

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
Iztacala-U.N.A.M.

182
224

CARRERA DE ODONTOLOGIA

Implicaciones Clínico Patológicas
De Las Lesiones Blancas

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
C I R U J A N O D E N T I S T A
P R E S E N T A
MARIA DOLORES LAGUNES MORENO



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

1ej 224

I N D I C E

INTRODUCCION	1
GENERALIDADES	3
DESARROLLO	10
LEUCOPLASIA*	10
ESTOMATITIS NICOTINICA	14
LIQUEN PLANO*	17
ENFERMEDAD DE DARIER	23
LUPUS ERITEMATOSO	
DISCOIDE CRONICO	24
CANDIDIASIS	26
LENGUA GEOGRAFICA	36
LENGUA PILOSA	39
ENFERMEDAD DE FORDYCE	43
PERLAS DE EPSTEIN	46
GINGIVITIS DESCAMATIVA	48
NEVO ESPONJOSO BLANCO	57
QUEMADURAS QUIMICAS	60
CARIES DENTAL	62
LEPRA Y MANIFESTACIONES ESTOMATOLOGICAS	65

* SE ANEXA 1 GRAFICA C/U.

METODOS DE LABORATORIO	77
MATERIAL Y METODOS	82
RESULTADOS*	84
CONCLUSIONES	89
RESUMEN GENERAL	90
BIPLIOGRAFIA	96

* SE ANEXAN 19 GRAFICAS.

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

Cuando empecé a elegir un tema de tesis, me encontré que había muchas especialidades y materias interesantes, y de mucha importancia. Pero tratando de hacer un trabajo escrito que además de requisito para la obtención de el título profesional, fuera una aportación sobre la materia que a mi -- parecer es profunda y difícil de manejar en la práctica profesional, como lo es la patología bucal y llegar a tener la posibilidad de un diagnóstico temprano, es uno de mis mayores anhelos profesionales. De esta manera, repasando las -- distintas condiciones patológicas que se pueden presentar en la cavidad oral, me fui inclinando por las enfermedades -- cuya característica común es la presencia de lesiones de un tono blanco-gris, afecciones que conocemos con el nombre de lesiones blancas de la cavidad oral.

Sobre estas lesiones hay bastante bibliografía y esto es -- una gran ayuda para poder ampliar el tema hacia un trabajo clínico, se efectuó en una institución de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Hospital "Dr. Pedro López" en donde se encuentran internados pacientes de Lepra y éstos -- desarrollan una gran variedad de patología bucal, pero lo --

2)

más interesante es que tienen la suya propia de la enfermedad, y que el odontólogo debería tener presente, ya que son los pacientes que más necesitan, precisamente para la prevención, curación y rehabilitación bucal.

Una afección importante, dada su frecuencia, es la caries dental, que se ha esbozado en este estudio para la mejor comprensión de el cuadro clínico que presenta la población estudiada.

GENERALIDADES

Las lesiones blancas son un grupo de enfermedades, cada una de las cuales es distinta de las demás, pero todas están relacionadas entre sí, por tener al menos una característica en común, sobre todo cuando se presentan en la cavidad oral; son rígidas, de color gris o blanco. El color claro característico se debe a la queratina, proteína que forma en su totalidad o en parte, la capa más externa de la lesión. Por ello, otra forma de considerar a este grupo es como enfermedades que producen y depositan queratina. Hay gran variedad de afecciones con queratosis en los tejidos de la boca, entre las que se encuentran: Hiperqueratosis benigna (pachy derma oris), Leucoplasia, Liquen Plano, Lupus eritematoso discoide crónico, Psoriasis y Queratosis folicular (o Enfermedad de Darier). De entre las lesiones que su única característica es el color blanco se encuentran: Candidiasis, Perlas de Epstein, Lengua geográfica, Lengua pilosa blanca, Enfermedad de Fordyce, Nevo esponjoso blanco, gingivosis y Quemaduras Químicas.

Las estadísticas varían considerablemente según su procedencia: servicios de clínica estomatológica, cirugía odontofacial, cirugía de cabeza y cuello, dermatología, odontología, anatomía, departamento clínico-quirúrgico de patología bucodental, archivo central de un hospital general, encuestas de un lector estomatológico o generales. También están en relación con el país del cual proceden y la época en que fueron realizadas; su valor no es absoluto y sólo tienen verdadera importancia en el sitio y tiempo en que fueron compiladas.

Bhaskar publica lo hallado en 20 575 biopsias de patología -- bucal, incluyendo lesiones dentarias y partes blandas, procedentes de un servicio odontológico. Los porcentajes correspondientes a las partes blandas, en relación con el total de las lesiones:

Leucoplasia Simple.....	7.34 %
Gingivitis crónicas.....	6.09 %
Quiste mucoide.....	2.89 %
Fibromas.....	2.82 %
Epulis.....	2.82 %
Papiloma.....	1.91 %
Granuloma Piógeno.....	1.77 %
Papilas hiperplásticas.....	1 50 %
Ulceración Traumática.....	1.08 %
Leucoplasia con atipia Epitelial....	1.02 %

El dermatólogo Francis P. Mc. Carthy realizó, en 1941, un -- estudio sobre enfermedades bucales, conviene aclarar que en - este tiempo aún no existían ni los corticoides, ni los anti-- bióticos.

Gingivitis crónicas.....	79	Transporte.....	215
Gingivitis Vicent.....	72	Gingivitis con hiperplasia..	58
Crónicas.....	46	Hiperplasia gingival en	
Agudas.....	26	desdentados.....	22
Gingivitis bismática		Gingivitis Agudas	18
con pigmentaciones.....	64	Placas mucosas	15
Subtotal.....	215	Piorrea alveolar	14
			<hr/>
		TOTAL.....	342

De las 211 estomatitis (vocablo usado por excepción), las aftas de todo tipo ocupan un lugar preponderante:

Estomatitis por aftas.....	84
Crónicas.....	61
Agudas.....	23
Estomatitis Crónica.....	53
Estomatitis Ulcerativa.....	34
Estomatitis Traumática.....	15
Estomatitis por Droga.....	13
Estomatitis Crónicas	
(morsicatio buccarum).....	10
Estomatitis Grangrenosas	
(intoxicación por Bismuto)....	2
	<hr/>
TOTAL.....	211

Sobre lesiones linguales, Mc. Carthy reunió los casos de lengua escrotal y geográfica. Hubo 40 casos de Anemia, 48 de -- papilitis, etc.

Sífilis lingual..... 67

glositis atrófica..... 45

placas mucosas..... 10

gomas..... 6

chancros..... 4

lenguas lobuladas..... 2

Subtotal..... 67

transporte..... 67

glositis crónicas..... 61

lenguas geográficas..... 55

lenguas fisuradas congénitas..... 50

papilitis..... 48

glositis atrófica por anemia..... 40

anemias secundarias..... 32

anemias perniciosas..... 8

glositis ulcerativa..... 20

glosodinas..... 16

varicosidades..... 12

lenguas negras vellosas..... 9

glositis traumáticas..... 6

glositis losángicas medianas..... 5

tuberculosis linguales..... 5

seudo lenguas vellosas..... 2

macroglosias..... 1

TOTAL..... 396

Las lesiones de los labios no diferían de lo que se observa -
en la actualidad:

Queilitis crónicas.....	34
Intértrigos labiales.....	20
Queilitis exfoliativas....	15
Queilitis glandulares (apostematosas.....)	13
Queilitis por contacto....	8
Fisura de labios	8
Linfangitis crónicas.....	5
Chancros labiales.....	5

TOTAL.....108

En lo que concierne a las dermatosis con localización bucal, también hay analogía, en cuanto a frecuencia, aunque vemos en la actualidad menos Lupus Eritematosos crónicos y Eritemas -- polimorfos bucales, en relación con el liquen, que es muy frecuente.

Liquen Plano.....	40	Transporte.....	129
bucal.....	26	Herpes Yugales.....	13
bucal y cutáneo.....	14	Púrpuras Hemorrágicas..	6
Lupus Eritematoso.....	24	Pénfigos bucales.....	2
Eritemas multiformes.....	22	Lupus Vulgar.....	1
Herpes Labiales.....	20		
Edemas Angioneuróticos.....	14		
Penfigos vegetantes.....	9		
Subtotal.....	129	TOTAL.....	151

Mc. Carthy considera la Leucoplasia como la lesión más frecuente (322 casos) de la mucosa bucal. También advierte - que la histopatología de las lesiones bucales es eminentemente similar a la de las afecciones que toman la piel, aunque son de esperar algunas variaciones en el cuadro microscópico, basada en la ausencia de folículos pilosos, glándulas sudoríparas y sebáceas, mientras que las alteraciones en - las glándulas de rosas y mucosa, presentan problemas característicos.

Yoel. de Buenos Aires; cirujano de cabeza y cuello presenta 14,576 pacientes de boca, cara y cuello. 5,704 eran tumores de cabeza y cuello, de los cuales 1,556 eran malignos. En tumores de boca y maxilares, sobre un total de 1,810 casos halló 806 malignos, de los cuales 274 eran óseos y el - resto, 532, de partes blandas.

Por último, en un centro estomatológico que es una Sección - del Servicio Dermatológico del Hospital Rawson de Buenos Aires, con un clima subtropical de donde provienen micosis profundas y leishmaniasis, en general se encuentran todo - tipo de enfermedades de la cavidad oral, encontrándose que las lesiones más comunes son las siguientes:

- 1.- Áftas
- 2.- Glosodinas
- 3.- Leucoplasia
- 4.- Herpes Labial
- 5.- Papilomas
- 6.- Quistes mucoides
- 7.- Liquen Rojo plano
- 8.- Queilitis diversas
- 9.- Úlceras traumáticas de la lengua
- 10.- Gingivitis
- 11.- Epiteliomas y Procesos
propios de la lengua

La candidiasis es también motivo
frecuente de consulta.

D E S A R R O L L O

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

La hiperqueratosis benigna o también llamada "pachy"derma oris, es la más común de las mucosas orales y comprende aproximadamente al 75% de todas las lesiones blancas. Es dos veces más común en el hombre que en la mujer. Puede estar presente dos o tres años antes de ser detectada; la mayoría de éstas se presentan en la quinta y sexta década de la vida.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Cualquier localización de la boca y con tamaños y formas muy diferentes. Se presenta generalmente como una placa gris o blanca, lisa, adherente cuya superficie suele ser lisa con pocas o ninguna señal de rugosidades queratósicas y cuyos bordes periféricos están mal limitados, confundién dose de forma gradual con la mucosa contigua normal. La lesión es blanda a la palpación y la consistencia se parece a la de la mucosa normal en un lugar de la lesión. Muy pocas veces hay erosiones o ulceraciones crónicas en el interior de la hiperqueratosis.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Existencia de una capa anormal de queratina o la paraqueratosis, o ambas, cuando la lesión tiene una localización en la que esta capa no está normalmente, o bien una capa de --

queratina de grosor excesivo, cuando la lesión se localiza en un sitio en que normalmente hay una capa.

DIAGNOSTICO

Para el diagnóstico de este tipo de lesiones es de suma importancia la BIOPSIA, con su respectiva y adecuada selección de tejido y la realización de biopsias repetidas cuando sea necesario.

TRATAMIENTO

Depende, sin lugar a dudas, de si la lesión es una hiperqueratosis o leucoplasia. Buscar factores irritativos crónicos locales, factores generales y hacer hincapié en los pacientes en que para la eliminación de ella, es necesaria su cooperación,

De esta forma, la lesión tiende a ser reversible, y no reaparece después de la extirpación -hecha en caso necesario-, a menos que las causas o factores persistan.

L E U C O P L A S I A

Es una placa fija de color blanco-gris que se puede presentar en cualquier lugar de la boca, ser de forma y tamaño variables y estar casi siempre elevada con una superficie áspera, arrugada y correosa, de bordes periféricos bien limitados y de consistencia dura, siendo por ello un tumor distinto. A veces, se observan erosiones persistentes o ulceraciones crónicas en la placa queratósica o cerca de ella, y su existencia subraya la posibilidad de que esta lesión sea precancerosa. Es importante saber que a veces, lo que clínicamente parece una leucoplasia, puede ser un carcinoma intra-mucoso o una neoplasia francamente maligna, un carcinoma. El aspecto clínico de este último, sobre todo en las fases precoces, puede parecerse a una leucoplasia. Por ello, a menos que el diagnóstico se base en una exploración biópsica, el médico debe saber que se encuentra ante una lesión potencialmente fatal.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Formación de una capa anormal o excesivamente gruesa de queratina, pero además se encuentran características específicas de desqueratosis en el epitelio escamoso subyacente, con pérdida de la orientación y entrecruzamiento de las capas celulares y anomalías en el tamaño, forma y tinción característica de las células, ya que la desquerato-

sis se considera precursora de una neoplasia maligna; a --
ésta variedad de lesión queratósica se le conoce con el -
término de leucoplasia verdadera.

La elección del lugar exacto para obtener muestras hísti--
cas representativas es de gran importancia en el diagnósti--
co histológico definitivo. Para asegurarlo, deben obtener
se muestras de varias zonas de la lesión, sobre todo de -
aquéllas en las que el tejido se muestre más característi--
co, principalmente, las más duras y en las que la querato--
sis es más gruesa y firme.

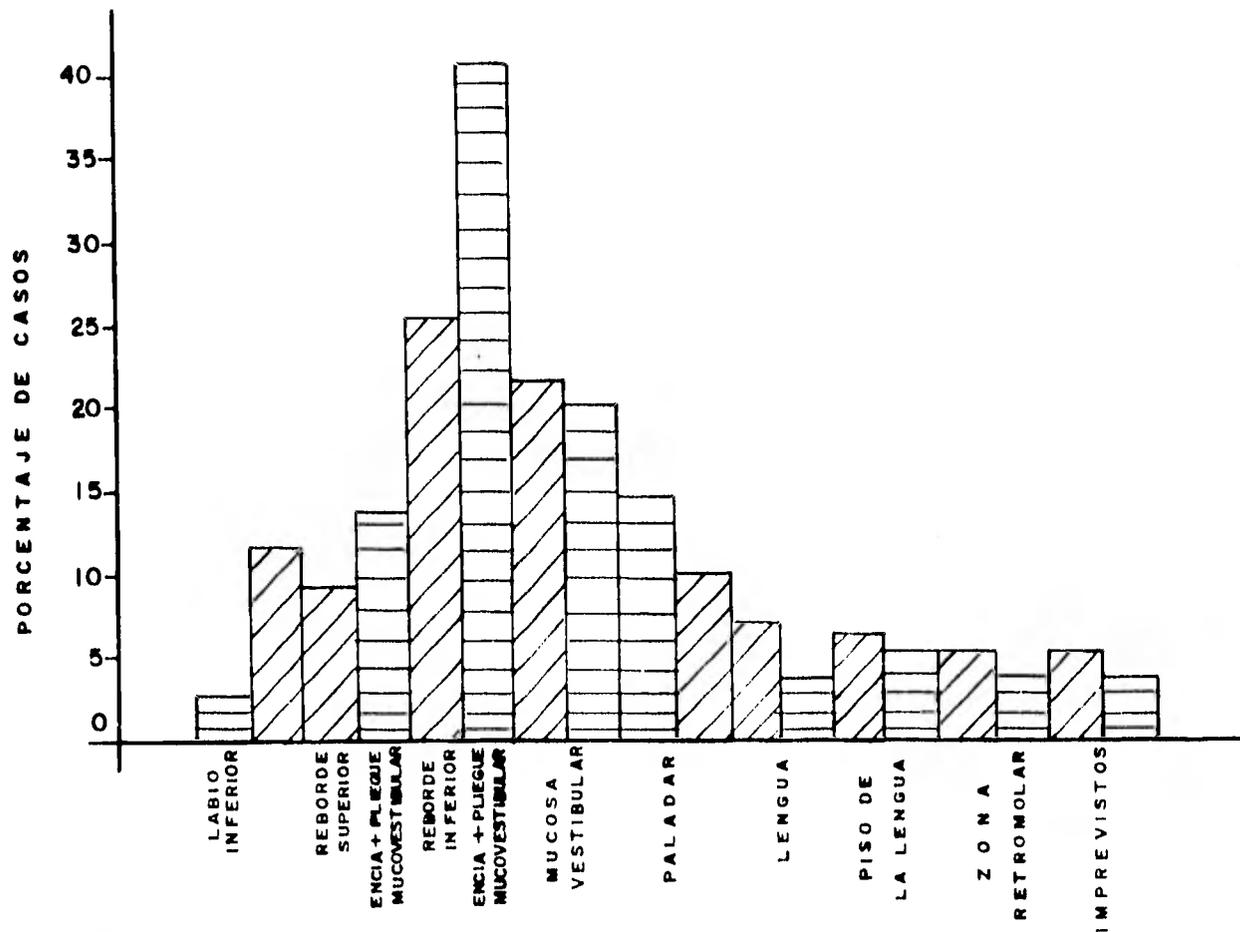
TRATAMIENTO

Si las lesiones queratósicas orales hacen pensar inicial--
mente en una leucoplasia clínica, al igual que en el caso
de las lesiones que parezcan hiperqueratósicas, se inves--
tigarán y eliminarán los factores locales y sistémicos.

