscoso y pegajoso.

TRATAMIENTO

El tratamiento de esta entidad no será discutido aquí ya que este pertenece a otra categoría de lesiones y que no son incluidas en este trabajo.

LENGUA PILOSA NEGRA

La lengua pilosa es una entidad benigna que se presenta en el dorso de la lengua; se presenta en aproximadamente el 0.15% de la población general. Esta condición es el resultado de la elongación de las papilas filiformes, en algunos casos a tal grado que llegan a parecer pelo (Fig. 9-15). Esta alteración en las papilas resulta de un aumento en la retención y acumulación de queratina (hiperkeratosis). Esta condición se piensa que es causada por la irritación de una combinación de los siguientes factores:

1. Restos de alimento en la lengua y que se impacta entre las papilas en gente que no practica una buena higiene oral.
2. El uso habitual de agentes astringentes y oxigenantes.
3. El uso local de algunos antibióticos.
4. El uso del tabaco.
5. Infecciones con organismos *Candida Albicans*.

Influencias sistémicas tales como terapias con antibióticos, anemia y debilitación general son sospechas de tomar un rol etiológico en esta enfermedad.

Las papilas hiperplásticas e hiperqueratóticas -- son esencialmente de color claro, pero el color que asumen es consecuencia de factores locales dentro y fuera de ellas.

Son responsables de este cambio, bacterias cromogénicas, minerales, preparaciones vitamínicas y alimentos de color obscuro que ocasionan que estas papilas se tornen color café, café obscuro y hasta negro. Usualmente no hay presencia de dolor.

TRATAMIENTO

Una buena limpieza de la superficie dorsal de la

lengua y cortar las papilas con unas tijeras es lo único que será necesario.

NEVUS

El nevus es un tumor benigno que puede ser congénito o adquirido. Es un tumor de los melanocitos o células nevus que se presenta en la piel pero pocas veces en la cavidad oral.

No casi siempre está pigmentado y varía de un color que va de gris a café claro a azul y a negro.

Existen tres tipos de nevus orales: Intramucoso - de la unión, compuesto y azul.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La firmeza del nevus a la palpación distingue a esta lesión de un quiste, de un fenómeno de retención de las glándulas salivales menores y de un hemangioma. Una excepción sería un hemangioma esclerosante; pero aún este tendrá unos espacios vasculares que son rojizos y que presentan izquemia cuando son sometidas a presión digital, una característica no compartida con el nevus.

El hecho de existir una lesión de color azul obscuro cercano a una restauración de amalgama o la presen--

cia de ésta en una zona edéntula que anteriormente tuvo - este tipo de restauraciones pueden ayudar a reafirmar el diagnóstico de un tatuaje por amalgama.

Algunas pequeñas áreas de hemorragia pueden llegar a semejar a un nevus de la unión pero poco a poco empiezan a cambiar de color hasta desaparecer en una semana o más.

La mácula oral melanótica es idéntica en apariencia al nevus no elevado.

TRATAMIENTO

El nevus deberá ser escindido, con un amplio borde de tejido normal y deberá ser estudiado microscópicamente.

LINES OCASIONADAS POR METALES PESADOS

El envenenamiento crónico con metales pesados - (e.g. mercurio, plomo, bismuto) puede resultar en una coloración café oscuro o azul oscuro en la cavidad oral. La mayoría de las veces estos metales pesados se depositan en forma de líneas o bandas sobre la encía marginal que se encontrará inflamada.

Este particular patrón de depósito es el resulta

do del aumento en la permeabilidad capilar en la encfa li
bré causado por la inflamación permitiendo así la infil--
tración perivascular de los tejidos por este metal.

La implantación de medidas más restrictivas en -
cuanto a las condiciones de trabajo, en las factorías que
utilizan estos materiales y la eliminación del plomo en_
las pinturas para interiores y también la eliminación de_
estos metales en las medicinas reducirán grandemente la -
incidencia de estas lesiones.

REFERENCIAS ESPECIFICAS

- Abrahas, A.M.: Danger of Treating Mucocelos by Steroin In
jection, J. Oral Surg. 36: 583, 1978.
- Buchner, A., and Hensen, L.S.: Melanotic Macule of the --
Oral Mucosa. A clinicopathologic study of 105 ca-
ses. Oral Surg. 48: 244-249, 1979a.
- Farman, A. G.: Hairy Tongue (Lingua Villosa), J. Oral - -
Med. 32: 85-91, 1977.
- Wilcox, J.W., and Hickory, J.E.: Nonsurgical Resolution of
Mucocelos, J. oral Surg. 36: 479, 1978.

REFERENCIAS GENERALES

- Bhaskar, S.N. and Jacoway, J.R.: Blue Nevus of the Oral -
Mucosa, Oral Surg. 19: 679-683, 1965.
- Cataldo, E., and Masadoni, A.: Mucocelos of the oral Mu--
cous Membrane, Arch. Otolaryngol. 91: 360=365, --
1970.
- Mandel, L., and Baumash, H.: Bilateral Ranulas: Report -
of a case, J. Oral Surg. 28: 621-622, 1970.
- Seward, M.H.: Eruption Cust: An Analysis of its Clinical
Features, J. Oral Surg. 31: 31-35, 1973.

CAPITULO VI

LESIONES SOLITARIAS ROJAS

Este capítulo trata principalmente con las condiciones patológicas que aparecen como lesiones rojas solitarias o con lesiones rojas difusas que solo afectan una superficie de la mucosa oral. Estas son las siguientes:

1. Máculas eritematosas térmicas o químicas.
2. Mácula traumática eritematosa.
3. Mácula purpúrica.
4. Lesión hiperplástica inflamatoria
5. Ulceras rojas o vísceras con halo rojo.
6. Infección no piogénica odontogénica de los tejidos blandos.
7. Candidosis atrófica.
8. Mácula eritematosa térmica o química.
9. Candidiasis atrófica aguda.
10. Manifestaciones alérgicas.
11. Estomatitis debida a prótesis totales.
12. Estomatitis nicotínica.

VARIACIONES NORMALES EN LA MUCOSA ORAL

Mucosa Masticatoria y de Revestimiento.

Como se discutió en el Capítulo 5, la mucosa oral

normal demuestra tener un amplio espectro de colores rosa.

La mucosa masticatoria sana (sobre el paladar duro, la gingiva, la superficie dorsal de la lengua), es de color rosa claro (Fig. 10-1). Estas superficies están expuestas a fuerzas mecánicas intensas de fricción y presión durante la masticación y se han adaptado para recibir este tipo de stress produciendo: (1) una capa protectora de queratina, y (2) un tejido conectivo subepitelial que es densamente fibroso, relativamente avascular, y firmemente unido al hueso o músculo.

En contraste la mucosa de revestimiento (la mucosa oral sobre el vestíbulo, mejillas, labios, piso de la boca, y la superficie ventral de la lengua), no está sujeta a tan intenso estímulo mecánico ni químico como la mucosa masticatoria de tal manera que por esto tales modificaciones no ocurren en estas áreas.

LESIONES PATOLOGICAS ROJAS

El color rojo de una lesión es, hasta cierto punto, el resultado de un aumento en la vascularidad en los tejidos. La pérdida total o en parte del epitelio que recubre a la mucosa contribuye a la medida del color que

la lesión desarrolla. El grado de intensidad del color --rojo es también en parte una función de la cantidad de ---pigmento de hemoglobina que está presente en el área. Así como también el grado de oxigenación de la misma.