Sin embargo, cuando el informe histológico muestre la pre--
sencia de una desqueratosis, se prescribirá de forma defi--
nitiva la extirpación quirúrgica o electro coagulación.

LOCALIZACIONES DE LA LEUCOPLASIA

(332 CASOS ; 228 ♂, 104 ♀)



NOTA:  VARONES
 MUJERES

(PREPARADO DE DATOS DE W. G. SHAFER Y C. A. WALDRON: SURG., GYNEC. OBSTET., 112: 411, 1961.)

ESTOMATITIS NICOTINICA

La estomatitis es un término muy amplio, el cual incluye todos los procesos inflamatorios que abarcan los tejidos suaves de la cavidad oral. Aunque lógicamente incurriría en todos los procesos inflamatorios que se presentan en la encía, aquéllos que abarcan la encía, usualmente se excluyen de la clasificación de la estomatitis y se ubican bajo el título de gingivitis.

Las variadas causas de la estomatitis se discuten de acuerdo a la etiología y a los cambios que se suscitan en las diferentes localizaciones anatómicas.

El tabaco ha sido mencionado con gran frecuencia, como agente agresor; muchos de sus componentes químicos y sus productos terminales de combustión, como los alquitranes y resinas del tabaco, son sustancias irritantes capaces de producir alteración leucoplásicas de la mucosa bucal.

La estomatitis nicotínica se puede observar en el paladar de un fumador de pipa.

CARACTERISTICAS CLINICAS E HISTOLOGICAS

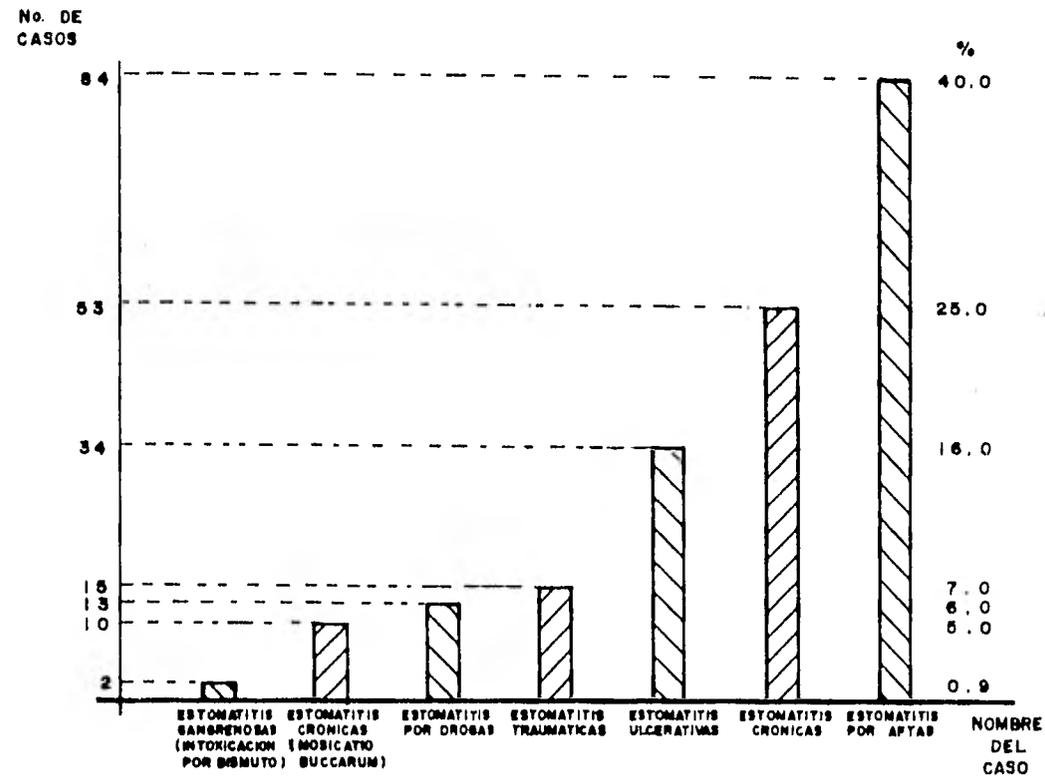
El paladar se observa pálido, especialmente los dos tercios posteriores. Los orificios de las glándulas del paladar tienen una apariencia de perforaciones de agujas rojas. Estos cambios se deben a la hiperqueratinización e hiperplasia del epitelio del paladar y la leve dilatación del orificio del ducto. Cuando el proceso es más severo y de una naturaleza más crónica, el paladar está más blanco y numerosas pápulas de 1-2 mm. de diámetro, aparecen en la línea media, en la parte posterior del paladar; las elevaciones tienen centros punteados rojos o rosados, los cuales marcan los orificios de las glándulas.

En casos sumamente severos las lesiones papulares pueden estar muy juntas y presentar un patrón de fisura, el color de la mucosa y la lengua se convierte en blanca-gris y correosa, debido a la hiperqueratinización. En pacientes desdentados la hiperqueratinización del puente alveolar y mucosa oral tienen una aguda línea de deslinde en el punto de contacto y la hiperqueratinización no se extiende hasta el fornix bucal. Muchos investigadores consideran a este proceso una variante de Leucoplasia.

TRATAMIENTO

En realidad, la estomatitis por la nicotina es una hiperqueratosis verdadera, pero debido a su localización en el paladar, a la frecuente inclusión de glándulas mucosas hipertrofiadas e inflamadas, y a la directa relación con el exceso de tabaco, tiene su propia denominación específica. Su comportamiento es parecido a la hiperqueratosis verdadera de forma reversible y desaparece después de la eliminación de la causa.

ESTOMATITIS



L I Q U E N P L A N O

Enfermedad propia de la piel y representa el 1.5% de los problemas dermatológicos.

Son primordiales para el cirujano dentista los conocimientos acerca de las lesiones de la mucosa bucal, pues por lo común preceden a las lesiones cutáneas.

Se ignora la etiología exacta del liquen plano, pero se consideran importantes los factores psicossomáticos (pacientes con problemas emocionales); se ha encontrado hipertensión en el 25% de los pacientes que presentan liquen plano, así como el déficit prolongado de vitamina B.

El sexo no es un factor que influya en la enfermedad. Es rara esta enfermedad en la raza negra. El liquen plano afecta más a los individuos cuya edad fluctúa entre los 20 y los 40 años.

Las lesiones cutáneas suelen presentarse en las superficies anteriores de la muñeca, antebrazo y tobillo. También es frecuente en la úvula. Son poco frecuentes en el tímpano y tubo digestivo; y en ocasiones pueden afectar el pene.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Las lesiones cutáneas del liquen plano se presentan como pápulas pequeñas, de superficie plana, de unos milímetros de diámetro cubiertas por una escama fina y brillante. - Al comienzo de la enfermedad las lesiones son rojas, pero pronto adquieren un tono púrpura o violáceo, para después adquirir un color parduzco sucio.

Frecuentemente la lesión se presenta sobre una herida, -- raspadura o traumatismo leve. Produce prurito, que puede durar varias semanas antes de desaparecer.

El liquen plano afecta a cualquier mucosa; es una enfermedad crónica. Suelen encontrarse exacerbaciones espontáneas relacionadas con períodos de ansiedad, angustia o stress.

Entre las manifestaciones bucales que presenta el liquen plano, las podemos dividir en dos tipos:

- a) VARIEDAD NO EROSIVA (más frecuente)
- b) VARIEDAD BULBOSA o EROSIVA

a) VARIEDAD NO EROSIVA

Es casi asintomática, se presenta como zonas blanco -- azuladas de límites difusos y ligeramente elevadas.

Las lesiones del liquen plano suelen ser bilaterales, sin embargo si la lesión se presenta en forma unilate-

ral no descarta el diagnóstico de esta enfermedad.

b) VARIEDAD BULBOSA O EROSIVA

Es cada día más frecuente el liquen plano bulboso o erosivo de la mucosa bucal. Esto puede plantear problemas de diagnóstico diferencial.

- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Es preciso distinguir el liquen plano, de la mucosa vestibular de los traumatismos de esta región, las leucoplasias, la candidiasis y a veces de los gránulos de Fordyce.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

En el aspecto histológico del liquen plano se observan -- hiperqueratosis con engrosamiento de la capa granular, - acantosis con edema intracelular; también se observan brotes epiteliales con aspecto de sierra, degeneración por licuefacción de células basales con aparición de una delgada barda de coágulo eosinófilo, en lugar de éstas; y -- por último, filtración de linfocitos y algunos plasmocitos en la capa superficial del tejido conectivo. En algunos casos la hiperqueratosis y acantosis no son razgos sobresalientes.

En el epitelio hay cuerpos queiliodes en mayor cantidad -- en la capa de células espinosas y basales. Son túbulos eosinófilos redondos que probablemente representan leucocitos regenerados.

Debido a la degeneración de las células de la capa basal, las células espinosas parecen apoyarse directamente en el tejido, separado de éste, sólo por una delgada banda de material eosinófilo.

TRATAMIENTO

La terapéutica debe encaminarse al paciente más que a la enfermedad, repitiéndole, en todos los tonos, que su estado no es de gravedad. Se recomienda el empleo de tranquilizantes y sedantes leves como los barbitúricos. Los pacientes que desarrollan cancerofobia deben recibir atención especial; puede ser conveniente en estos pacientes el estudio histológico de la lesión, como medida terapéutica y en casos extremos recurrir al psicoterapeuta.

El líquen erosivo puede responder bien al lavado bucal -- con clorhidrato de clortetraciclina al 2%, tres veces al día, durante tres días; aunque este tratamiento puede lograr una mejoría momentánea de las zonas erosionadas, no cubre el fenómeno patológico de base. Se han obtenido --

buenos resultados con la ingestión de vitamina A tópica, a razón de 75,000 a 150,000 U.I., varias veces al día. Se cree que la vitamina A, absorbida in situ, combate a la -- hiperqueratosis patológica. Algunos pacientes responden bien a este tipo de tratamiento; sin embargo, es difícil -- una evaluación crítica, pues en esta enfermedad las remisiones espontáneas son frecuentes. La hidrocortisona y -- sus derivados no están indicados en el tratamiento de la variedad no erosiva del liquen plano.

Algunos autores recomiendan el empleo de cloroquina; sin embargo, es preciso recordar que este fármaco puede producir ciertos efectos colaterales graves, como la pérdida -- del equilibrio, trastornos visuales y digestivos, y dis-- crasias sanguíneas.

El tratamiento es sumamente difícil. Son raras las remisiones espontáneas, y suelen tardar mucho en presentarse. Se pueden prescribir trociscos anestésicos o soluciones -- anestésicas, como tratamiento sintomático en caso de dolor intenso. Puede emplearse un antimicrobiano leve también, pero no están indicados los antibióticos.

Por lo general la terapéutica medicamentosa es ineficaz.

a) LESIONES NO EROSIVAS

El pronóstico del liquen plano no erosivo es malo en cuanto respecta a remisión o desaparición de las lesiones. Si la erupción coincide con un período de tensión emocional, es más probable la remisión espontánea. Al desaparecer las lesiones de la mucosa bucal, no queda ninguna zona pigmentada. La posible relación entre el liquen plano y el carcinoma, se presenta al hablar del pronóstico de la variedad erosiva.

b) LESIONES EROSIVAS

En individuos con grandes lesiones debidas al liquen plano erosivo, su atención y el alivio sintomático del dolor ponen a prueba la imaginación y la paciencia del dentista. Es preciso mencionar el asunto de la degeneración maligna de las lesiones erosivas. Se puede sospechar que la degeneración maligna relacionada con cualquier irritación crónica de larga duración en un huésped sensible.

ENFERMEDAD DE D A R I E R

(QUERATOSIS FOLICULAR)

Es una rara enfermedad hereditaria de la piel, que también - puede afectar a los tejidos de las mucosas, incluyendo los - de la boca, faringe, laringe y vulva.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Las lesiones orales afectan generalmente la encía y el -- paladar duro y blando, en los que aparecen numerosas pápu las elevadas, de pequeño tamaño, blancas por arriba que - hacen pensar en una papilomatosis.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Se encuentra hiperqueratosis, papilomatosis, acantosis y una disqueratosis característica benigna con cuerpos redon dos y lagunas.

TRATAMIENTO

Muchas veces se emplea vitamina "A", pero este tratamien to no siempre es eficaz.

LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE CRONICO

Es una enfermedad muy frecuente en la piel, y se encuentra en un 15 a 25% en la mucosa oral. Es más frecuente en las mujeres que en los varones y, aunque puede presentarse en personas de todas las edades, es más frecuente entre los 20 y los 40 años. De su etiología sólo hay teorías, por ejemplo, de que se trata de una forma de tuberculosis; se asocia a infección local que se produce a causa de fotosensibilidad; también se ha intentado relacionarla con agentes tóxicos, como los insecticidas y con ciertos fármacos, como los arsenicales, el oro, el bismuto y los barbitúricos.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Su localización favorita es el ala de la nariz y las mejillas. Son lesiones bien delimitadas, enrojecidas, bordes ligeramente elevados, centros deprimidos y pálidos, pueden estar difusas y otras agrupadas. Aunque en la mayor parte de las lesiones cutáneas, se facilita el diagnóstico, a veces las manifestaciones mucosas, preceden a tales lesiones en una semana e incluso meses. A veces se encuentran placas queratósicas adherentes, blanco grisáceas, pequeñas de varios milímetros que recubren varias zonas de la erosión. La enfermedad es muy persistente y crónica, sus lesiones suelen crecer y extenderse muy

lentamente. Sus síntomas no son muy expresivos; el enfermo puede quejarse de un ligero dolor o molestia, o puede estar totalmente asintomático.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Se parece al liquen plano, es decir, hiperqueratosis, paraqueratosis, o ambas, degeneración de las células basales y un infiltrado inflamatorio crónico compuesto principalmente de linfocitos que se hallan en la dermis. Pero, al contrario del liquen plano, el infiltrado es perivascular y además, se observa una degeneración parecida a la hialina del tejido conjuntivo colágeno.

TRATAMIENTO

Depende del internista, aunque el odontólogo puede ayudar considerablemente a obtener el éxito terapéutico, eliminando todos los irritantes locales que pueden contribuir a la intensidad de las lesiones orales. Puede ser eficaz también el tratamiento tópico y general con corticoesteroides, pero no tiene un efecto curativo.

C A N D I D I A S I S

También llamada moniliasis, algodoncillo o muguet. Es una - infección aguda, sub-aguda o crónica, originada por el hongo de tipo levadura llamado Monilia o Candida Albicans, y se -- caracteriza por una lesión blanca perlada o blanca azulosa, que afecta la mucosa y el epitelio. El muguet puede afectar también el tubo digestivo, vías respiratorias, vagina, piel y en ocasiones corriente sanguínea y válvulas del corazón.

. ETIOLOGIA

El muguet y otras variedades de monilia se debe a un hongo de tipo levadura, que es un miembro normal de la flora -- bucal en muchos individuos. El estado de portador es pro bablemente más frecuente entre los diabéticos y en los - sujetos con prótesis completas.

Como este micro-organismo es parte de la flora bucal, el muguet y las demás variedades de moniliasis se consideran infecciones endógenas específicas. La especie más común de muguet es la cándida o monilia albicans, formada con - esporas de pared gruesa llamadas clamidosporas, en medios artificiales que muestra formación rápida de yemas en -- presencia de suero, se considera más patógena que otras; con otros microorganismos que intervienen en infecciones

endógenas, la monilia es poco virulenta; no es transmisible y sólo produce infección de la mucosa en presencia de una predisposición local y en general manifiesta.

- FACTORES PREDISPONENTES

- A) Alteraciones notables de la flora microbiana de la boca.
- . Administración de antibióticos antibacterianos (en especial de amplio espectro)
 - . Empleo excesivo de enjuagues bucales antibacterianos.
 - . Xerostomía: Secundaria a medicamentos anticolinérgicos.
Secundaria a enfermedad de las glándulas salivales.
- B) Irritantes locales crónicos.
- . Prótesis
 - . Uso intenso de tabaco
- C) Esteroides corticosuprarrenales
- . Locales
 - . Generales
- D) Irradiación de cabeza y cuello

E) Edad

- . Infancia
- . Edad avanzada

F) Hospitalización

- . (edad, enfermedades agotadoras, antibióticos)

G) Enfermedad General

- . Diabetes
- . Leucemia y linfomas

. CARACTERISTICAS CLINICAS

En el niño el muguet presenta un cuadro clínico, bastante homogéneo; pero en el adulto cabe encontrar una amplia gama de signos y síntomas.

Las lesiones típicas del niño consisten en placas adherentes blancas o blanco-azulosas en la mucosa bucal, que a veces abarcan los tejidos circumbucuales; estas lesiones son relativamente indoloras, se quitan con dificultad, --- quedando luego una superficie sangrante, dolorosa y des--carnada.