El color rojo también puede ser impartido por la melanina. Este color puede variar del café claro al café rojizo hasta el negro azulado.

En suma los cambios básicos de los tejidos o las causas que producen condiciones anormales rojas son como sigue[

1. Un marcado aumento en la concentración de hemoglobina de la sangre circulante (policitemia).
2. Dilatación vascular, por:
 - a) Inflamación (eritema)
 - (1) Trauma mecánico (e.g., mordedura de mejilla, dentadura mal adaptada).
 - (2) Trauma térmico (e.g., comida caliente).
 - (3) Trauma químico (enjuagues bucales muy fuertes).
 - (4) Infecciones (angina de Ludwig).
 - (5) Alergias o enfermedades autoinmunes.
 - (6) Ulceras con borde inflamado (lesiones herpéticas recurrentes).

- b) Defectos congénitos (e.g. hemangiomas).
- 3. Extravasación de sangre (e.g. trauma o enfermedad hemostática).
- 4. Atrofia de la mucosa (e.g. candidiasis atrofíca).

MACULAS Y EROSIONES TRAUMATICO ERITEMATOSAS

El trauma mecánico sobre la mucosa oral puede - - producir una variedad de lesiones clínicas, dependiendo - de la naturaleza y circunstancias del insulto. Las si - - guientes son algunas de las lesiones clínicas que pueden ser producidas:

1. Lesión queratínica (aumento en la detención de queratina).
2. Lesión blanca necrótica (necrosis del epitelio y posiblemente el subepitelio hasta cierto grado),
3. Una mácula roja eritematosa (área de inflamación),
4. Mácula purpúrica (hemorragia subepitelial dentro de los espacios de los tejidos).
5. Una ampolla (encharcamiento del fluido de los tejidos).
6. Erosión

7. Una úlcera, y

8. Una lesión exofítica (hiperplasia inflamatoria)

Tres de estas, la mácula eritematosa y erosiva, - la mácula purpúrica y el estado granulomatoso de las lesiones inflamatorias hiperplásicas, son esencialmente rojas y son discutidas en este capítulo.

Las máculas eritematosas traumáticas son producidas por un insulto físico crónico de baja intensidad. Un trauma de grado más intenso pero de poca duración produce una mácula purpúrica, y una erosión, o una franca úlcera en orden de aumento de severidad. Las causas más comunes incluyen márgenes de los dientes que son muy agudos o -- prótesis mal adaptadas. Los traumas autoinducidos como - las mordeduras de la mejilla y otro tipo de hábitos pueden producir máculas traumáticas eritematosas.

CARACTERISTICAS

Los sitios más usuales para la presencia de las - máculas eritematosas son los bordes laterales y anteriores de la lengua, el piso de la boca, el paladar posterior, la mucosa bucal y las superficies mucosas de los labios. La mácula puede demostrar una considerable variación en la intensidad de su color rojo. El tamaño de la

zona roja corresponde al tamaño del agente traumático. -- Por lo tanto, el tamaño y la forma varían considerablemente. Los síntomas varían de un poco de adolorimiento a un dolor considerable. El agente causal puede ser identificado fácilmente por medio del interrogatorio y de la historia clínica. Estas lesiones regresan solas rápidamente después de que la causa es eliminada.

Debido a que esta lesión es básicamente inflamatoria en su naturaleza esta presenta izquemia cuando se le aplica presión digital.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de esta lesión será -- tratado dentro del siguiente tema de máculas purpúricas.

TRATAMIENTO

El irritante mecánico deberá ser identificado y eliminado y la lesión estará bajo observación hasta que desaparezca. Si no desaparece en 3 o 4 días, entonces -- deberán hacerse o tomarse medidas adicionales.

MACULAS PURPURICAS

Las máculas purpúricas son producidas por un --

fuerte y brusco insulto traumático sobre la mucosa o piel con suficiente fuerza como para causar una extravasación superficial de sangre. Si el paciente es examinado inmediatamente después de que el incidente traumático ha ocurrido, serán observadas pequeñas áreas de petequias y equimosis, las cuales tendrán un color bastante rojo. Si ha transcurrido suficiente tiempo como para permitir la descomposición del pigmento de hemoglobina; entonces el "moretón" será de color azul, después de seguir los cambios de color descritos en el capítulo 6.

CARACTERISTICAS

El tamaño de la mácula purpúrica variará de acuerdo con el tamaño y la fuerza del agente físico que infringe el daño. Usualmente los bordes están pobremente demarcados (Fig. 10-4). La lesión no presenta izquemia cuando se le aplica presión porque las células rojas de la sangre están dentro de los tejidos en lugar de que estuvieran en los vasos. Aunque las máculas purpúricas también pueden ir acompañadas por un componente inflamatorio y en tales casos el clínico deberá observar que si hay izquemia cuando se palpa a la lesión. Virtualmente todas las superficies orales o pueden ser afectadas pero las más comunes áreas son la mucosa bucal, piso de la boca.

Frecuentemente se presentan máculas purpúricas -- elípticas en la mucosa palatina cerca de la unión del paladar blanco y duro y esto puede deberse a prácticas sexuales orales causadas por el continuo golpeteo del organo masculino sobre esta zona (Fig. 10-4). Si tomamos una historia en forma confidencial y juiciosa podremos saber acerca de la verdadera identidad de esta lesión.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Cuando son observadas máculas rojizas transitorias cerca de la unión del paladar duro y blando las siguientes entidades deben ser consideradas: mácula traumática eritematosa, mácula purpúrica por prácticas sexuales orales, daño al paladar debido a accesos de tos muy severos o debido a episodios severos de vómito.

Estas lesiones no son dolorosas de manera que una historia tomada con mucho cuidado nos ayudará a establecer el diagnóstico diferencial, en contradicción con la mácula purpúrica y la mácula eritematosa en hemangioma no es transitorio.

TRATAMIENTO

Una vez que se ha establecido el diagnóstico de máculas purpúricas debemos advertir al paciente de la na-

turalidad de la misma. Este deberá ser visto en una cita posterior para asegurar que el diagnóstico ha sido correcto.

LESIONES HIPERPLASTICAS INFLAMATORIAS

(Estado Granulomatoso).

Las lesiones hiperplásticas inflamatorias son - - discutidas con considerable detalle en otros textos bajo el nombre de "Lesiones orales exofíticas periféricas". -- Son similares en etiología, a las máculas traumáticas eritematosas y a las máculas purpúricas excepto en que el insulto precipitante es invariablemente una irritación crónica tal como sarro, margenes rugosos e irregulares de algunas cavidades, restauraciones sobradas, bordes muy sobrados o alargados de prótesis completas, esquirlas muy agudas de hueso, o mordeduras en la mejilla que también son crónicas. Tales insultos prolongados estimulan la producción de tejido de granulación.

Una lista de lesiones hiperplásticas inflamatorias incluirá a las siguientes: granuloma piogénico, tumor hormonal, fibromas, hemangioma traumático, parulis.

El ciclo de vida de una de estas lesiones desarrolla inicialmente una masa de tejido de granulación inflamado por lo que clínicamente aparece suave y muy rojo.

turalidad de la misma. Este deberá ser visto en una cita posterior para asegurar que el diagnóstico ha sido correcto.

LESIONES HIPERPLASTICAS INFLAMATORIAS

(Estado Granulomatoso).