En el adulto, la enfermedad se acompaña de inflamación, eritema, y zonas erosionadas dolorosas; a veces hay pocas lesiones típicas. Las lesiones pueden afectar toda la -

mucosa de la boca o zonas bastante localizadas, donde -- los mecanismos de limpieza actúan mal. Muchos adultos -- describen como pródromo la aparición brusca de un sabor -- desagradable (metálico) con pérdida de sentido del gusto. Las lesiones blancas también pueden ir precedidas por -- sensación de boca y garganta.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El examen de las lesiones de muguet muestra una reacción inflamatoria superficial localizada, con úlceras super--ficiales también, cubiertas de una gruesa capa de restos celulares, fibrina y exudado inflamatorio, con gran núme--ro de hongos y micelios cortos con ramificación rudimen--taria. Los hongos rara vez pasan de esta capa superfi--cial de exudado.

La pseudomembrana da el aspecto característico de costra blanca a las lesiones mucosas; cuando se levanta por -- raspado o durante la masticación, la mucosa subyacente -- inflamada se presenta como placa eritematosa.

La sospecha de moniliasis bucal debe ser motivo para -- efectuar los exámenes de laboratorio adecuados. Si se -- quiere llegar a un diagnóstico definitivo, será necesari--o realizarlos.

La investigación directa de las escamas, que deben ser observadas en una gota de solución de potasio al 10 ó al 20%, puede demostrar en algunos casos la existencia de células levaduriformes de pared delgada, brotantes, correspondientes al género de la cándida.

Las observaciones deben hacerse sistemáticamente por medio de cultivos en el medio de sabourand, a 37°C; el crecimiento muestra a los pocos días una colonia de aspecto cremoso y húmedo.

Otros medios utilizados son el de Nickerson, en el que es difícil en muchos casos la diferenciación por el color y la forma de la colonia de la cándida albicans, de las otras especies. Un método rápido es el propuesto por Si na y Reis, en el que produce clamidosporos tan sólo la cándida albicans en un período de 2 a 5 días.

DIAGNOSTICO

Siempre es posible llegar a un diagnóstico seguro de Muguet, mediante el estudio microscópico de raspados de las lesiones sospechosas. El muguet puede reservarse abundantes yemas y micelios; en las variedades crónicas de moniliasis bucal, existen menos microorganismos, pero todavía bastan para el diagnóstico.

En la moniliasis atrófica crónica (estomatitis por prótesis) los raspados de paladar suelen demostrar pocos micro-organismos, aunque la superficie de contacto de la prótesis puede estar cubierta de micelios mezclados con alimentos y restos celulares, y se encuentran también con cierta frecuencia micelios de las lesiones angulares. En la moniliasis hiperplásica crónica, los micro-organismos pueden desaparecer durante la terapéutica fungicida, y volver a presentarse cuando se suspenda dicho tratamiento a partir de zonas profundas del epitelio.

También es importante saber, antes de recoger la muestra, qué medicamentos, enjuagues o limpiadores de prótesis utiliza el paciente. En vista de la gran frecuencia de portadores sanos de este micro-organismo, los cultivos en medio de saburra, o algún otro medio colectivo, ayudan poco, salvo para confirmar la naturaleza del micro-organismo observado en los frotis.

Clásicamente, la moniliasis bucal se describe como una película blanca perlada, fácil de desprender de la mucosa, bajo la cual queda una placa roja descarnada. La descripción que antecede muestra que la moniliasis bucal puede también adoptar otras formas; además otras lesiones comunes se parecen al muguete clásico: la leche

vomitada en los lactantes, o en los adultos, el hidróxi-
do de aluminio empleado como antiácido, y los restos de
alimentos, pueden pegarse a la mucosa bucal. Otras in-
flamaciones pseudomembranasas de la mucosa pueden presen-
tarse como películas blancas perladas, y para confirmar
un diagnóstico de moniliasis, es preciso recurrir al - -
examen microscópico de los frotis.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las variedades respiratorias y digesti-
vas de la enfermedad corresponde al médico. Algunos --
autores encontraron que la anfotericina "B", por vía - -
parenteral era eficaz en el tratamiento de la moniliasis
generalizada. La respuesta de la terapéutica puede ser
lenta. Antes de que el dentista inicie una terapia de -
lesiones bucales de moniliasis, es preciso suspender los
antibióticos locales o generales, y en su caso los este-
roides suprarrenales; se suspenderán también los lavados
bucales antibacterianos, y se deben sustituir o corregir
las prótesis mal ajustadas.

La Nistatina y la Anfotericina "B" son antibióticos - -
eficaces contra la monilia albicans. Sus propiedades --
químicas y biológicas son semejantes; actúan fundamental
mente por contacto con el hongo. Este tipo de base, que

puede aplicarse debajo de la prótesis, permite un contacto prolongado del fármaco o del agente causal. Se puede aplicar la nistatina de la misma manera; se pueden mantener en la boca, varias veces al día, pequeñas cantidades de esta suspensión, y aplicar algunas gotas sobre la -- prótesis después de las comidas. Se requiere aplicación repetida del medicamento, pues estos fungicidas tienen -- una acción fundamental local.

Los trociscos de nistatina generalmente se toleran mal -- por su sabor desagradable y su lenta disolución; con -- frecuencia, se pueden evitar estos inconvenientes -- -- empleando comprimidos vaginales que contienen lactosa. -- El yougurt y la leche agria, que contienen cultivos del lactobacillus, son adyuvantes útiles en el tratamiento -- del muguete bucal y digestivo. El pronunciado sabor -- ácido ayuda a combatir el sabor metálico del muguete, y las bacterias pueden ayudar a reconstruir una flora bu-- cal normal.

Es frecuente que vuelvan a presentarse las lesiones después de terminar el tratamiento, si no se han eliminado los factores predisponentes. En pacientes con xerostomía o en los que no pueden suspender la terapéutica con esteroides, la regla es que sólo puede emplearse en forma

continúa una prótesis, sin caer en el problema del muguete, si se sigue un tratamiento continuo con nistatina.

Se lograron buenos resultados en tratamientos de la moniliasis bucal, aplicando repetidamente una solución acuosa de caprilato de sodio al 20%. Sin embargo, el enfermo no suele apreciar este tratamiento, pues la solución tiene un sabor y olor desagradable.

No aconsejamos las soluciones de ácido bórico, que son tóxicas, ni el cristal violeta. En casi todo el mundo estos agentes terapéuticos fueron desplazados por los fungicidas más eficaces.

PRONOSTICO

Se realizó un estudio sobre el pronóstico de la candida albicans en personas con aparatos protésicos y personas que sólo presentaban sintomatología de estomatitis; los resultados fueron claros y lógicos; las personas que no se quitaron los aparatos protésicos fueron experimentando aumento de la lesión hasta que dichos aparatos no fueron retirados; sobre todo en placas totales se observó un considerable aumento del muguete. En cambio las personas que no tenían la sintomatología, fueron recuperándose en pocos días, después de la administración de

los fungicidas. Para que el pronóstico favorable perdure, se debe reafirmar la utilidad de la limpieza bucal.

L E N G U A G E O G R A F I C A

SINONIMIA

Rash migratorio, eritema emigrante de la lengua, glositis migratoria benigna, eritema migrans.

ETIOLOGIA

No se ha puesto en claro aún en forma absoluta el fundamento etiológico de la lengua geográfica. Sin embargo - algunas teorías lo atribuyen a factores psicógenos, e - irritación local y deficiencias nutritivas. Por estas - razones se le considera a la lengua geográfica, anomalía benigna.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Esta lesión con frecuencia aparece en forma de áreas solitarias o múltiples de placas aplanadas de color rojo brillante en el dorso de la lengua. Las superficies - - lisas, están desprovistas de papilas filiformes; los bor des de la lesión son bien manifestados y a menudo destacados por una queratinización que la rodea ligeramente, - elevada de color blanco amarillento. Las papilas fungi - formes de las áreas rojas, en forma de placas, persisten en forma de pequeñas ulceraciones brillantes y rojas.

Al crecer y cambiar la situación, las placas pueden hacerse confluentes y bastas, o pueden adquirir una forma irregular que a menudo presenta una exposición parecida a un mapa; de aquí el nombre popular de lengua geográfica. Las porciones rojas pueden persistir durante días o semanas o, a retroceder en una área y extenderse en otras; pueden presentar cuadros diferentes de un día a otro.

SINTOMATOLOGIA

La lengua geográfica suele ser asintomática, pero en algunos casos puede dar lugar a ligeras sensaciones de ardor, prurito o sensibilidad; en ocasiones en las papilas afectadas se pierde el sabor.

Con frecuencia se presenta más comunmente en la niñez y en adultos jóvenes, aunque puede presentarse en personas de cualquier edad.

TRATAMIENTO

Paliativo, ya que la lesión desaparece al paso de los años, por sí sola.

PRONOSTICO

Favorable, ya que es una lesión benigna.

La lengua pilosa se considera como una reacción tóxica, y esta denominación se emplea para describir la hipertrofia y elongación de las papilas filiformes del dorso de la lengua. Suelen limitarse a la región inmediatamente por delante de las papilas calciformes y rara vez afectan a la punta y bordes laterales.

ETIOLOGIA

Aunque la etiología es desconocida, se ha sugerido que algunos microorganismos, en particular hongos, podrían ser el factor excitante. Es cierto que se pueden cultivar muchos tipos de microorganismos del raspado de las papilas, incluyendo *Candida albicans*, pero hay pruebas de una relación de causas y efectos. Algunos trabajos indicaron que los microorganismos presentes eran simplemente saprofitos y que su erradicación no necesariamente producirían la vuelta de la lengua a la normalidad.

Otra explicación fue que los trastornos sistemáticos producían la lengua pilosa; tampoco aquí se dispone de muchas pruebas, excepto en los casos ocasionales en que la lesión cede condicionalmente en el tratamiento de una enfermedad sistémica.

Se sugirió que el uso bucal de ciertas drogas, ejemplo: perborato de sodio, peróxido de sodio y antibióticos como penicilina y aureomicina, pueden incitar esta afección; - en el caso de antibióticos, se puede y se deduce que hay una supresión de la proliferación en la población bacteriana bucal normal y la concomitante proliferación de hongos. No hay pruebas claras para apoyar estas ideas, la mayor parte de los estudios coinciden en que gran parte de los pacientes con lengua pilosa son fumadores empedernidos, aunque la prevalencia de este hábito puede tornar discutible su aparente importancia.

La lengua pilosa es bastante frecuente en pacientes que fueron sometidos a irradiación de rayos X, en cabeza y en cuello, para tratamiento de un tumor. Casi invariablemente se encontró que los rayos estaban dirigidos a través de alguna de las glándulas salivales, alterando por lo tanto su función en cierto grado. La lengua pilosa en algunos casos se debe a alguna modificación del medio bucal local, aunque no se sabe si se trata de un cambio químico o físico en la saliva, propiamente dicha, o en la flora microbiana.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Cuando las papilas filiformes se hipertrofian y alargan, aprisionan elementos extraños, entre los cuales se encuentran células epiteliales descamadas, restos de alimentos, micro-organismos y hematíes. De ello resulta una formación con apariencia de pelo desgredado, cuyos pelos aislados pueden distinguirse deshaciéndolos con un estilete bucal; el color de la lengua pilosa es variable: puede ser gris, de color canela, pardo, amarillo, o hasta negro, dependiendo de los pigmentos contenidos en los alimentos, bebidas, tabaco, etc., consumidos por el enfermo.

También varían los síntomas subjetivos en muchos casos; aparte de su aspecto desagradable, la lesión está completamente desprovista de síntomas. En otros, el alargamiento extraordinario de las papilas filiformes es motivo de cosquilleo o náuseas. En algunos casos las partículas aprisionadas ocasionan quejas acerca del mal olor en la boca.

La persistencia y cronicidad de los síntomas pueden ocasionar una perturbación emocional, en la cual las molestias iniciales pueden ser el ardor o dolorimiento de la lengua.

. TRATAMIENTO

Como se dijo anteriormente, la lengua pilosa se le considera una reacción tóxica, y para el tratamiento de las lesiones tóxicas, tiene primordial importancia la eliminación del agente causal. Ello va seguido, en la mayoría de los casos, de la rápida curación, aunque en las reacciones más raras, puede ser necesario un período más largo de curación. Cuando las lesiones son debidas a medicamentos o sustancias químicas indispensables para el bienestar o la vida del enfermo, la decisión de interrumpir el medicamento, pertenece como es natural, al internista que asiste al paciente. En una lesión benigna, el tratamiento es empírico; con frecuencia, los residuos de los alimentos se acumulan profundamente entre las papilas que irritan la lengua. En estos casos se cepillará con cepillo dental para favorecer la descamación y quitar los residuos. Algunos autores observaron una serie de casos que respondían notablemente al tratamiento con podofilino, con desaparición de las lesiones en pocos días; sin embargo, se debe advertir los peligros de su uso irrestrictivo.

. PRONOSTICO

Se ha visto que la etiología de esta enfermedad es desconocida y que se han estudiado factores locales y generales,

sin embargo no se ha llegado a ninguna conclusión.

Lo que si es importante, para prevenir éstas enfermedades bucales, es la limpieza oral. Escoger una técnica de cepillado de entre las existentes, y en todas ellas - - siempre se aconseja limpiar la lengua.

El pronóstico es bueno ya que la enfermedad retrocede -- después de un tiempo, sin dejar secuela.

ENFERMEDAD DE FORDYCE

Esta no es una enfermedad de la mucosa bucal, como su nombre lo indica, sino, más bien, una anomalía del desarrollo que se caracteriza por la acumulación heterotópica de glándulas sebáceas en diversos sitios de la cavidad bucal. Se ha propuesto la teoría de que la aparición de las glándulas sebáceas en la boca podría ser producto de la infusión en la cavidad bucal de ectodermo con ciertas capacidades de la piel, en el curso de desarrollo de las apófisis maxilares y mandibulares durante la vida embrionaria.

. CARACTERISTICAS CLINICAS

La enfermedad de Fordyce se presenta como pequeños puntos amarillos, circunscritos y separados o formando placas relativamente grandes; es frecuente que se proyecten ligeramente sobre la superficie del tejido; con mayor frecuencia, se disponen en forma simétrica bilateral en la mucosa de los carrillos, opuesta a los terceros molares, pero también se localizan en las superficies internas de los labios en la región retromolar a los lados del pilar anterior de las fauces y, ocasionalmente, en la lengua, encía y paladar.

Las glándulas sebáceas ectópicas fueron estudiadas en un excelente trabajo de Guiducci y Hyman, y se presentan - además de la cavidad bucal, en esófago, órganos genitales masculinos, pezones, palma y planta, glándula parótida, laringe y la órbita.

Esta afección existe en un porcentaje de 80 % de la población, sin diferencia importante por sexo o raza; los niños presentan menos puntos de Fordyce que los adultos, probablemente porque las glándulas sebáceas y el sistema piloso no llegan a su desarrollo máximo hasta la pubertad. Sin embargo, es posible hallar en los niños una gran -- cantidad de glándulas sebáceas en carrillos y labios -- antes de la pubertad. Debido a la elevada incidencia de estas glándulas en la cavidad bucal, Knapp sugirió que - debía ser considerada como nevus sebáceos y, no como tejido glandular ectópico.

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS

Estas colecciones heterotópicas de glándulas sebáceas -- son idénticas a las que normalmente se ven en la piel, - pero no tienen relación con el folículo piloso. Por lo general, las glándulas son superficiales y se componen - de pocos o muchos lóbulos, agrupados alrededor de uno o más conductos que se abren en la superficie de la mucosa. Estos conductos pueden presentar tapones de queratina.

Histológicamente las glándulas sebáceas escasas o numerosas en tejidos subepiteliales, aparecen clínicamente como gránulos.

Algunas veces las glándulas se irritan por traumatismos, por fumar o por infecciones, y de esta manera se hipertrofian.

TRATAMIENTO

Los puntos de Fordyce no tienen importancia patológica; no es recomendable ninguna intervención.

La frecuencia de la enfermedad de Fordyce aumenta con la edad; en los últimos años, con el empleo de anticonceptivos orales, se ha observado en las mujeres un aumento en la frecuencia de esta lesión.

Aunque no tenga ninguna importancia clínica o funcional y no requiera tratamiento, raramente puede formarse un adenoma sebáceo maligno, en estas estructuras intrabucales.

PRONOSTICO

Es excelente, ya que no interfiere con las funciones de las estructuras bucales y con el tiempo llegan a desaparecer.

PERLAS DE EPSTEIN

Nódulos de Bohn, y quiste gingival del recién nacido son -
nódulos múltiples, a veces solitarios, del reborde alveolar
del recién nacido o criaturas muy pequeñas, que se originan
en los restos de la lámina dental, según la descripción ori-
ginal; las Perlas de Epstein son nódulos quísticos, llenos
de queratina que se encuentran a lo largo de la hendidura -
palatina media o en la unión del paladar blando con el duro,
probablemente relacionados por el desarrollo de los conduc-
tos de las glándulas salivales o de acinos.

CARACTERISTICAS CLINICAS

A veces estos quistes de la lámina dental se agrandan lo
suficiente como para apreciarse clínicamente como peque-
ñas tumefacciones circunscritas blancas, situadas en el -
reborde alveolar, y que en ocasiones aparecen isquémicas
por la presión interna. Estas lesiones son asintomáticas
y no parecen producir molestias a los infantes.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Estos son verdaderos quistes con un delgado revestimien-
to epitelial y una luz por lo común ocupada por querati-
na descamada, y a menudo, células inflamatorias. Es in-
teresante que la clasificación distrófica y los cuerpos -

hialinos de Rushton, comunes en los quistes dentígenos - sean hallazgos frecuentes en esta lesión.

TRATAMIENTO

Este tipo de quiste gingival, cuando se presenta en la -- edad adulta, sí amerita la extirpación quirúrgica local de la lesión. La lesión no tiende a recidivar, ni tampoco se ha comunicado la existencia de potencial neoplási-- co.

Los niños de nódulos de Nohn o perlas de Epstein, no requieren tratamiento alguno, ya que las lesiones invariablemente desaparecen por la apertura de la superficie - mucosa o al ser desechadas por los dientes en erupción.

PRONOSTICO

No está claro si la lesión descrita como nódulos de Bohn es totalmente idéntica al quiste de la lámina dental. El pronóstico como una secuencia de esta anomalía es bueno, ya que tienden a desaparecer los quistes y no dejan marca alguna de su existencia.

G I N G I V I T I S D E S C A M A T I V A
(GINGIVOSIS)

La gingivitis descamativa crónica es una denominación utilizada para describir un trastorno gingival, relativamente poco común, dentro del cual la encía presenta numerosas zonas en las cuales el epitelio se levanta (descama) fácilmente, dejando placas hemorrágicas. Por esta característica clínica, el estado recibe su nombre. A veces las lesiones pueden comenzar como vesículas que potencialmente se abren y dejan superficies llagadas.

ETIOPATOGENIA

Dentro de los factores etiológicos que presenta esta afección se incluyen: desequilibrio hormonal, la deficiencia de estrógenos en la mujer y testosterona en el hombre, y las deficiencias nutricionales.

La gingivitis descamativa crónica se presenta con mayor frecuencia en mujeres, por lo común después de los 30 años, pero puede producirse en cualquier edad después de la pubertad y así mismo en los hombres. Esta enfermedad se observa tanto en bocas dentadas como en desdentadas. La localización habitual es en la encía libre y adherida.

El origen puede ser general, pero los irritantes locales y la inflamación que producen, explican muchas de las características clínicas y microscópicas.

. CARACTERISTICAS CLINICAS

La gingivitis descamativa puede semejar un liquen plano, o las manifestaciones bucales del pénfigo, o el eritema multiforme, sin embargo, se puede distinguir a la gingivitis descamativa de estas lesiones, por el hecho de que las manifestaciones se limitan a la encía, sin participación de la piel, ni de ninguna otra región de la mucosa bucal; en muchos casos, el epitelio gingival puede separarse del tejido subyacente mediante una leve presión con el dedo (signo de Nicolski).

Para el estudio de la gingivitis descamativa crónica notaremos que se presenta en diversos grados de intensidad y la dividimos en:

- FORMA LEVE

Se caracteriza por la aparición de edema difuso en la encía marginal, interdientaria e insertada; el estado es por lo general indoloro y llama la atención el cambio de color generalizado. La forma leve es la más común en mujeres entre 17 y 23 años y por lo general, sin signos generales de desequilibrios endócrinos.

- FORMA MODERADA

Es más avanzada, presenta manchas rojas brillantes y arcos grises que abarcan la encía marginal y la encía insertada; la superficie es lisa y brillante y arcos grises que abarcan la encía marginal y la encía insertada; la superficie es lisa y brillante, la encía normalmente resilente se torna blanda; aparece el signo de Nikolski. Al roce de la encía con cualquier estímulo, el epitelio se descama y queda expuesto al tejido conectivo subyacente sangrante. La mucosa del resto de la boca es extremadamente lisa y brillante. Los pacientes se quejan brevemente de ardor y sensibilidad a los cambios térmicos. La inhalación de aire es dolorosa. El paciente no tolera los condimentos y el cepillado le produce denudación dolorosa de la superficie gingival.

- FORMA SEVERA

En esta forma la encía por la parte lingual se encuentra menos afectada que por la parte labial. Esto se explica porque la lengua y la fricción de los alimentos reducen la acumulación de alimentos y limitan la inflamación. Esta forma se caracteriza por áreas irregulares en las cuales la encía está vedada y es de color rojo subido; la encía que separa estas áreas es

de color azul grisáceo y el aspecto general de la - -
encia es morado. La superficie epitelial presenta la
característica de que se podrán desprender de ella pe--
queños parches. Hay algunos vasos superficiales que -
al romperse liberan un líquido acuoso y exponen una -
superficie subyacente roja y viva; un chorro de aire -
dirigido a la encía produce la elevación del epitelio
y la formación ulterior de una burbuja. Las áreas ---
afectadas parecen que se desplazan en diversas direc--
ciones sobre la encía. La membrana mucosa es lisa y -
brillante y presenta una en el carrillo, cerca de la -
línea de oclusión. La lesión es en extremo dolorosa.
El paciente no tolera alimentos ásperos, condimentos -
o cambios de temperatura. Hay una sensación constante
de ardor seco en toda la cavidad oral, la cual se - -
acentúa en las zonas gingivales denudadas.

. CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS

Los cambios patológicos varían en los diferentes indivi-
duos y se agrupan en dos clases principales.

- a) GINGIVITIS DESCAMATIVA DE TIPO BULBOSO.- Se caracte-
riza por el reemplazo masivo de tejido conectivo re--
ticular y papilar, por un exudado inflamatorio de --
edema, fibrina y leucocitos. Se forman ampollas --
subepiteliales grandes en la unión del tejido conec-

tivo con el epitelio, que elevan el epitelio de ese tejido.

- b) GINGIVITIS DESCAMATIVA DE TIPO LIQUENOIDE.- Se caracteriza por una banda densa de exudado inflamatorio crónico en el cual predominan los leucocitos.

El epitelio es atrófico, sin bordes epiteliales bien definidos; la infiltración de leucocitos y edema, genera una capa de separación y vasculación de las células de la capa basal y arriba de ellas. Se forman vesículas en la unión, con adelgazamiento y desintegración de la membrana basal y separación del epitelio del tejido conectivo. Ahí donde persiste la membrana basal se adhiere al lado del tejido conectivo de la vesículas.

La microscopía electrónica revela que las alteraciones más importantes son las de la interfase epitelio-tejido conectivo. Hay edema intercelular y degeneración intracelular de la capa basal epitelial asociada con inflamación y formación de vesículas subepiteliales o ampollas. La lámina basal manifiesta irregularidades en la densidad y espesor, interrupciones por degeneración de células epiteliales basales y una tendencia a adherirse al tejido conectivo que forma el piso de la ampolla. En algunas ampollas la lámina basal está ausente.

Las células epiteliales superficiales son paraqueratinizadas, pero la progresión de condensación está alterada.

Los cambios ultracelulares son comparables a las de otras enfermedades bulbosas y es difícil determinar si las primeras alteraciones tienen lugar en la capa epitelial basal o en la lámina basal.

. TRATAMIENTO

El tratamiento de la gingivitis descamativa crónica consta de dos fases:

FASE 1. - Tratamiento local de la gingivitis: consiste en el curetaje y eliminación de todas las formas de irritaciones locales; se enseña al paciente el control de placa dentobacteriana, pero se le previene que no descanse el cepillo dental en la encía.

La eliminación de la inflamación marginal también mejora el estado de la encía insertada. El cambio de color y el edema de la encía insertada es por lo general un hallazgo llamativo.

FASE II.- Tratamiento sistemático de la gingivitis descamativa crónica: Los corticosteroides se usan para complementar el tratamiento local; se receta 0.5 mg. de Celestone en una dosis de 4 tabletas diarias durante la primera semana, disminuyendo media tableta al día, hasta que llegue a la dosis de mantenimiento sin síntomas. Así mismo, se puede usar Prednisona o Prednisolona (tabletas de 5 mg. en dosis igual a la anterior). El tratamiento con corticosteroides mejora la respuesta gingival en conjunto con el tratamiento local. El paciente deberá suspender el uso de los corticosteroides al mes de haber empezado la terapia, debido a las reacciones secundarias que presentan, y el tratamiento prolongado puede ser más nocivo que los síntomas bucales.

Cuando las alteraciones gingivales descamativas son producidas por el pénfigo benigno de las membranas, puede haber lesiones oculares y vaginales concomitantes. Los corticoides sistemáticos son eficaces en el tratamiento de estas lesiones y se pueden combinar con el uso tópico de Kenalog, aplicado tres veces al día;

y si las lesiones bucales son intensas se continúa el tratamiento hasta que se pueda interrumpir, sin que los síntomas se repitan. El estado de la encía mejora notablemente, pero puede no conseguirse la restauración completa de la salud gingival.

El desequilibrio de las hormonas no es común en los pacientes con gingivitis descamativa. Si existiera, se obtiene el alivio de los síntomas y el mejoramiento gingival mediante la administración por vía sistémica de estrógenos en las mujeres (etilestradiol, 0.05 a 0.015 mg. diarios). Se administrará hormona para estimular la hiperplasia del epitelio bucal atrófico. Con este tratamiento los síntomas se alivian pronto, pero la mejoría del estado de la encía demanda por lo menos 6 meses, y en muchos casos no se logra después de una terapéutica prolongada; en hombres se administrarán andrógenos. (metilestosterona 5 mg. diarios).

En casos de gingivitis descamativa crónica grave, se pueden usar hormonas tópicas (para pacientes mujeres: crema primaria 1.25 mg. de estrógenos conjugado por grama; para pacientes hombres, pomada de etilestosterona 2 mg. orenton), como complemento del tratamiento local;

no hay que aplicar tratamientos prolongados de estrógenos sistémicos, en los cuales se sospecha la presencia de tumores malignos o predisposición hereditaria al cáncer. En todos los pacientes los estrógenos se usan en meses alternados y no en forma continua. Se registraron buenos resultados en el tratamiento de la gingivitis al complementar el curetaje y raspado con triamcinolona.

PRONOSTICO

Esta enfermedad es crónica y puede persistir por años. Experimenta remisiones leves, pero rara vez hay inducción espontánea y permanente.

La irritación provocada por el enjuagatorio o alimentos calientes puede originar eritema difuso y descamación de la encía, que es diferenciable de la gingivitis crónica. La historia clínica y la biopsia proporciona la base del diagnóstico diferencial. La supresión del agente nocivo por lo general produce recuperación.

En la mayoría de pacientes con gingivitis descamativa es imposible determinar la etiología; el tratamiento consiste en la eliminación de los agentes locales y el complemento de la terapéutica con corticosteroides, durante el período indicado.

NEVO ESPONJOSO BLANCO

El nevo esponjoso blanco (displasia plagada familiar de las mucosas, gingivoestomatitis plagada blanca, nevo epitelial bucal, leucoqueratosis congénita y enfermedad de Cannon), es una afección relativamente rara de la mucosa bucal; la cual sigue una pauta hereditaria como rango dominante autosómico, pero con penetración irregular y sin predilección definida por el sexo.

. CARACTERISTICAS CLINICAS

Esta anomalía de la mucosa es congénita en muchos casos y hay criaturas que nacen con la enfermedad; otras veces, no aparece hasta la infancia, niñez, o aún en la adolescencia, época en la cual por lo general alcanza la magnitud total de su intensidad.

Las lesiones bucales pueden ser extendidas y afectar carrillos, paladar, encía, piso de la boca y partes de la lengua. La mucosa está engrosada y plegada con textura esponjosa y un tono blanco opalescente peculiar. A veces hay una cantidad mínima de pliegues. Las lesiones son casi invariablemente asintomáticas.

. CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS

Los hallazgos microscópicos en la displasia plegada blanca familiar son característicos, pero no enteramente patognomónicos de la enfermedad. El epitelio suele estar engrosado, con hiperqueratosis y acantosis, y la capa basal intacta. Las células de la capa espinosa, que le continúan hasta la misma superficie, presentan edema intracelular. Estas células vacuoladas tienen núcleos picnóticos. Además, es típico encontrar tapones de paraqueratina que penetran profundamente en la capa espinosa. La submucosa tiene infiltrado celular inflamatorio leve, pero esto no es constante.

Los estudios microscópicos electrónicos del nevo esponjoso blanco, realizados por Whitten, comprobaron una falta casi total de diferenciación de las células epiteliales más allá de la parabasal. Sugirió que el defecto básico de esta enfermedad es doble:

- 1) La proteína fibrosa, que es morfológicamente normal, presenta una considerable variación en la manera en que se trataría, de un defecto hereditario en su maduración.
- 2) El engrosamiento se debería a una falta de descamación normal de las células epiteliales, como consecuen

cia de mayores cantidades de substancia cementante -- extracelular, producidas por los gránulos que cubren la membrana.

. TRATAMIENTO

Aunque los hallazgos clínicos e histológicos suelen bastar para establecer un diagnóstico definitivo, la historia familiar tiene un gran valor. La existencia de lesiones parecidas en familiar consanguíneo, de un padre o de un abuelo, tiende a confirmar el diagnóstico.

No está indicado ningún tratamiento, ya que parece que --esta alteración-- no tiene carácter patológico.

PRONOSTICO

No hay tratamiento para la enfermedad y como es totalmente benigna, el pronóstico es excelente. No hay complicaciones serias clínicamente.

QUEMADURAS QUIMICAS

Entidad patológica, de color blanco, propia de los tejidos blandos de la cavidad oral, que aparece como respuesta a la agresión provocada por agentes químicos tópicos.

. ETIOLOGIA

Cualquier agente químico irritante, que al entrar en -- contacto con la mucosa oral provoque su necrosis. Dentro de los más comunes tenemos: ácido acetilsalicílico, al-- canfor, fenol, perborato de sodio, nitrato de plata, etc.

. CARACTERISTICAS CLINICAS

Aparición de zonas necróticas del epitelio y tejido subyacente de color blanco o blanco grisáceo; su duración -- es de 4 a 5 días y por sí sola desaparece. Existe ardor en las zonas en que el agente químico entra en contacto, y en la mucosa más próxima a una cavidad cariosa profunda, ya que se coloca directamente sobre éstas, los derivados del ácido acetyl-salicílico, esperando con esto -- eliminar el dolor.

Cuando la quemadura es provocada por el uso de antisép-- ticos y cáusticos, de inmediato hay una sensación de -- ardor en la mucosa y la superficie palidece o se blanquea.

La acción cáustica desprende el epitelio y provoca la -- salida de sangre.

Estas lesiones provocan ardor y dolor limitado a la zona afectada; intolerancia a los alimentos calientes, masticación insatisfactoria por el continuo roce de la mucosa descamada. En quemaduras extensas existe anorexia.

. TRATAMIENTO

Paliativo, y se reduce a eliminar el agente causal, ya -- sea por medio de colutorios a base de agua destilada, o -- simplemente al momento de la exploración tener la certeza de que no han quedado residuos; en ocasiones es necesario medicación analgésica por vía oral.

. PRONOSTICO

Favorable, ya que después de haber eliminado la causa, -- la cicatrización se lleva a cabo en forma rápida y -- eficaz.

1.- Caries Dental; es una enfermedad de los tejidos calcificados de los dientes, que se caracteriza por desmineralización de la parte inorgánica y destrucción de la substancia orgánica de los dientes. Es la más frecuente de las enfermedades crónicas de la raza humana, -- afecta a personas de ambos sexos y grupos cronológicos; se le asocia con la civilización moderna. Hay varias teorías acerca de la etiología de la caries.

1) TEORIA ACIDOGENA
W.D. MILLER

"Un proceso quimioparasitario con dos etapas"

- a) descalcificación de esmalte
- b) descalcificación de la dentina

2) TEORIA PROTEOLITICA

"Los micro-organismos invaden los pasajes orgánicos y los destruyen en su avance".

3) TEORIA PROTEOLISIS Y QUELACION
SCHATZ

"Ataque inicial de micro-organismos queratinolíticos; consiste en la destrucción de proteínas y otros componentes orgánicos de esmalte".

La clasificación de la caries es diversa, según las características clínicas de cada lesión en particular. De acuerdo a las estructuras afectadas se pueden dividir en caries:

- 1er. grado..... esmalte
- 2do. grado..... esmalte y dentina
- 3er. grado..... esmalte, dentina y pulpa

A veces depende de la rapidez del proceso:

- 1) Aguda y 2) Crónica

Las caries también se pueden clasificar, según que la lesión sea nueva y ataque superficies previamente sanas, o sea que se produzcan en los márgenes de las restauraciones:

- 1) Caries primarias, y
- 2) Caries secundarias

Los métodos preventivos son variados; entre ellos tenemos - el flúor en todas sus formas, ya que se puede ingerir en el agua, en tabletas, aplicar en forma tópica, en dentríficos, gomas de mascar y enjuagues. Para el óptimo resultado de - la prevención es muy importante la nutrición (dieta), el pH de la saliva y principalmente la profilaxis dental, que se - lleva a cabo con medidas mecánicas como:

- a) Cepillado.- Hay muchos métodos de cepillado dentario. Con excepción de los métodos abiertamente traumáticos, es la minuciosidad, y no la técnica, el factor impor-- tante que determina la eficacia del cepillado dentario.
- b) Hilo Dental.- Para desaparecer la retención o impacta- ción de alimento en las caras proximales.
- c) Colutorios bucales.- Aflojan los residuos de alimentos

Es la enfermedad más frecuente a cualquier nivel socio-econó mico y la población aquí estudiada, confirmó con datos esta- dísticos.