Las lesiones hiperplásticas inflamatorias son - - discutidas con considerable detalle en otros textos bajo el nombre de "Lesiones orales exofíticas periféricas". -- Son similares en etiología, a las máculas traumáticas eritematosas y a las máculas purpúricas excepto en que el insulto precipitante es invariablemente una irritación crónica tal como sarro, margenes rugosos e irregulares de algunas cavidades, restauraciones sobradas, bordes muy sobrados o alargados de prótesis completas, esquirias muy agudas de hueso, o mordeduras en la mejilla que también son crónicas. Tales insultos prolongados estimulan la producción de tejido de granulación.

Una lista de lesiones hiperplásticas inflamatorias incluirá a las siguientes: granuloma piogénico, tumor hormonal, fibromas, hemangioma traumático, parulis.

El ciclo de vida de una de estas lesiones desarrolla inicialmente una masa de tejido de granulación inflamado por lo que clínicamente aparece suave y muy rojo.

Más tarde cuando se deposita tejido fibroso la lesión se vuelve mas firme y menos roja. Si el irritante es eliminado en esta etapa el resto de la inflamación desaparece,-- la lesión se encoge notablemente, se vuelve firme al tacto y toma un color pálido.

CARACTERISTICAS

El estado en que se encuentran estas lesiones y --- que es considerado aquí es de color muy rojo, moderadamente suave, polipoide o nodular (Fig. 10-5). Si esta superficie resulta traumatizada, desarrollara una area blanca necrotica en la zona de la injuria y entonces se tornará en un granuloma piogénico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Una lesión hiperplástica inflamatoria reciente deberá ser diferenciada de un hemangioma, un tumor metastásico, un tumor maligno primario y papiloma. En la mayoría de los casos de las lesiones hiperplásticas inflamatorias, el irritante que precipita esta situación es casi siempre fácil de identificar. Esto fortalece nuestra primera impresión y ayuda a fortalecer el diagnóstico de trabajo.

Sin embargo, si el irritante no es aparente la -

posibilidad de que la lesión sea un tumor primario o secundario maligno aumento forzándonos a considerar aún más el diagnóstico diferencial.

Un hemangioma congénito está presente desde el nacimiento mientras que el hemangioma traumático (adquirido) es realmente un tipo de lesión inflamatoria hiperplástica.

TRATAMIENTO

Las biopsias en combinación con la eliminación del irritante es el tratamiento de elección para lesiones con un tamaño substancial. Las lesiones rojas pequeñas pueden reducirse a un tamaño que precluye el tratamiento cuando el irritante es eliminado.

ULCERAS CON HALO ROJO

Las úlceras solitarias son analizadas con más detalle dentro de otra clasificación. Son incluidas aquí para hacer este trabajo mas completo debido a que las condiciones ulcerativas frecuentemente se manifiestan en sus etapas tempranas como máculas eritematosas, por ejemplo, las lesiones herpéticas recurrentes y las úlceras aftosas recurrentes. Más aun, en estas condiciones

cuando el area rojiza se úlceras finalmente este defecto - tendrá casi siempre un borde bastante rojo (Fig. 10-6). Tal observación podría motivar al clínico a clasificar -- tal lesión como una lesión roja; sin embargo, la experien- cia nos demuestra que es mas benéfico desde el punto de - vista del diagnóstico diferencial el clasificar a dichas _ lesiones como úlceras.

INFECCION ODONTOGENICA NO PIOGENICA

DEL TEJIDO BLANDO

(Celulitis).

Esta sección incluye una discusión acerca de las _ infecciones de los tejidos blandos que ya sea que son cau- sadas por bacterias no piogénicas o que representan infec- ciones prepiogénicas o postpiogénicas. Esto es, la bacte- ria causal puede ser no piogénica o ya sea que la infec- ción no ha llegado al estado de formación de pus. Las - infecciones odontogénicas pueden originarse en tres si- - tios:

1. Los canales y el periapex de dientes despulpa- dos,
2. La gingiva en enfermedades parodontales,
3. El opérculo gingival sobre un diente erupciona- do.

cuando el area rojiza se úlceras finalmente este defecto - tendrá casi siempre un borde bastante rojo (Fig. 10-6). Tal observación podría motivar al clínico a clasificar -- tal lesión como una lesión roja; sin embargo, la experien- cia nos demuestra que es mas benéfico desde el punto de - vista del diagnóstico diferencial el clasificar a dichas _ lesiones como úlceras.

INFECCION ODONTOGENICA NO PIOGENICA

DEL TEJIDO BLANDO

(Celulitis).

Esta sección incluye una discusión acerca de las _ infecciones de los tejidos blandos que ya sea que son cau- sadas por bacterias no piogénicas o que representan infec- ciones prepiogénicas o postpiogénicas. Esto es, la bacte- ria causal puede ser no piogénica o ya sea que la infec- ción no ha llegado al estado de formación de pus. Las - infecciones odontogénicas pueden originarse en tres si- - tios:

1. Los canales y el periapex de dientes despulpa- dos,
2. La gingiva en enfermedades parodontales,
3. El opérculo gingival sobre un diente erupciona- do.

CARACTERISTICAS

En la mayoría de los casos una buena historia -- clínica y una buena examinación radiográfica aunada a -- una prueba pulpar indicará claramente el diagnóstico de una infección dental (Fig. 10-7).

La mucosa alveolar y la gingiva son los sitios -- más frecuentes para las infecciones dentales, pero si permitimos que esta infección se esparza, pueden verse involucrada la piel así como otras superficies de la mucosa.

Existirán también varios grados de inflamación, -- mostrando una superficie caliente, roja, adolorida. Sin embargo, si se ha formado suficiente pus cerca de la superficie del tejido inflamado tendrá entonces esta superficie un color amarillo blanquecino cerca del centro de la inflamación. También esta inflamación tendrá una consistencia ahulada y tendrá también fluctuación.

La angina de Ludwick es un ejemplo poco usual de infección roja suave de los tejidos y que es producida -- por una infección mixta de microorganismos no específicos, pero casi siempre existe una parte de estreptococos. Esto ocasiona que aparezca una inflamación en el piso de la boca en el espacio submentoniano y submaxilar, a menudo de tal magnitud que la entrada de aire al cuerpo se ve

amenazada. En la mayoría de los casos, se presenta una inflamación moderada, firme, dolorosa del piso de la boca. La piel que cubre dicha inflamación está también de color rojo y esta aumentada de temperatura al palparla. (Fig. 10-8).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Cuando un paciente tiene una inflamacion roja y dolorosa de los tejidos suaves orales acompañado de linfo adenitis, el diagnóstico de infección es razonablemente seguro y cierto. Un porcentaje bastante alto de estas infecciones sera de origen odontogénico y por lo tanto de etiología bacterial. Sin embargo, el clínico deberá por lo menos considerar a la actinomicosis, tuberculosis y varias infecciones fungoides tales como la histoplasmosis y blastomicosis.

TRATAMIENTO

Cuando ha sido establecido un diagnóstico de infección odontogénica, el problema dental asociado deberá ser eliminado por medio de una terapia endodóntica, extracción, curetaje, escisión y drenado. Además, se recomienda la aplicación de los antibióticos adecuados.

MACULA ERITEMATOSA CAUSADA POR AGENTES

QUIMICOS O TERMICOS

La causa de las máculas térmicas o químicas es -- usualmente la presencia de drogas causticas o comida muy caliente. Obviamente la severidad del tejido dañado varía con la intensidad y duración del insulto y por lo tanto - pueden existir varias apariencias clínicas para este tipo de lesiones.