LEPRA Y LESIONES ESTOMATOLOGICAS

La lepra es la enfermedad menos trasmisible de todas las enfermedades contagiosas. La lepra conyugal existe aproximadamente 3%, y la posibilidad de enfermarse en el medio familiar es del 20%, si uno de los padres es el afectado.

En México existen 50,000 enfermos y en la leprosaria de Zoquifapan viven unos 200 inválidos.

DEFINICION. Es una enfermedad infecciosa, de curso evolutivo crónico, producida por una micobacteria.

ETIOLOGIA. Producida por el *Mycobacterium leprae*, perteneciente a la clase de los actinomicetales, orden micobacteriales, familia micobacteriaceas y género *mycobacterium*. De la misma familia que el *mycobacterium tuberculosis*. La diferencia entre ellos es que el *mycobacterium leprae* no se ha podido cultivar y no cumple todos los postulados del Koch, y hasta hace pocos años se ha inoculado en la almohadilla plantar del ratón (1960) y el armadillo en 1972-74, Kircheirmer y Stors.

CLASIFICACION DE LOS CASOS. En 1953 en Madrid se dio la clasificación internacional, basada en la respuesta inmunológica. Se considera dos tipos polares: Lepromatosos y Tuberculoides.

Cuando no hay datos claros o faltan, se le llamó caso indeterminado y con características ambiguas; por falta de definición inmunológica se le denomina dimorfo o interpolar.

Un lepromatoso no pasa a tuberculoide, ni un tuberculoide a lepromatoso. Pero los casos interpolares con el tiempo pueden definirse hacia alguno de los polos del espectro inmunológico.

LEPRA LEPROMATOSA. Cuando el organismo que recibe al *M. leprae* no ofrece alguna resistencia y sus condiciones inmunológicas - permiten no sólo la supervivencia del bacilo, sino su reproducción y exterminación, origina la lepra lepromatosa.

Manifestaciones principales están en la piel, mucosas y nervios periféricos; pueden atacar a todos los órganos, excepto al sistema nervioso central.

PIEL. Nódulos de número y tamaño variable. Como la punta de un alfiler hasta 2 ó 3 centímetros, aislados o confluentes. Su lugar de predilección; pabellones auriculares, lóbulos, mejillas, nariz, las nalgas, cara externa de brazos y antebrazos y en muslos y piernas.

Placas infiltradas. de 1 a 2 cm. hasta 20 ó 30 cm. o manchas de tipo eritematoso.

ANEXOS. Caída de cejas, pestañas, y el vello del cuerpo.

MUCOSAS. Se afecta la mucosa nasal. La mucosa enrojece y se congestiona, produciendo constipación nasal continua con salida de mucosidad sanguinolenta o francamente epistaxis cuando hay ya ulceraciones.

A la inspección se observa una mucosa enrojecida, tumefacta, ulcerada y cubierta de costras. Todo termina con la atrofia de la mucosa y la perforación del tabique cartilaginoso (la sífilis destruye el óseo) y la nariz se hunde (nariz de silla de montar o en catalejo). En la laringe y cuerdas vocales, se presenta disfonía y a veces es necesario la traqueostomía.

OJOS. Los ojos de niño, enclofoteca limpia, anulada y sin vasos sanguíneos.

Higado y bazo. crecimiento de ambos órganos

LEPROMATOSIS DIFUSA. Es aún poco conocida y fue descrita por Lucio y Alvarado en 1851. Redescubierta por Latap en 1938.

Toda la piel se afecta. La piel se infiltra y aparece lisa, brillante y turgente (fau reculienta) o plegada, seca, escamosa (fase atrófica terminal) cara de luna llena; los lóbulos del pabellón auricular pierden su vello fino y se tornan brillantes. En las mejillas, tele anectasias y pequeñas malformaciones llenas de queratina. En las manos y pies, infiltración dando un aspecto de edema o falso mixedema.

REACCION LEPROSA.

Sólo los casos lepromatosos presentan este curioso y único fenómeno.

SINTOMAS GENERALES. Aparece fiebre ligera y vespertina, luego continúa hasta 40°C., acompañada de diaforesis y escalofríos, a dinomía, artenia interna, cefalias y astralgias que puede llegar a flogoris articular, anorexia, náuseas y vómitos; si continúa llega al adegalzamiento y emaciación. Síntomas cutáneos; puede presentarse cualquiera de los tres síndromes:

a) Eritema nudoso

Las lesiones aparecen primero en las piernas, muslos y luego en miembros superiores, tronco y cara. Hay un aforismo-eritema nudoso de repetición igual a lepra, mientras no se demuestre lo contrario.

b) Eritema polimonto

Placas mas o menos externas, de figuras caprichosas, de bordes policíclicos. Producen ardor al inicio y termina a los 10 ó 15 días, dejando zonas escamosas.

c) Eritema Necrosante o fenómeno de Lwei

Aparecen al año de iniciarse la enfermedad; primero en las piernas, va subiendo a la cara. Primero aparece una mancha eritomatosa, ardorosa sin forma; al paso de los días se torna roja vinosa y de forma abigarrada que se ulcera. La evolución dura 2 semanas.

LEPRA TUBERCULOIDE

Es el lado opuesto al lepromatoso; sus lesiones están en piel y en los nervios periféricos.

PIEL. Placas infiltrantes, eritematovioláceas, circulares, -
ovales, anulares o de figuras caprichosas, de fondos policf-
clicos, bien limitados, netos. Otras veces la placa es esca-
mosa o liquenoide (brillante) y el centro se va atrofiando -
y sólo hay actividad en la periferia.

Alteración de la sensibilidad, hipo o anestesia al dolor y a
la temperatura, conservándose la táctil.

La lesión tuberculoide puede estar en cualquier sitio; es -
más común en mejillas, región maseterina, enterciliar, tron-
co, nalgas; y en miembros superiores e inferiores son siem--
pre asimétricas, o en ramas.

CASOS INDETERMINADOS

Es una denominación provisional hasta en tanto se defina que
su lesión está en piel y nervios periféricos. No hay lesio-
nes viscerales ni oculares y no hay reacción leprosa.

PIEL.- Manchas hipocrómicas anestésicas variables de tamaño-
y número, mal limitadas. El vello a nivel de la mancha está
ausente, puede haber anhidrosis.

TOPOGRAFIA, cara, región submaxilar (signo del babero de -
latagi), tronco, nalgas, son lugares de predilección.

Cuando la mancha se pone rojiza y hay un borde más marcado y
activo, puede decirse que la enfermedad inicia su evolución-
hacia el tipo lepromatoso o tuberculoide.

CASOS INTERPOLARES.

Caso con características ambiguas que no puede clasificarse en algún tipo de lepra específico.

PIEL.- Placas infiltradas eritematoescamosas, numerosas y si métricas. Cara toma aspecto de mariposa, otras veces en forma de pastilla, círculos, anular, con mucha semejanza a la lesión tuberculoide; su borde externo no es activo en cambio - el interno sí.

Edema interno en cara y manos. Puede haber conjuntivitis y congestión nasal transitoria.

El ataque neural es muy intenso y deja secuelas irreversibles. Hay febrícula o fiebre, astenia, adinamia y esto puede prolon garse por semanas o meses.

Las lesiones evolucionan lentamente y dejan zonas atróficas.

MANIFESTACIONES NEUROLOGICAS DE LA LEPROSIA

Todos los casos de lepra pueden tener manifestaciones neurolo gicas.

El nervio es particularmente sensible. La célula de Schwann sufre la multiplicación de los bacilos en su interior. La vía ascendente es la más aceptada y la más probable en la ma yoría de los casos.

La neuritis siempre es intersticial y perineural; primero hay formación de granulomas alrededor e interior de los fascículos nerviosos con codificación, en el tipo tuberculoide. En el -

tipo lepromatoso la destrucción de la fibra nerviosa se debe a la presencia de lesiones intersticiales con vascularitis. La consecuencia es engrosamiento del nervio afectado que, en orden de frecuencia, es el cubital, cefático poplíteo externo, mediano, radial, cefático poplíteo interno y las ramas cutáneas del cuello y las dos ramas del facial. Los nervios son mixtos, excepto las ramas del plexo cervical superficial.

ANAMNESIS.- Ausencia de sensaciones táctiles, térmicas o dolorosas en algunas regiones de la superficie cutánea. Neuralgias, manchas.

EXPLORACION. Trastornos de la sensibilidad cutánea, térmica, dolorosa o táctil. Existencia de manchas hipocrómicas, eritematosas, pigmentaciones, nudosidades, infiltrados. Alopecias de cejas. Engrosamiento de troncos nerviosos; cubital mediano, auricular. Alteraciones motoras de miembros.

LABORATORIO. Baciloscopia de piel y mucosal. Biopsia; velocidad de sedimentación globular. Análisis de sangre y orina que pongan de manifiesto alteraciones hepáticas y renales.

DIAGNOSTICO. Debe pensarse en la lepra no como enfermedad exótica, sino como un padecimiento frecuente en nuestro medio, que puede afectar no sólo a las clases humildes, sino también a personas de buenas condiciones económicas.

Es necesaria una buena exploración, exámenes de gabinete y de laboratorio.

1. Prueba de la histamina (visualizar la triple respuesta de Lewis).
2. Baciloscopia. Búsqueda del bacilo de Hansen en mucosa nasal y en la linfa cutánea.
3. Lepromin o Reacción. Reacción intradérmica inmunológica.
4. Histopatología.

Tipo lepromatoso. Epidermis atrófica, en la dermis tejido conjuntivo aparentemente no afectado, dermis media y profunda un infiltrado de células de Virchow y que corresponde a histiocitos vacuolados que conservan solamente la membrana y en ocasiones el núcleo en la periferia; el protoplasma está ocupado por grasa y grandes cantidades de bacilos. Estos infiltrados forman nódulos y conglomerados.

En la reacción leprosa. En las lesiones se ve una vascularitis, los vasos profundos están afectados y rodeados de polimorfonucleares, puede haber bacilos; en el fenómeno de lucio es térmicamente la vascularitis y por ello origina la necrosis.

Tipo Tuberculoide. Imagen granulomatosa tuberculoide: linfocitos, células epitelioides y células gigantes tipo langhans, engrosamiento de los nerviecillos de la dermis.

Caso indeterminado. No hay imagen típica y la piel es normal, acaso un infiltrado inespecífico de polimorfonucleares y linfocitos.

Caso interpolar. No hay acuerdo sobre las alteraciones.

5. Sedimentación globular.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. Por la pigmentación diferenciarla de la enfermedad de Addison, Nevus, cloasma, efélides, melanosis.

Hipocromias con vitiligo, psoriasis, sífilis y esdurodermia. Eritematosas. Debe diferenciarse de un exantematóxico, lupus eritematoso, pelagra, pitiriasis rosada.

Pápulas con el liquen plano, nascoïdosis,

Lepromas con la leucemia, leishumaniares, urticaria, esporotricosis.

Úlcera con sífilis, complejo de plinto de Einsen me gir.

Lesiones neurales con sífilis, esclerosis lateral amiotrófica, paramiloidosis, miclodesplios.

TRATAMIENTO. Diamino difenil sulfona - 25 mg. al día, si no hay síntomas de reacción leprosa, ni aumento de la sedimentación globular, se sube a 50 mg. y no debe pasarse de 100 mg.

Se da por tiempo necesario hasta que desaparezcan las lesiones.

Talidomida 200 a 300 mg. al día y dosis de mantenimiento de 50 a 25 mg.

1. Paladar. Nódulos o infiltraciones, úlceras, atrofia, perforaciones mal perforante palatino.

Esto es debido a:

- a) Reabsorción ósea atrófica de Cornetes interiores
- b) Reabsorción osteo cartilaginosa al pie del tabique
- c) Reabsorción de Huesos propios de la nariz.

2. Labios. Infiltraciones con deformación microstomía.

3. Lengua. Infiltrada con Nódulos, úlceras, leucoplasias con - anestesia.

4. Encías.

- a) sensibles al dolor
- b) sangrado espontáneo al mínimo traumatismo
- c) turgor, tumefacción, captares ingurgitados.
- d) cambio de color: Rosada Brillante
- e) hipertrofia de papilas interdetales
- f) a veces presencia de pus en rebordes alveolares
- g) intenso edema subepitelial, gran infiltrado histioplasmocitario con polimorfo nucleares.

- h) ausencia de la banda de Unna
- i) numerosas células vacuolada (virchow)
- j) inflamación, avanzando a la membrana basal con presencia de bacilos en los límites de la epidermis.

5. Uvula. Infiltración, atrofia o desaparición

6. Mucosa Yugal y piso de la boca. Rara vez se afecta.

7. Dientes. Odontodisplasia Leprosa o Síndrome de Bergen:

- a) atrofia de la espina nasal anterior.
- b) defectos de la fosa piriforme
- c) atrofia de la región anterior de los maxilares.
- d) caída de incisivos superiores
- e) destrucción palatina
- f) comunicación de fosas nasales con cavidad oral.

También hay alteraciones en: color, forma, posición, morfología, (más frecuente en incisivos centrales superiores), caries, pulpitis específicas y fracturas de dientes.

8. Maxilares. Atrofia espina nasal. Proceso alveolar anterior y destrucción de cartílagos nasales y perforaciones de el maxilar y el reborde alveolar.

9. Mucosa.-

- a) Anestesia, al comienzo Hiperesteria
- b) Neuralgias faciales
- c) Parálisis: músculos, labios, cara, paladar blando, labios gruesos.
- d) Parálisis del hipogloso, leupea generalmente.

10. Lesiones Nerviosas. Poco frecuentes. Afecta:

- a) Trigésimo
- b) Facial
- c) Neumogástrico
- d) glossofaríngeo
- e) trastornos sensitivos, motores y neurotróficos.

La invasión del macizo facial empieza en las fosas nasales, pasa a la cavidad bucal, faringe y laringe.

Las pruebas de laboratorio son una ayuda para el diagnóstico. Son ---
útiles sólo si el médico sabe que pruebas ha de pedir y como interpre--
tarlas.

BIOPSIA.- Es la eliminación de tejido del organismo vivo con la fina
lidad de su examen microscópico y para diagnóstico. La biopsia no está
restringida al diagnóstico de tumores, sino que es invaluable para de-
terminar la naturaleza de cualquier lesión rara.

Tipos de Biopsia:

- a) BIOPSIA POR EXCISION.- Es el retiro total de una lesión pequeña --
para su estudio microscópico; es preferible este tipo de biopsia -
cuando se tiene la seguridad de poder retirar la lesión con un mar-
gen de tejido normal y se puede cerrar la herida primaria.

- b) BIOPSIA POR INCISION.- Es cuando se retira una pequeña parte de --
la lesión para diagnosticar su examen. Es de gran utilidad en le--
siones grandes en que el cirujano piensa que pueden ser tratadas -
por medios no quirúrgicos una vez hecho el diagnóstico, o lesiones
en las cuales el diagnóstico determinará si el tratamiento ha de ser
conservador o radical.

- c) BIOPSIA POR ASPIRACION.- Esta biopsia tiene poco valor en el diagnóstico de lesiones bucales y se hace mediante una aguja de luz -- grande.

La técnica es un procedimiento simple y puede ser efectuado por el - - odontólogo en el consultorio si se toman ciertas precauciones y reglas. Las ventajas de la biopsia sobrepasan a las desventajas o peligros potenciales, que raras veces está contra-indicada en lesiones cuyo diagnóstico no ha sido establecido. Para tener la seguridad de obtener una -- muestra adecuada es preciso considerar los siguientes puntos:

- 1.- No pintar la superficie de la zona para biopsia con yodo, ni con antiséptico muy coloreado.
- 2.- Si se utiliza anestesia infiltrativa, no inyectar directamente en la lesión. En cambio, inyectar en la periferia de la lesión.
- 3.- Usar un bisturí filoso para no desgarrar tejidos.
- 4.- Si es posible incluir un borde del tejido normal en la muestra.
- 5.- Tener cuidado de No mutilar la muestra al tomarla con la pinza.

6.- Fijar el tejido inmediatamente en formol al 10%, o en alcohol al 70%. Si la muestra es delgada, colocarla en un trozo de papel glaseado y sumergirla en fijador; -- esto impide que el tejido se enrosque.

- . Informe de Biopsia. Nunca ha de considerarse definitivo un informe o un diagnóstico previsto. Sólo significa -- que no hay características que sugieran el diagnóstico, -- esperado en ese fragmento particular de tejido obtenido en un momento determinado. Siempre se tomará una biop-- sia nueva cuando haya alguna duda sobre la naturaleza -- adecuada o representativa de la muestra original.