Los agentes muy caústicos o muy calientes provo-- carán una necrosis coagulante del tejido superficial y que aparecerá blanca y podrá ser removida. La figura 5-43 - ilustra tal cambio que es motivado por aspirinas. Si los agentes son todavía más fuertes y más duraderos podremos encontrar una franca ulceración de la mucosa. Los agentes mas "suaves" o la aplicación menos large de agentes fuertes producen a la lesión detectable mas leve llamada eritema de los tejidos superficiales; por lo tanto, explican do el por que este tipo de lesiones son incluídas en este capítulo (fig. 10-9).

CARACTERISTICAS

El área rojiza va de un poco dolorosa a muy dolo rosa, puede presentar izquemia cuando es presionada y ge

neralmente sangrará con la más ligera manipulación. La mucosa palatina y bucal es la mas frecuentemente afectada. Una historia clínica tomada cuidadosamente nos dará hechos concernientes a la naturaleza del agente causal.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La mayoría de las lesiones discutidas en este capítulo deben ser consideradas dentro del diagnóstico diferencial: eritemas causados por trauma mecánico, macula -- purpúrica, celulitis, manifestaciones alérgicas, infecciones fungoides.

TRATAMIENTO

La mayoría de estos casos son bastante leves y relativamente indoloros. Si el dolor resulta ser un problema, la administración de analgésicos y la aplicación tópica de hidrocortisona (kenalog) puede ser de utilidad.

Aun, si es que persiste alguna duda en cuanto a la naturaleza de la lesión entonces podremos recurrir a las biopsias.

ESTOMATITIS NICOTINICA

La estomatitis nicotínica es discutida con más ex

tensión como una lesión blanca del paladar en el Capítulo 5. Esta lesión es incluida en este capítulo es una lesión roja en sus etapas tempranas antes de que se produzca la queratinización de la misma. La estomatitis nicotínica se ve principalmente en los fumadores de pipa.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Las siguientes condiciones necesitan ser consideradas cuando la apariencia clínica de ellas semeja a esta lesión: estomatitis causada por dentaduras, candidiasis - atrófica. La estomatitis causada por las dentaduras puede ser eliminada fácilmente si es que esta condición se presenta en el paladar ya que la estomatitis nicotínica no se presenta bajo las dentaduras. Un frotis identifica fácilmente a la candidiasis atrófica. El hábito de fumar en pipa en dichos pacientes, así como la mayor incidencia de estomatitis nicotínica refuerza la posibilidad de diagnóstico de dicha lesión.

CANDIDIASIS ATROFICA

Esta lesión es una interesante variante clínica de una infección por candida, que produce una apariencia roja a la lesión en lugar que la mejor conocida lesión - pseudomembranosa que ya discutimos en el Capítulo 5. Es

ta coloración roja se produce por un adelgazamiento o -- una erosión completa del epitelio de la superficie y que -- a la vez va acompañada de inflamación en el tejido conectivo por debajo de éste.

ESTOMATITIS POR DENTADURAS

El enrojecimiento difuso del paladar que algunas veces vemos debajo de las prótesis completas superiores e inferiores ha demostrado ser un dilema en el diagnóstico por muchos años. La reacción del tejido ha sido atribuída frecuentemente a una respuesta alérgica al material -- con que se fabrica la placa base, pero esta particular -- asociación aun no ha sido demostrada. Estudios recientes indican que esto más bien se debe a una infección crónica de candida albicans. El enrojecimiento no es el típico -- cambio descrito en la candidosis (candidiasis); sin embargo, representa la respuesta del tejido a lo que ha sido -- llamado "candidosis atrófica crónica". Los organismos propios de la candidason encontrados siempre en frotis realizados de las lesiones rojas de estos pacientes.

De específico interés resulta saber que los organismos candida pueden ser identificados en mas grandes -- cantidades sobre el material de la dentadura que sobre la lesión misma. Esta observación sugiere, que estos orga--

nismos son residentes sobre o dentro de la base de la den-
tadura y que las lesiones clínicas son el resultado de --
las extremadamente irritantes toxinas producidas por los_
hongos. (Davenport)

CARACTERISTICAS

La estomatitis de las dentaduras se presenta en_
dentaduras totales o parciales y se encuentra más fre- -
cuentemente en las mujeres. Las lesiones casi siempre se
encuentran confinadas al paladar y casi nunca se involu-
cran los procesos mandibulares. Se ha encontrado una gran
correlación entre la práctica de dormir con las dentadu-
ras colocadas en la boca y la presencia de esta anomalía.
En ocasiones puede existir una enfermedad sistémica cró-
nica que predispone al paciente a infectarse con organis-
mos candida. Estas lesiones pueden ser asintomáticas, o_
el paciente puede quejarse de estar adolorido o de tener
la boca seca. El tejido palatino tiene un color rojo bri_
llante, puede estar edematoso.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La apariencia clínica de la estomatitis causada -
por el uso de dentaduras totales es algo específica; po-
cas si no es que ninguna otra enfermedad tiene la misma -

apariencia. Sin embargo las infecciones causadas por - - otros organismos pueden ser responsables de causar lesiones muy parecidas.

TRATAMIENTO

Hasta la fecha el agente antifungoide mas efectivo es el mistatin. Ya que no es absorbido, el mistatin es benéfico sólo cuando está en contacto con los organismos candida; por lo tanto las tabletas vaginales utilizadas - como trociscos orales son más benéficos ya que mantienen más contacto con dichos organismos. Estas tabletas deberán ser disueltas en la boca 4 veces al día después de -- las comidas y a la hora de acostarse. Las placas deberán ser colocadas en una solución de Nistatin durante la noche y también deberá ser cubierta con un linimento de Nista-- tin mientras se usa durante el día. Usualmente se necesitara una nueva dentadura ya que el esfuerzo que se realiza para eliminar a los hongos de la placa base casi siempre fracasa.

QUELITIS ANGULAR

La quelitis angular es casi siempre una condición rojiza ulcerativa o proliferativa marcada por una o dos - fisuras que se originan en el ángulo de la boca. Las le-

siones son bilaterales, casi no sangran y se confinan o restringen a la superficie de la piel (Fig. 10-15). Aunque algunos factores tales como una dimensión vertical, disminuida, anemia y deficiencias de vitamina B pueden ser factores predisponentes o por lo menos estar asociados con el desarrollo de la lesión. Esta lesión puede persistir aun despues de haber eliminado las anteriores causas, a menos que estas sean tratadas con lineamientos antifungoides como el Mistatin.

CANDIDOSIS ATROFICA AGUDA

(Candidiasis).

Las lesiones de candidosis atrófica aguda representa otra forma aunque menos comun de infección por Candida. Es usualmente una secuela de las lesiones típicas de Candida, la candidosis pseudomembranosa aguda. Cuando la placa blanca pseudomembranosa es removida, una mucosa roja, atrófica y dolorosa queda en su lugar (Fig. 10-16 y placa 2). A veces la lesión puede ser asintomática. Puede sanar simultáneamente o requerir tratamiento con Nistatin.

CARACTERISTICAS

Estas lesiones serán observadas esencialmente en

el mismo tipo de pacientes -personas que están predis- -
puestas a desarrollar candidosis pseudomembranosa aguda.
También están incluidos los pacientes que están tomando_
antibióticos de amplio espectro, esteroides, o agentes --
inmunosupresivos. Además estas lesiones se presentan du--
rante el embarazo y pueden estar acompañadas de diabetes,
hipotiroidismo y otras enfermedades debilitantes.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Frecuentemente las lesiones rojas propias de este
padecimiento son observadas asociadas a aquellas del tipo
pseudomembranoso y no son motivo de problema para elegir_
el diagnóstico.

Las lesiones producidas por quemaduras químicas,-
reacciones a drogas y otros organismos tienen una aparien_
cia clínica similar pero usualmente pueden ser excluidas,
o incluídas, tomando como base la historia del paciente.

TRATAMIENTO

Estas lesiones responden muy bien a las suspensio_
nes orales de Nistatin o a la toma de tabletas vaginales_
en forma de trociscos orales.

TABLA 2.- 1 VALORES NORMALES DE LA PRESION SISTOLICA Y DIASTOLICA

	Prepubertad femenina (5-15 niños)	Mujer Adulta	Prepubertad masculina (5-15 años)	Hombre Adulto
Presión sanguínea	105 (\pm 16)/57 (\pm 9)	120 (\pm 7)/75 (\pm 14)	105 (\pm 16)/57 (\pm 9)	126 (\pm 17)/79 (\pm 13)
Pulso (por minuto)	75-100	60-90	75-100	60-90
Respiraciones (por minuto)	18-20	12-15	18-20	12-15
Temp. oral (F°)	97.8-98.6	97-99	97.8-98.6	97-99
Temp. oral (C°)	36.6-37	36.1-37.2	36.6-37	36.1-37.2

FRANCISCO GOMEZ PERALTA, C.D.

EXAMINACION FISICA

NOMBRE DEL PACIENTE _____ REG. No. _____

INFORMANTE (otro diferente al paciente) _____

A. Apariencia general y _____

B. Prótesis, aditamentos, etc. _____

C. Signos vitales: P.S. _____, P. _____, R. _____
 Peso _____ Altura _____ Edad _____

NORMAL	ANORMAL	COMENTARIO	NORMAL	ANORMAL	COMENTARIO
D. Esqueleto craneofacial			F. Tejidos Intraorales		
1. () Índice cefálico ()			1. () Respiración ()		
2- () Relaciones ortog (); náticas			(alientos)		
3. () A.T.M. ()			2. () Saliva ()		
4. () Otros ()			3. () Labios ()		
			4. () Comisuras ()		
			5. () Mucosa bucal ()		
NORMAL	ANORMAL	COMENTARIO	6. () Areas retromolares ()		
E. Tejidos Extraorales			7. () Faringe ()		
1. () Tejido cutáneo ()			8. () Paladar blando ()		
2. () Estructuras au- ()			9. () Paladar duro ()		
riculares			10. () Lengua ()		
3. () Estructuras ocu- ()			11. () Piso de boca ()		
lares.			12. () Encía ()		
4. () Estructuras na- ()			13. () Relaciones oclu- ()		
sales.			sales		
5. () Senos ()			14. () Otros ()		
6. () Cartilago tiroi- ()					
des.			G. Odontolog. Preventiva		
7. () Glándula tiroi- ()			1. Higiene oral		
des			___ Pobre ___ Promedio ___ Excelente		
8. () Tráquea ()			2. Motivación de higiene dental		
9. () Cadena cervical ()			___ Pobre ___ Promedio ___ Excelente		
10. () Espacio paroti- ()			3. Cuidado dental previo		
deo.			___ Pobre ___ Promedio ___ Excelente		
11. () Espacio subman- ()			4. Nutrición		
dibular			___ Pobre ___ Promedio ___ Excelente		
12. () Triángulo submen ()					
toniano.					
13. () Glánd. salivales ()					
14. () Ejidos miofacial ()					
15. () Neurológico ()					
16. () Otros ()					

TABLA 3 - 1 MASAS DE SUPERFICIE LISA Y SUPERFICIE IRREGULAR

LESIONES	EXCEPCIONES
Superficie lisa*	
Tumores mesenquimales benignos y malignos	Variedades altamente malignas
	Etapas tardias de variedades menos malignas Lesiones traumatizadas
Nidos embrionales	Quistes drenantes
Quistes y nevus	Algunos nevus que estan elevados de superficie aspera
Abcesos	Abcesos que drenan
Bulas subepiteliales Erimete Multiforme	Bulas reventadas
Hiperplasias inflamatorias Tumores humorales	Granulomas piogénicos
Tumores de glándulas salivales menores Tumores malignos iniciales de glándulas salivales menores Fenómenos de retención Mucoceles y ránulas	Lesiones traumatizadas Lesiones traumatizadas
<u>Superficie Aspera</u>	Lesiones traumatizadas
Papilomas	Ninguna
Verruga vulgaris	Ninguna
Keratosis ceborraica	Ninguna
Carcinoma verrugoso	Ninguna
Carcinoma exofiticos	Ninguna
Carcinoma ulcerativos	Ninguna

TABLA 3 - 2 CONSISTENCIA DE LOS TEJIDOS Y ORGANOS
NORMALES*

CONSISTENCIA	TEJIDOS Y ORGANOS
Suave	Tejido adiposo Fascia Venas Tejido conectivo libre Tejido grandular, glándulas salivales menores y glándulas salivales sublinguales
Queso	Tejido cerebral
Ahulado	Piel Músculo relajado Tejido glandular encapsulado Arterias y arteriolas Hígado
Firme	Tejido fibroso Músculo tenso Grandes nervios Cartílago ⁺
Duro como hueso	Hueso Esmalte Dentina Cemento Cartílago ⁺

+ El cartílago es difícil de clasificar; parece caer dentro de una categoría intermedia siendo demasiado firme para incluirse dentro del grupo de co-sistencia firmes y no tan firme como para colocarse dentro del grupo de consistencia dura.

TABLA 3 - 3 CONSISTENCIA DE MASAS PATOLOGICAS

LESIONES	EXCEPCIONES
Suaves	
Quistes	Quistes bajo tensión - ahulado Quistes infectados y con fibrosis - firme Quistes sebáceos, quistes dermoides - como queso
Tumores de Warthin	Ocasionalmente tipos esclerosados firmes
Tumores Vasculares Tumores de Grasa	Tipos escleróticos
Hiperplasias inflamatorias	Tipos fibrosos - firme
Efisema	No
Laringoceles	No
Fenómenos de retención	Si están bajo tensión- ahulado
Mucocelos y ránulas	Si son fibrosos firme
<u>Consistencia de Queso</u>	
Quistes	
Cebáceos dermoides epidermoides	Infectados y de tipo fibroso
Nódulos tuberculosos	Nódulos tuberculosos tempranos o tardíos
<u>Anuladas</u>	
Quistes cuyos contenido esta bajo tensión	
Nufomas	No
	No
Aneurismas	No
Infecciones piogénicas	Etapas tempranas - firmes
Tejido edematoso	No
Hematomas tempranos	Si hay mucha tensión - suaves

TABLA 3 - 3 CONSISTENCIA DE MASAS PATOLOGICAS - Continuación...