- . Citología Exfoliativa. Los estudios realizados por este método han demostrado que las células exfoliadas de las lesiones epiteliales malignas pueden diagnosticarse de -- forma exacta y suelen proporcionar la señal más precoz -- de la presencia de procesos malignos.

De gran importancia para el médico es saber el papel específico y la importancia del diagnóstico citológico en la práctica clínica. Ante todo, debe decirse que la --- citología exfoliativa oral no sustituye a la biopsia; -- siempre que se encuentre una lesión sospechosa, la ---- biopsia es el método diagnóstico de elección.

El diagnóstico citológico oral puede ser útil también en la obtención de datos que complementen a los obtenidos - por biopsia; puede actuar también, como un buen método - preventivo en las exploraciones sucesivas de los cánceres tratados; es un método excelente para revisar las - lesiones orales no malignas que pueden convertirse en - malignas.

- El material que compone el equipo específico de citología oral es:
 - a) Portas de vidrio.
 - b) Escabador en forma de depresor lingual.
 - c) Fijador (el alcohol etílico al 95% es excelente).
 - d) Papel de historia clínica, y un lápiz para marcar los porta-objetos.

- La técnica a seguir sería:
 - a) Realizar historia completa del enfermo.
Descripción de la lesión y el diagnóstico clínico.
 - b) Escribir el nombre del enfermo y la fecha en el - porta-objetos.
 - c) Humedecer una gasa esponja con agua de garrafón y limpiar la superficie de la lesión.

- d) Humedecer la terminación del escarbador y escarbar finamente toda la superficie de la lesión. En las superficies queratinizadas es mejor desprender - antes de obtener la muestra; de otra forma, se -- pueden obtener células superficiales enucleadas, - que no sirven para el diagnóstico.
- e) Extender el material obtenido por toda la superficie libre del porta-objetos, formando así una capa muy fina.
- f) Colocar rápidamente varias gotas de fijador y colocar el porta-objetos en un vaso que contenga el fijador, durante 15 minutos; se secan al aire ---- libre.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se inició el 30 de octubre de 1980 y se terminó - el 29 de mayo de 1981, constando de siete meses de duración en el ciclo 1980-81.

Se dividió en dos grupos, con un total de 375 personas mixta y de edades diferentes.

El Primer Grupo o población aparentemente sana son menores - de 15 años y estudiantes de la escuela primaria "Emiliano -- Zapata", con ubicación en la colonia Agropecuaria, Iztapaluca, Edo. de México. Y se llevó a cabo de la siguiente manera:

- 1) Historia Clínica completa.
- 2) Reconocimiento de el Aparato Estomatognático.
- 3) Información a base de material didáctico sobre la prevención de enfermedades y afecciones como la caries dental. (películas, tipodontos y láminas con ilustraciones).
- 4) Práctica individual con técnica de cepillado. (para la -- adecuada limpieza dental).
- 5) Aplicación tópica de flúor (prevención de caries dental).
- 6) Conferencias para concientizar la importancia de la hi-- giene dental. (se realizaron a nivel familiar).

El Segundo grupo consta de 145 personas, internos de el Hospital "Pedro López", perteneciente a la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, ubicado en Zoquiapan, Edo. de México. Estos pacientes son adultos de ambos sexos, que están afectados por la enfermedad de Hansen o "Lepra", por lo que se le considera la población enferma.

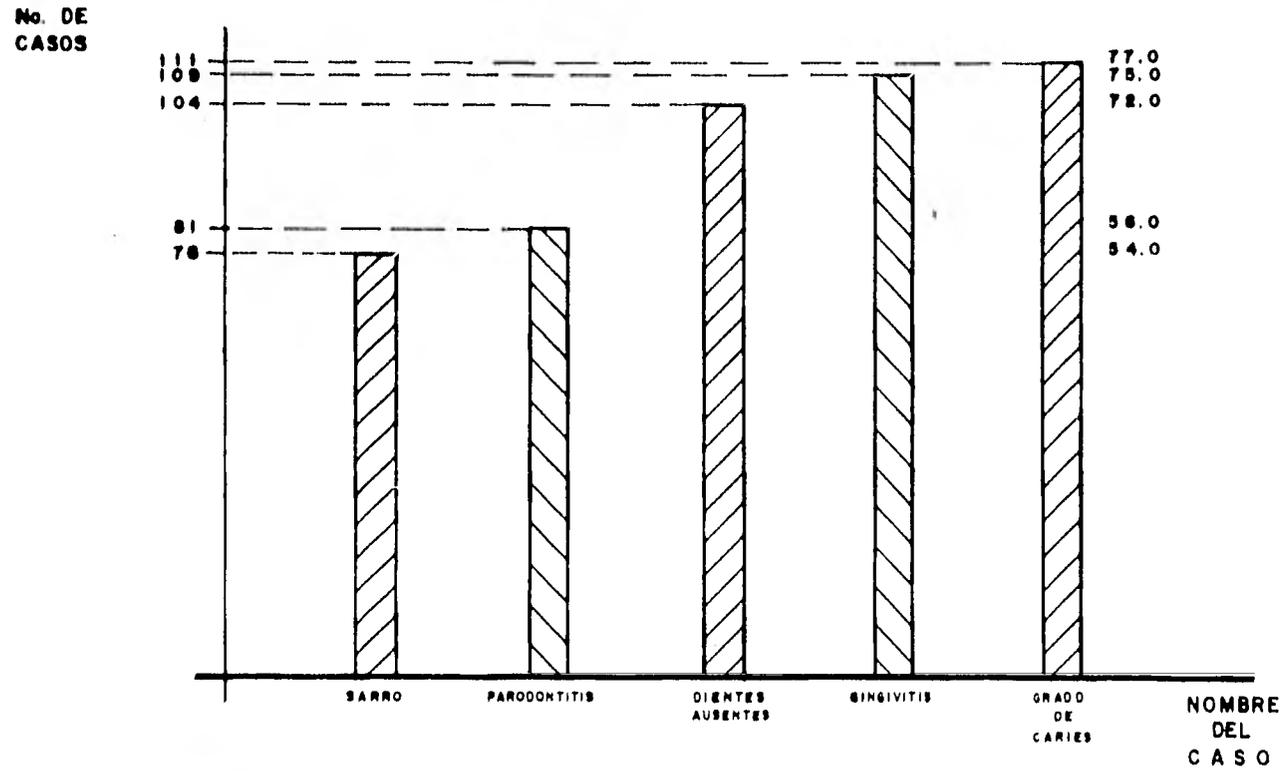
El estudio se realizó con ayuda de su expediente que es personal y muy completo; de la siguiente manera:

- 1) Historia Clínica
- 2) Reconocimiento de la Cavidad Oral.
- 3) Se practicaron biopsias en las lesiones con sospecha de malignidad.
- 4) Práctica individual para la enseñanza de técnicas de cepillado.

Los datos obtenidos con los grupos de personas se graficaron para observar con claridad los resultados de dos poblaciones totalmente diferentes.

R E S U L T A D O S

EXAMEN PARADONTAL

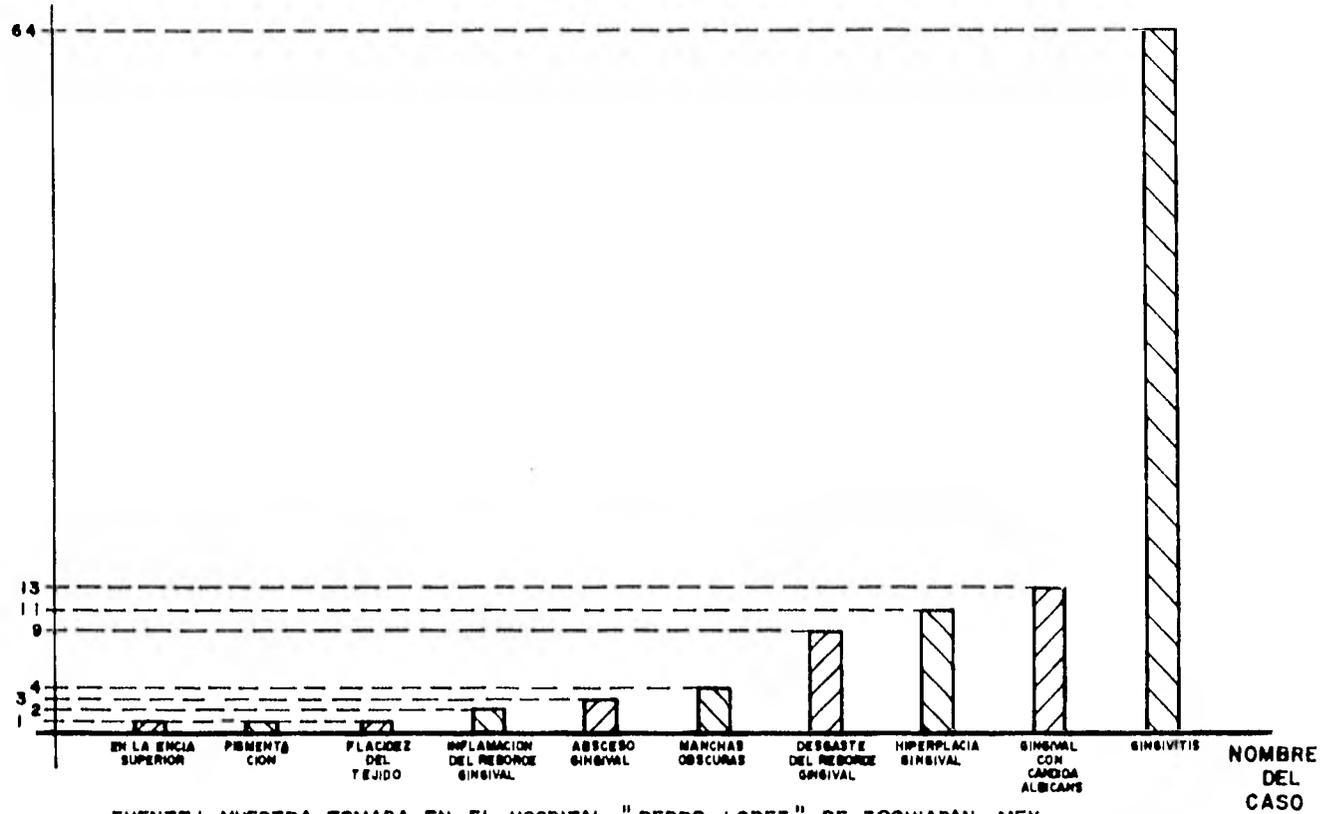


FUENTE: MUESTRA TOMADA EN EL HOSPITAL "PEDRO LOPEZ" DE ZOQUIAPAN, MEX.
 A UNA POBLACION MIXTA DE 145 PACIENTES.

EXAMEN PARADONTAL

PARTE AFECTADA: GINGIVITIS

No. DE CASOS

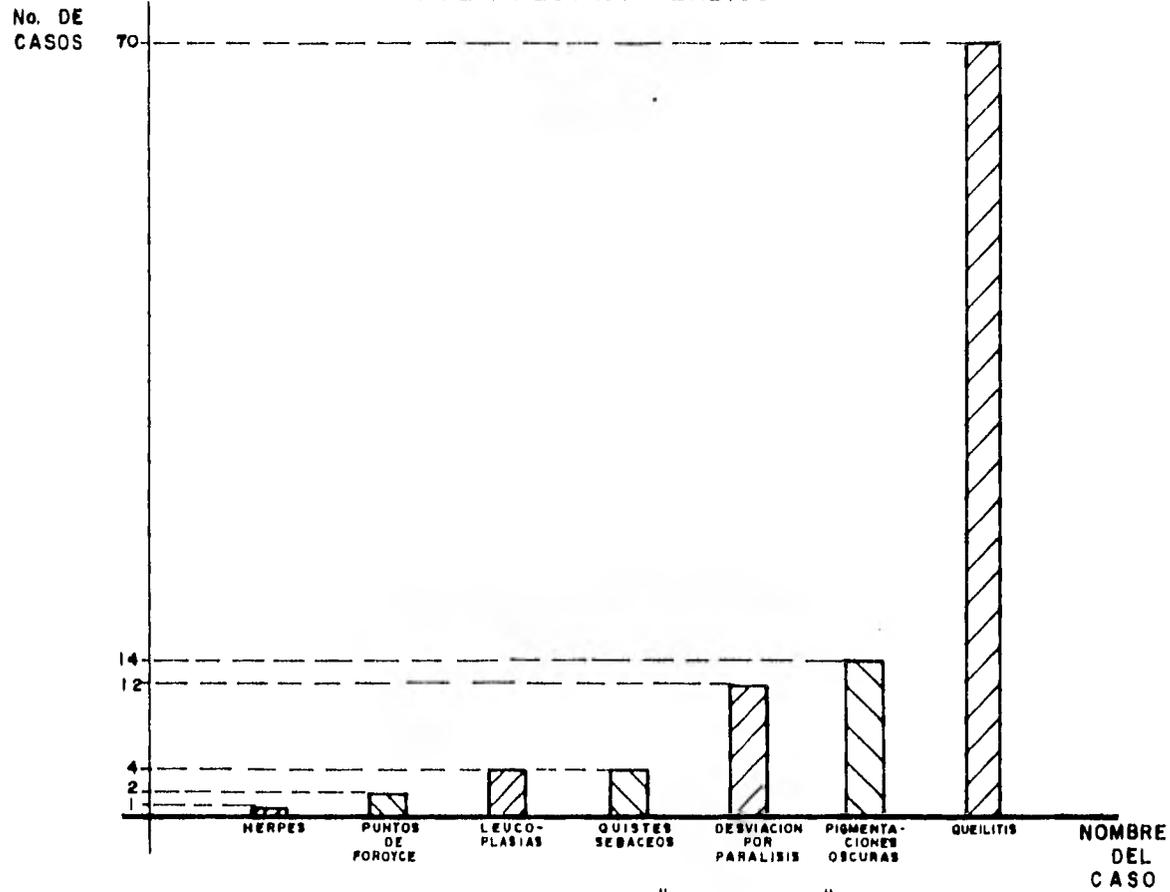


FUENTE: MUESTRA TOMADA EN EL HOSPITAL "PEDRO LOPEZ" DE ZOQUIAPAN, MEX.
A UNA POBLACION MIXTA DE 145 PACIENTES.

K-1-H

EXAMEN DE LOS TEJIDOS BLANDOS

PARTE AFECTADA: LABIOS

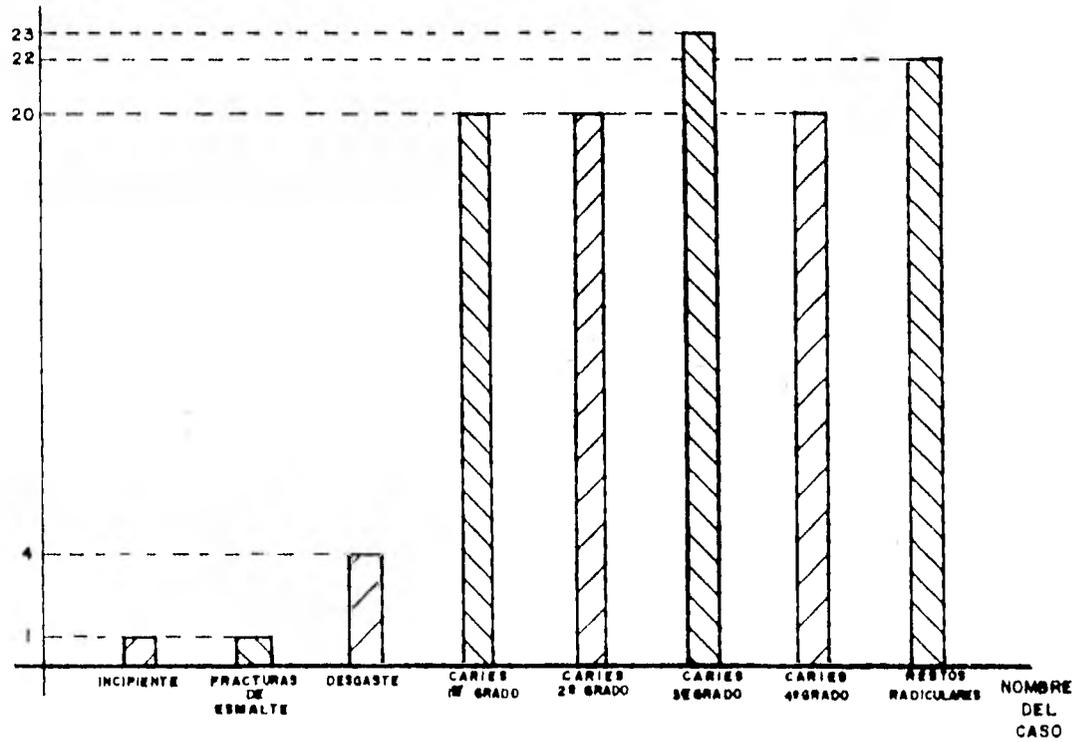


FUENTE: MUESTRA TOMADA EN EL HOSPITAL "PEDRO LOPEZ" DE ZOQUIAPAN, MEX.
A UNA POBLACION MIXTA DE 145 PACIENTES.