LESIONES	EXCEPCIONES
<u>Firme</u>	No
Infecciones	
Estreptococos, estafilococos actinomicosis, histoplasmosis	
Tumores benignos de tejidos suaves fibromas, neurofibromas	Tumores grasosos, neurofibromas plexiformes hemangiomas
Malignidades de tejidos suaves Carcinoma de células escamosas, melanomas	No
Osteosarcomas	Ocasionalmente duros
Condrosarcomas	Ocasionalmente duros
Carcinomas metastásicos	Ocasionalmente duros
Tumores malignos y benignos de las glándulas salivales	Tumores de Warthin - suaves
	Ocasionalmente tumores mucoepidermoides con áreas alternantes suaves y firmes
Inflamación e infección de las glándulas salivales submaxilares y paputidas	No
Inflamación e infección de nódulos linfáticos	Nódulos caseosos - suaves y ahulados
<u>Duros como Hueso</u>	
Osteomas	No
Exostosis	No

TABLA 3 - 4 CARACTERISTICAS DE LAS MASAS SUAVES,
DE CONSISTENCIA DE QUESO O AHULADAS

LESIONES	FLUCTUANTES	DRENABLES
Quistes	Si	No
Abcesos	Si	No
Mucoceles	Si	No
Ránulas	Si	No
Hematomas recientes	Si	No
Enfisemas subcutáneos	Si	No
Lipomas	Si	No
Tumores de Warthin	Si	No
Varices	Variable	Variable
Laringoceles	Variabes	Variable
Hemangiomas capilares*	Variabes	Variable
Hemangiomas cavernosos	Usualmente No	Usualmente
Aneurismas	No	Si
Quistes drenantes	No	Si
Abcesos drenantes	No	Si
Hiperplasias inflamatorias	No	No

* Los hemangiomas capilares tienen menos de 1 cm. de diámetro y son usualmente muy pequeños como para que tengan fluctuación como para ser detectados exactamente como tales.

MASAS INDOLORAS, ADOLORIDAS O DOLOROSAS

LESIONES

EXCEPCIONES

INDOLORAS

Tumores benignos y malignos

Quistes
Hiperplasias benignas
Fenómenos vasculares
Laringoceles
Hematomas antiguos
Fenómenos de retención en glándulas
no encapsuladas

Neuromas de amputación
Carcinomas adenoides quísticos
condrosarcomas dentro de hueso
Tumores infectados
Tumores traumatizados
Tumores presionando nervios
Lesiones traumatizadas
Lesiones traumatizadas
Lesiones traumatizadas
Lesiones traumatizadas
Lesiones traumatizadas
Lesiones traumatizadas

ADOLORIDAS

Inflamaciones leves e infecciones
Trauma físico leve
Fenómenos de retención en glándulas
encapsuladas
Infecciones virales, micóticas y
riquetsiales
Mononucleosis
Hematomas recientes
Enfisemas subcutáneos

Ninguna

Ocasionalmente no dolorosas
Ocasionalmente no dolorosas
Ocasionalmente no dolorosas

DOLOROSAS

Tejido agudamente inflaado
Trauma físico severo e infecciones
agudas
Quistes infectados
Tumores infectados
Tumores

Ninguna

Aquellos con fistulas
Ninguno

TABLA 4 - 1 PREDILECCION DE LAS LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS PARA CADA GRUPO DE EDADES

INFANTES	NIÑOS	PERSONAS DE MENOS DE 40 AÑOS	DE MAS DE 40 AÑOS
Candidiasis	Enfermedad de Abricht	Enfermedad de Abricht (edad 6-10)	Pénfigo membranoso mucoso benigno
Quistes de erupción	Enfermedades infecciosas de niños	Gona (edad 15-35 para antes de los 12) Tumores salivales benignos (edad 30-32)	Candidiasis Estomatitis por dentaduras
Hemangiomas (85% al final del 1er. año)	Quistes de erupción Mononucleosis infecciosa Melanoma juvenil	Quistes branquiales Candidiasis Enfermedades infecciosas infantiles Quistes dermoides o epidermoides	Gingivitis descamativa Epulis fisuratum Leukoedema Leucoplacia 90% Liquén plano
Neros blanco esponjoso	Polipos pulpares Neros blanco esponjoso	Quistes de erupción Eritema multiforme Hemangioma (85% al final del 1er. año) Enfermedad de Hodgkin (edad de 20 a 40 años) Mononucleosis infecciosa Melanoma juvenil Mucocele Torus palatino Palipos pulpares Ulcera aftosa recurrente Verus blanco esponjoso	Melanoma Tumores malignos salivales (40-60) Carcinoma metastásico Penfido (casi nunca antes de los 30)

TABLA 4 - 3 PREDILECCION SEXUAL DE LESIONES DE LOS TEJIDOS
BLANDOS (RADIOS O PORCENTAJES SE MUESTRAN EN
PARENTESIS)

HOMBRES

MUJERES

Cáncer (excepto los tumores
de las glándulas salivales
menores)

Cáncer
Carcinoma metasiásico
Tumores de glándulas
salivales menores

Melanoma (2:1)

Cementoma

Gotemangioma central (2:1)

Carcinoma de células escamosas

Osteoporosis

Hiperparatiroidismo
Primario

Bucal (10:1)

Piso (93%)

Labio (98%)

Lengua (75%)

Hiperparatiroidismo
Secundario (2:1)