EXAMEN PARODONTAL

PARTE AFECTADA: TEJIDOS DUROS

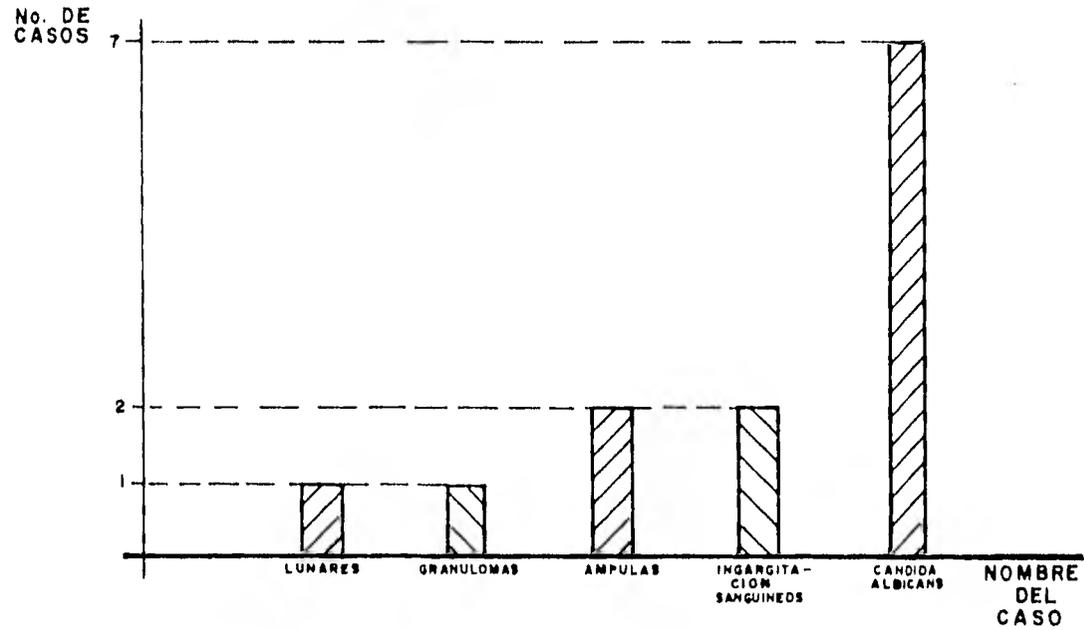
No. DE CASOS



FUENTE: MUESTRA TOMADA EN EL HOSPITAL "PEDRO LOPEZ" DE ZOQUIAPAN, MEX.
A UNA POBLACION MIXTA DE 145 PACIENTES.

EXAMEN DE LOS TEJIDOS BLANDOS

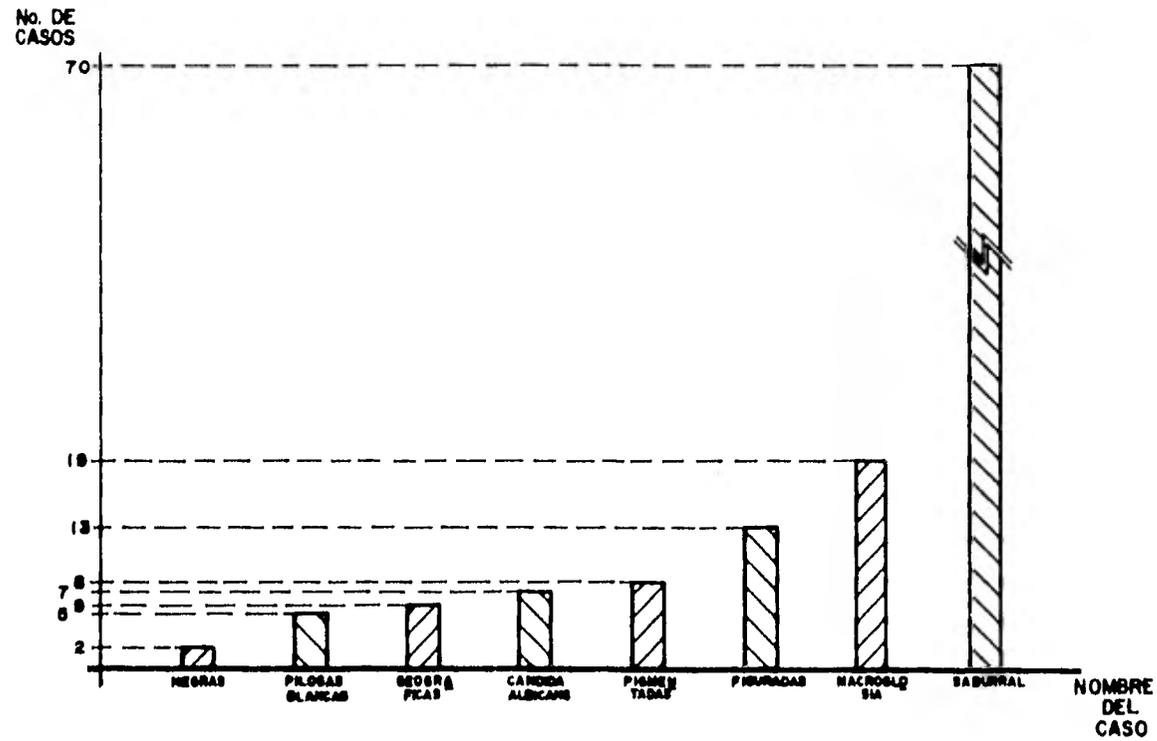
PARTE AFECTADA: CARRILLOS



FUENTE: MUESTRA TOMADA EN EL HOSPITAL "PEDRO LOPEZ" DE ZOQUIAPAN, MEX.
A UNA POBLACION MIXTA DE 145 PACIENTES.

EXAMEN DE LOS TEJIDOS BLANDOS

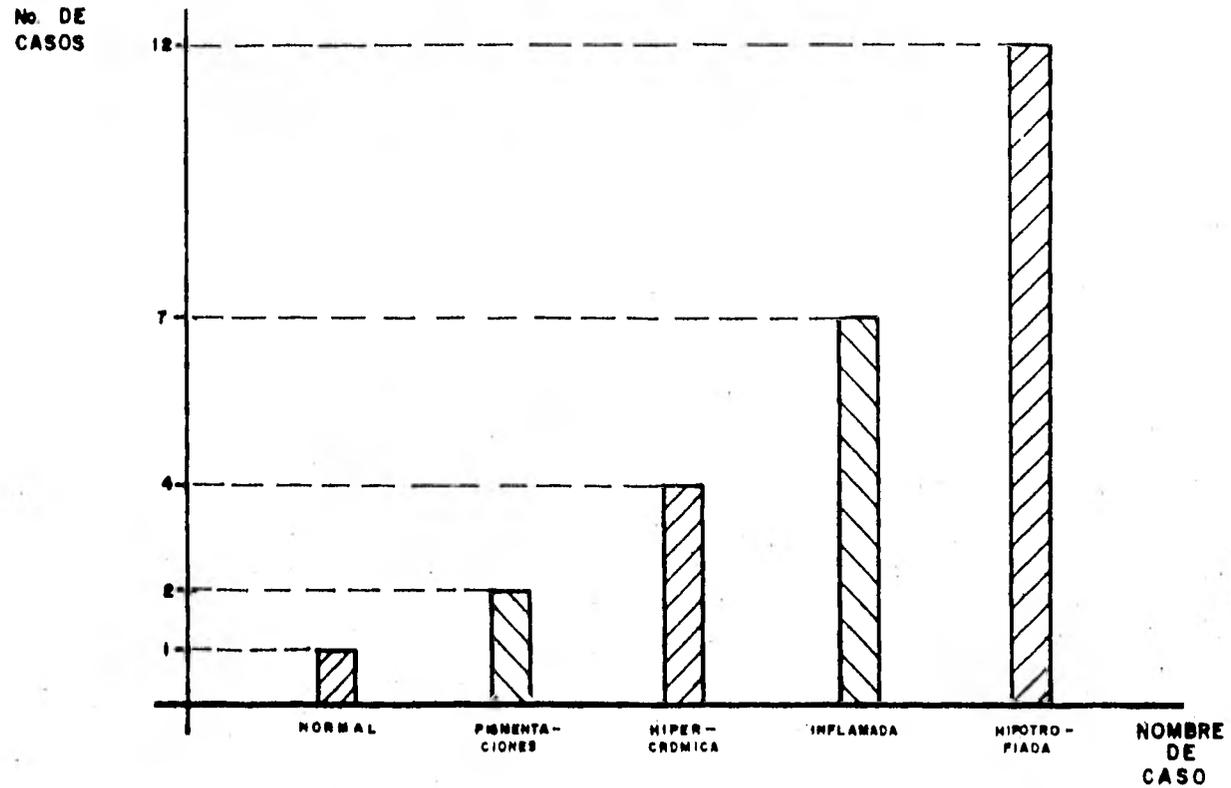
PARTE AFECTADA : LENGUA



FUENTE: MUESTRA TOMADA EN EL HOSPITAL "PEDRO LOPEZ" DE ZOQUIAPAN, MEX.
A UNA POBLACION MIXTA DE 145 PACIENTES.

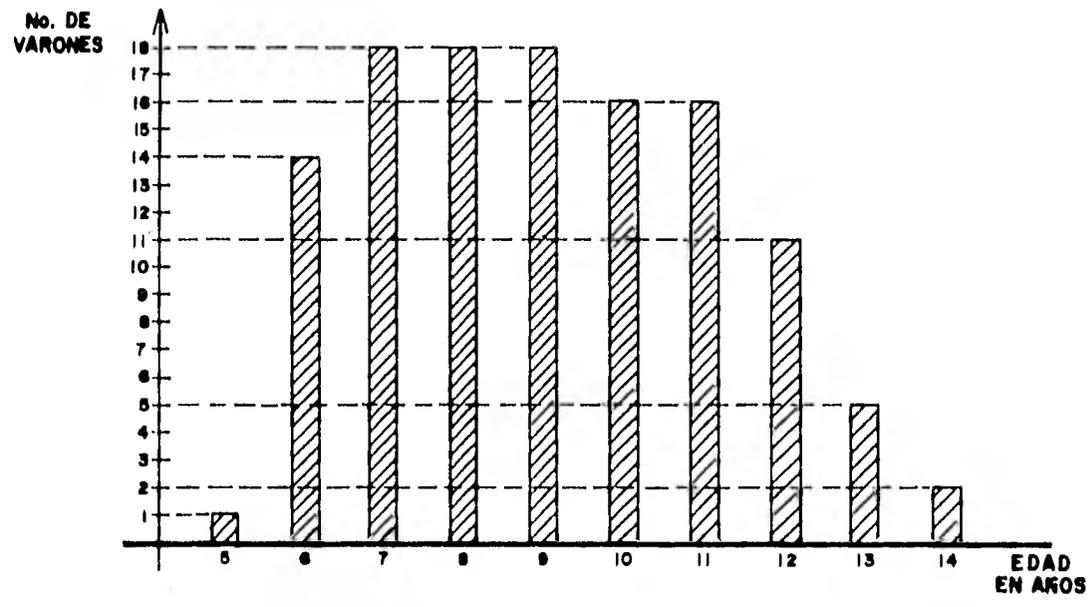
EXAMEN DE LOS TEJIDOS BLANDOS

PARTE AFECTADA: UVULA

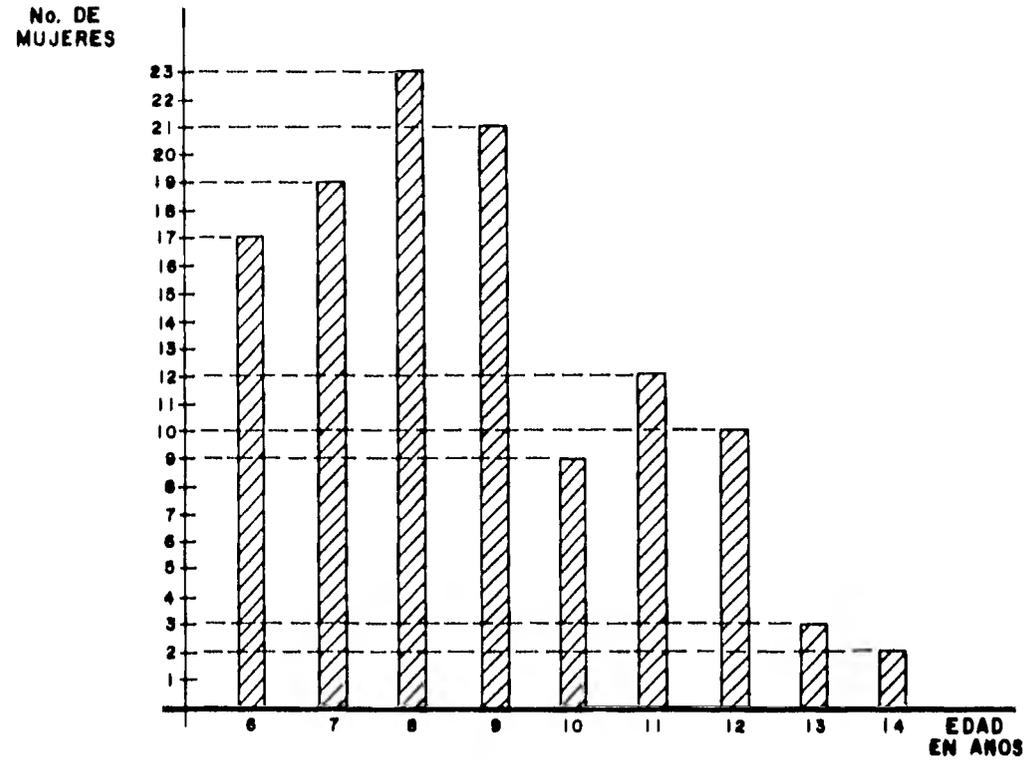


FUENTE: MUESTRA TOMADA EN EL HOSPITAL "PEDRO LOPEZ" DE ZOQUIAPAN, MEX.
A UNA POBLACION MIXTA DE 145 PACIENTES.

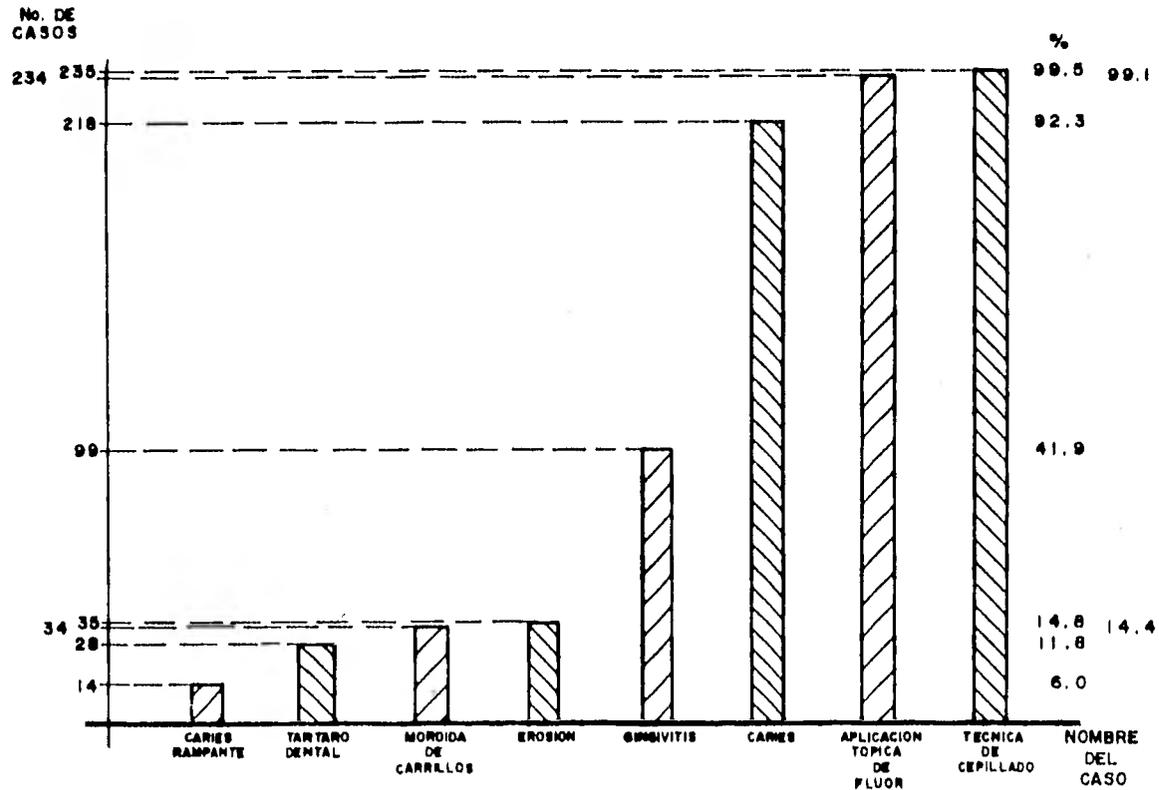
NUMERO DE VARONES DISTRIBUIDOS POR EDAD
DE LA ESCUELA PRIMARIA "EMILIANO ZAPATA"
COL. AGROPECUARIA IXTAPALUCA, MEX.