Eritema Multiforme

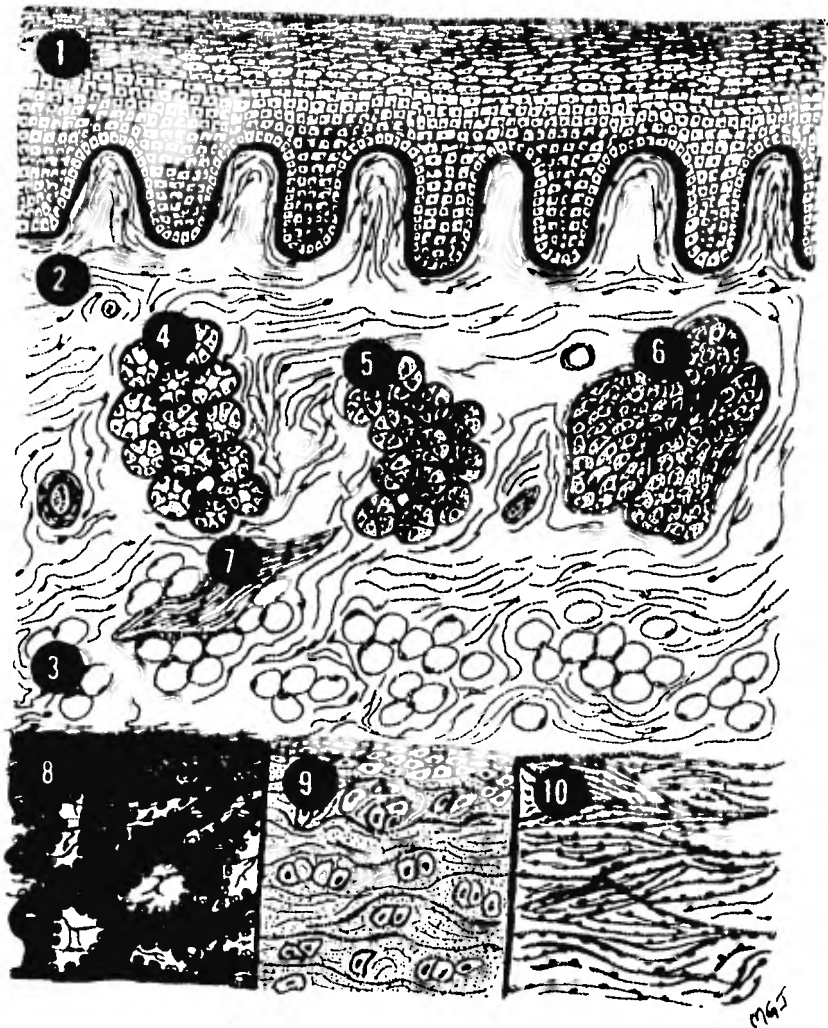
Leucoplacia

Glotitis Rhomboidea

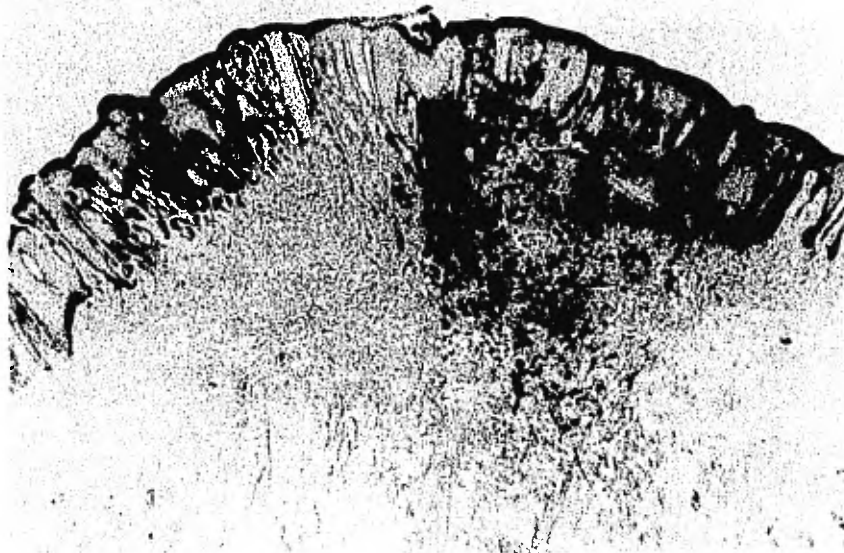
Media

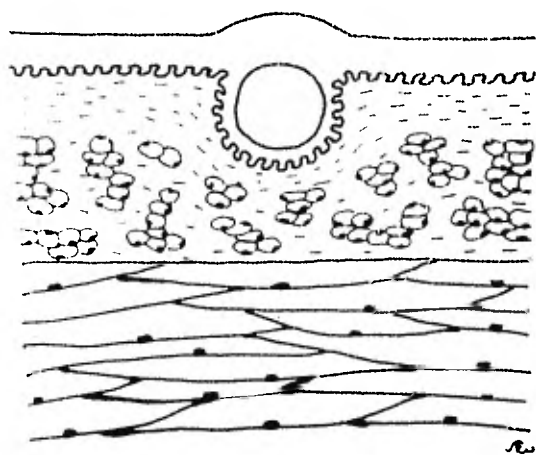
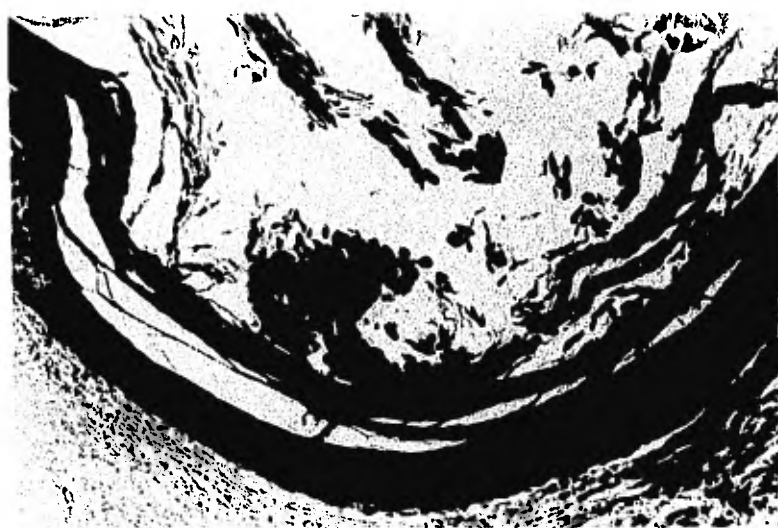
Mucocele

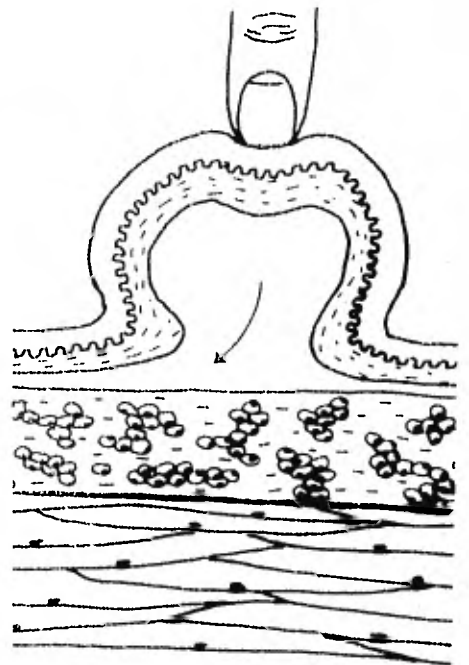
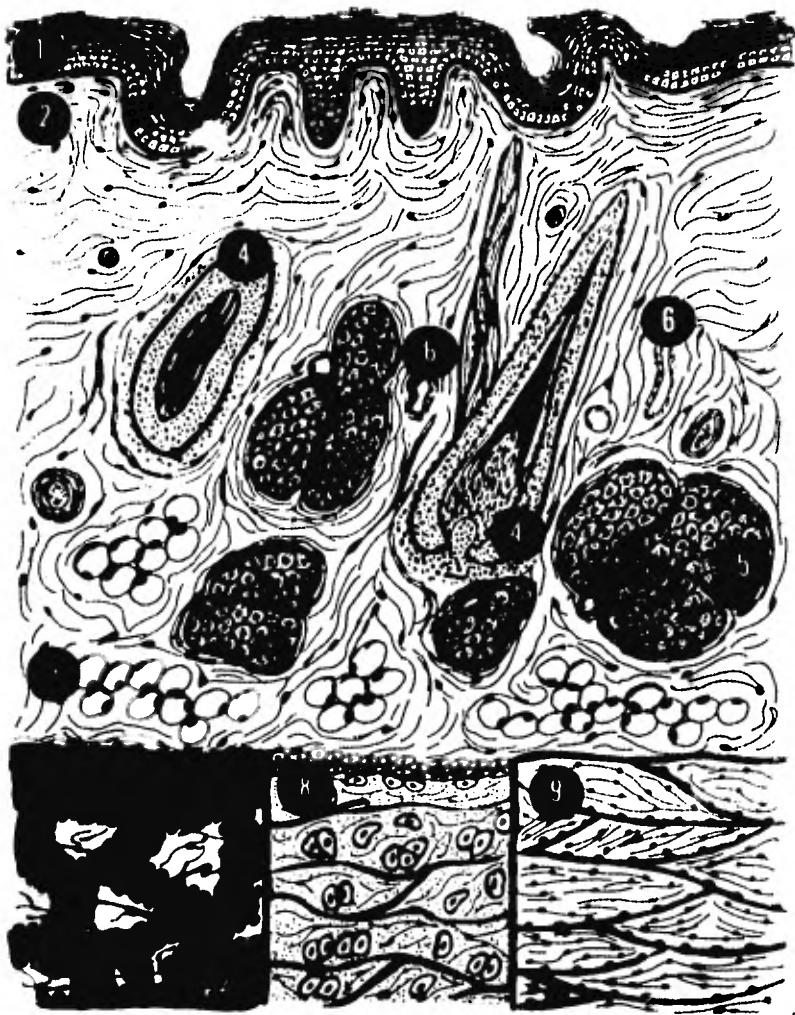
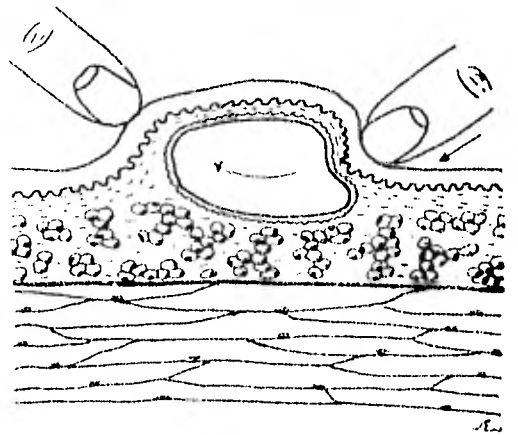
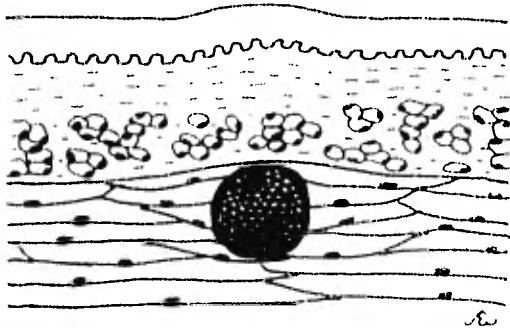
Mucositis por radiación

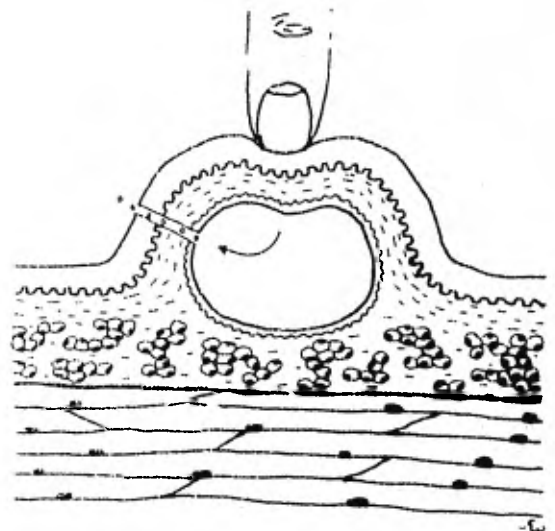
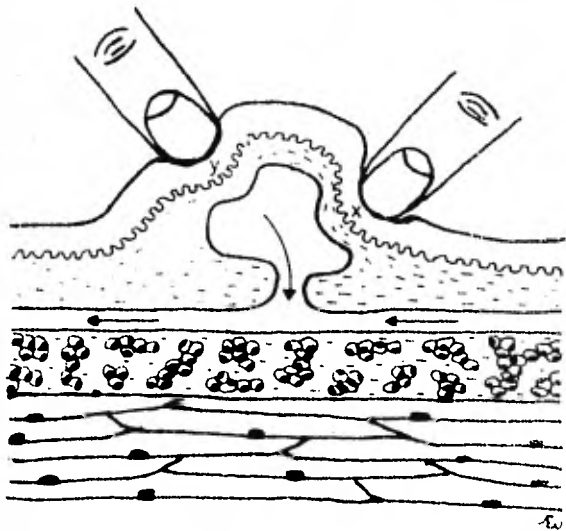
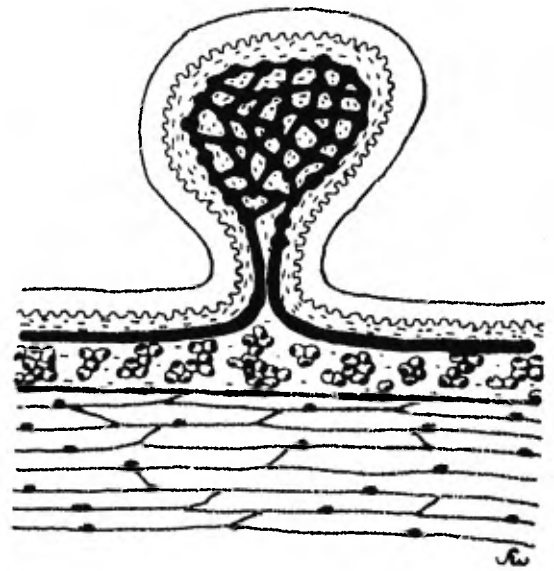
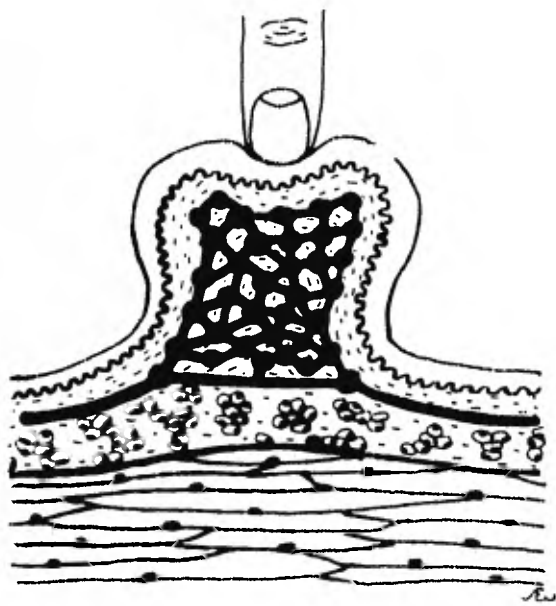


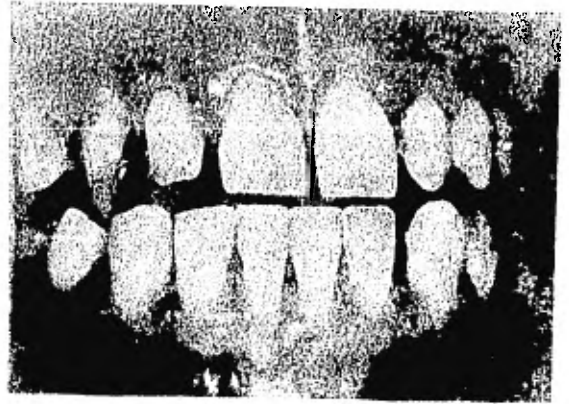
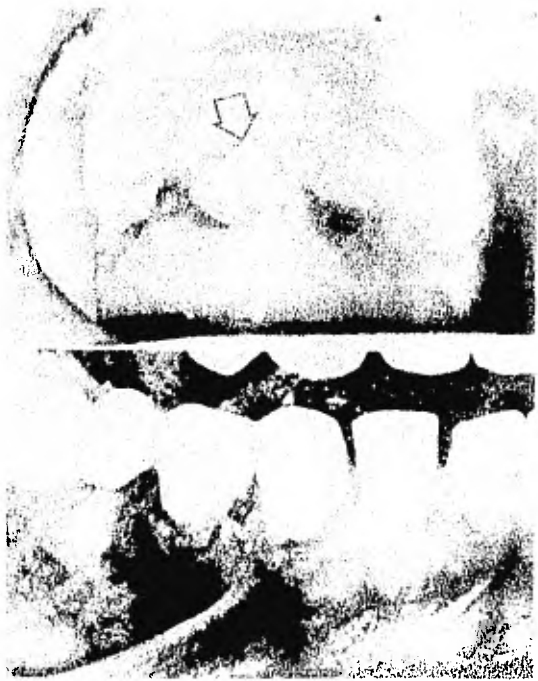












B