NUMERO DE MUJERES DISTRIBUIDAS POR EDAD
DE LA ESCUELA PRIMARIA "EMILIANO ZAPATA"
COL. AGROPECUARIA IXTAPALUCA, MEX.

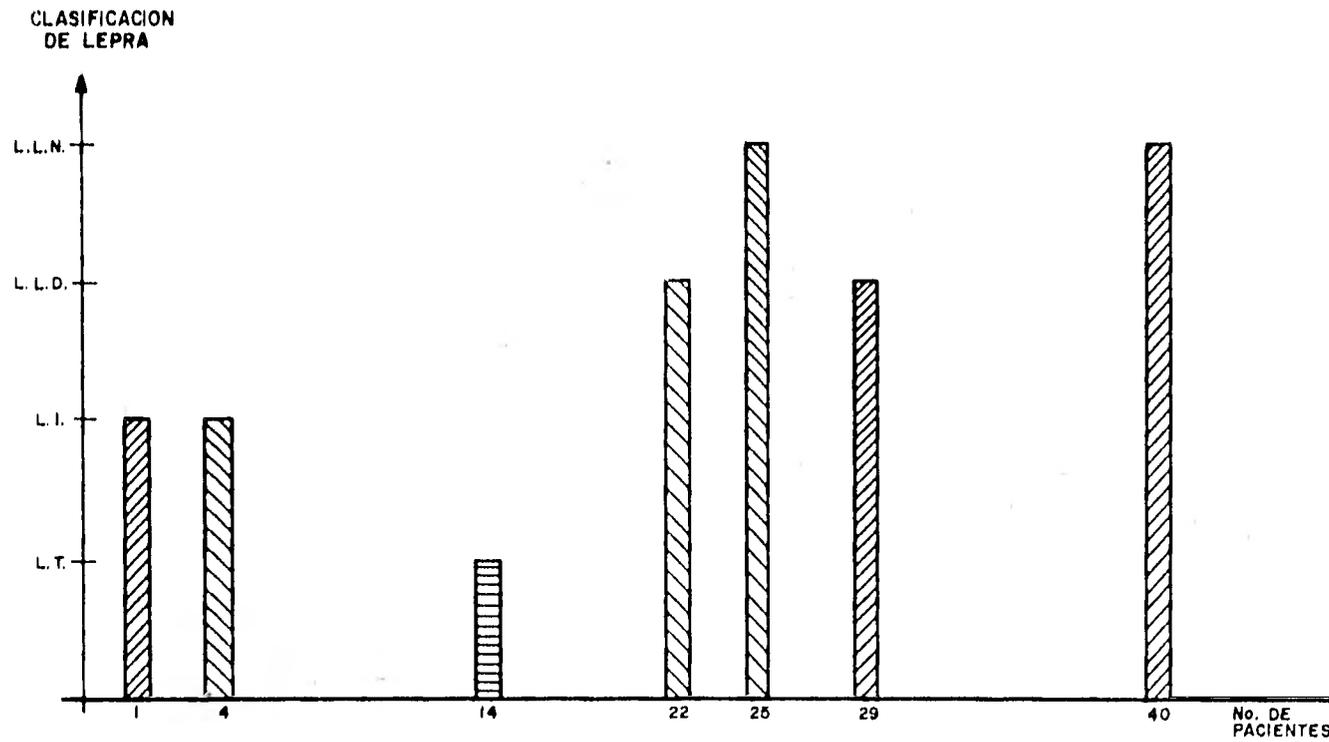


ALTERACIONES ENCONTRADAS



FUENTE : ESTUDIO REALIZADO EN LA ESCUELA PRIMARIA " EMILIANO ZAPATA " COL. AGROPECUARIA IZTAPALUCA, MEX. A UNA POBLACION MIXTA DE 236 ALUMNOS ENTRE 6 Y 14 AÑOS.

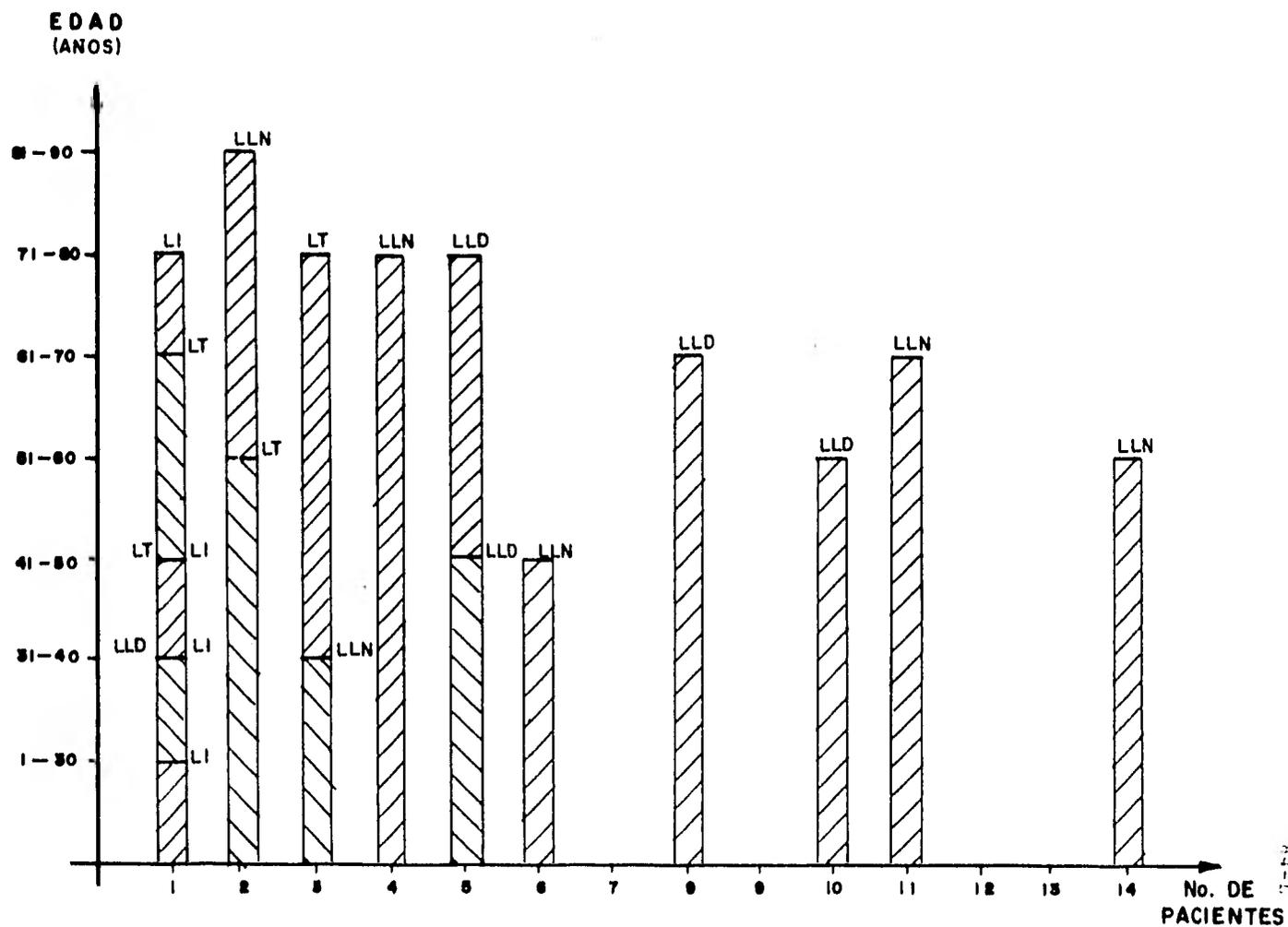
PACIENTES QUE PRESENTARON DISTINTO TIPO DE LEPROSA



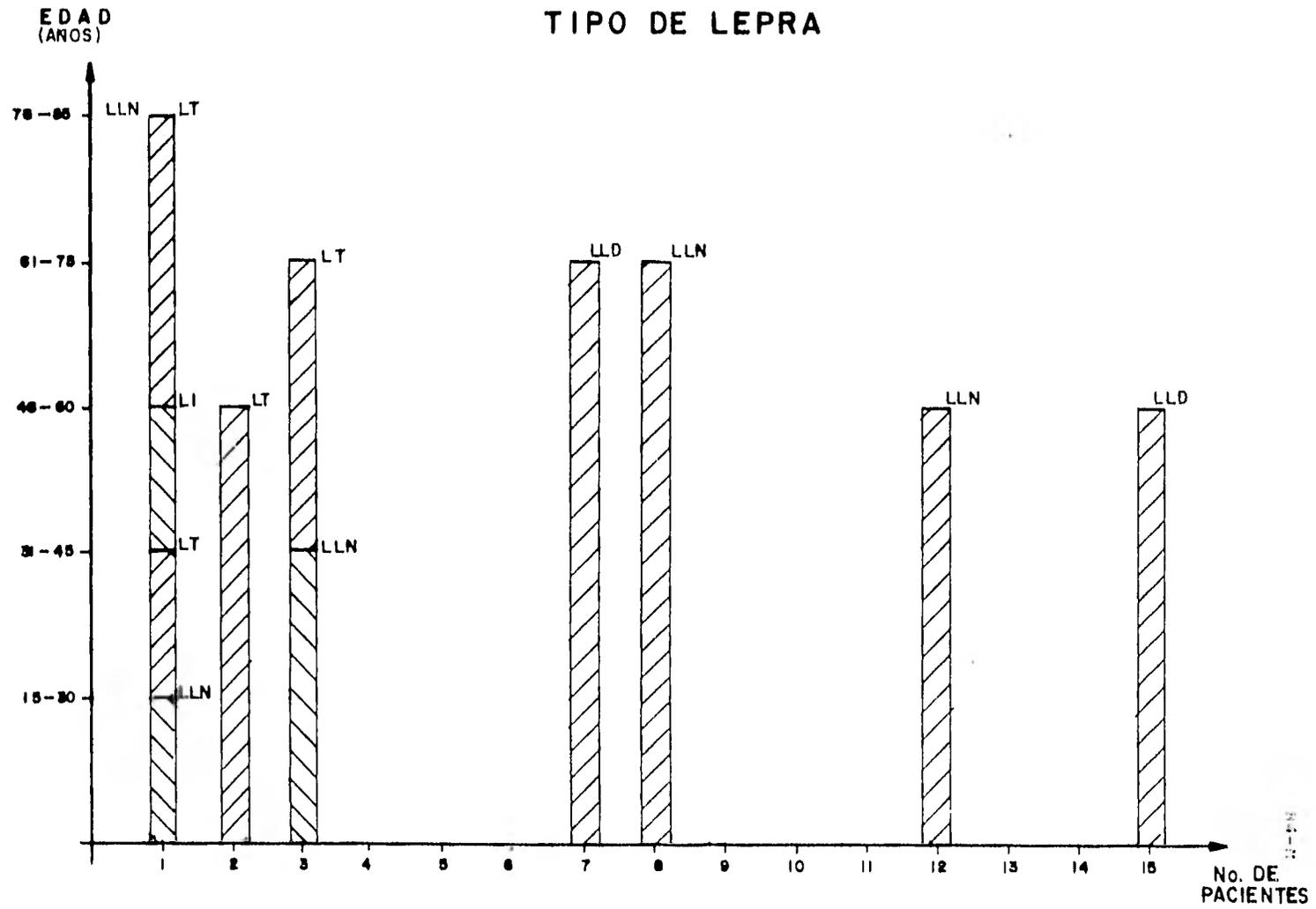
NOTA:

-  PRESENTARON ESTE TIPO DE LEPROSA 7 HOMBRES Y 7 MUJERES
-  HOMBRES
-  MUJERES

PACIENTES VARONES QUE PRESENTARON DISTINTO TIPO DE LEPROSA



PACIENTES MUJERES QUE PRESENTARON DISTINTO TIPO DE LEPRA



Observando los datos gráficos y analizando las dos divisiones de la población, se puede llegar a valorar con más precisión al segundo grupo o población enferma.

El segundo grupo, a diferencia del primero, no sólo se encontró caries dental, sino una gran cantidad de patología bucal que va desde la gingivitis incipiente, hasta la parodontosis. Añadiendo a esto la patología, propia de los enfermos hanseanos, podemos imaginar el estado de salud físico y mental en que se encuentran los internos. Para valorar mejor a estos dos grupos, tenemos el siguiente estudio:

PRIMER GRUPO

230 NIÑOS DE PRIMARIA
(EDAD DE 6 A 14 AÑOS)

POBLACION SANA

LESION	TEJIDO AFECTADO	# DE CASOS	PORCENTAJE
CARIES	TEJIDO DURO (diente)	218	92.3 %
CARIES RAMPANTE	TEJIDO DURO (diente)	14	6.0 %
EROSION	TEJIDO DURO (diente)	35	11.8 %
GINGIVITIS	TEJIDO BLANCO (encía)	39	42.9 %

SEGUNDO GRUPO

145 PACIENTES INTERNOS DEL HOSPITAL "PEDRO LOPEZ"

POBLACION ENFERMA (LEPRA)

LESION	TEJIDO AFECTADO	# DE CASOS	PORCENTAJE
PARODONTITIS	TEJIDOS DUROS (Hueso y diente)	120	95.0 %
GINGIVITIS	TEJIDOS BLANDOS (Encía mucosa en gral.)	109	85.0 %
CARIES	TEJIDO DURO (diente)	121	95.5 %
AUSENCIA DENTAL	TEJIDO DURO (arcada inferior y superior)	104	80.0 %

También en el segundo grupo o población enferma, se puede observar la frecuencia con que se afectan los tejidos bucales y el nombre de la lesión más común de cada uno,

Ejemplo:

<u>TEJIDO AFECTADO</u>	<u>LESION</u>	<u># CASOS</u>
TEJIDO DURO (dientes)	Ausencia dental de 3ros.M. superiores y dientes anteriores.....	104
TEJIDO BLANDO (labios)	Queilitis.....	70
TEJIDO BLANDO (lengua)	Macroglosias.....	19
TEJIDO BLANDO (Carrillos)	Candidiasis.....	7
TEJIDO BLANCO (paladar)	Pigmentaciones rojas e ingurgitación de vasos sanguíneos.....	13
TEJIDO BLANDO (úvula)	Hipotrofia.....	12

Como podemos observar, los enfermos de Lepra tienen una marcada sensibilidad a las enfermedades; muchas de ellas con complicaciones serias.

Tomando en cuenta el estado general, los hábitos perniciosos y la deficiente profilaxis bucal de los pacientes, en ellos podemos observar un campo fértil para el cultivo de un sin número de parodontopatías, de entre las cuales se --

destacan las lesiones blancas, que son el objetivo principal de este estudio; en orden de frecuencia se mencionan a continuación.

De un total de 145 pacientes se encontraron:

LESIONES BLANCAS.....	65
Cándida Albicans.....	24
Puntos de Fordyce.....	11
Pápulas Blancas.....	9
Leucoplasias.....	7
Lengua Pilosa Blanca.....	4
Lengua Geográfica.....	4
Torus Palatino.....	3
Estomatitis Nicotínica.....	3

También se pueden observar las estructuras que están más -
afectadas por las parodontopatías. Ejemplo:

LENGUA	90 %
LABIOS	72 %
CARRILLOS.....	60 %
PALADAR DURO	24 %
UVULA	18 %
PALADAR BLANDO	9 %

C O N C L U S I O N E S

La enfermedad más importante por su frecuencia es la "caries" que afecta el órgano dental; se puede observar en ambos sexos, diferentes edades y estratos sociales, aunque es bien sabido que en la niñez su incidencia es mayor; El segundo lugar lo ocupó la "gingivitis", que es la inflamación de la encía y es ocasionada por diferentes factores; en los niños es frecuente la irritación local y los pacientes de Hansen tienden a perder la textura y aumentan de tamaño y color de la encía. La enfermedad de Lepra en sí, no es mortal, pues tiende a hacerse crónica y vuelve al paciente un campo fértil para una gran cantidad de enfermedades, tanto sistémicas, como locales; siendo los padecimientos bucales los más frecuentes y de éstos las lesiones blancas ocupan un lugar importante.

De los padecimientos bucales, aparte de la incidencia de caries y gingivitis, tenemos a las lesiones blancas que atraen la atención de los estomatólogos, y de éstas las hay unas más importantes aún que otras, por su frecuencia y son:

- 1.- Cándida Albicans
- 2.- Puntos de Fordyce
- 3.- Leucoplasias
- 4.- Lenguas pilosa blanca y geográfica
- 5.- Estomatitis Nicotínica.

RESUMEN GENERAL

La enfermedad de el periodonto se produce en la niñez, adolescencia y edad adulta, pero la frecuencia de la enfermedad periodontal y la destrucción de tejidos, y la pérdida de dientes que causa, aumentan con la edad. Con el envejecimiento, ocurren muchos cambios tisulares y algunos afectan a la enfermedad del periodonto. A veces es difícil trazar una línea divisoria clara entre el envejecimiento fisiológico y los efectos acumulativos de la enfermedad.

El envejecimiento se manifiesta de diferentes maneras y grados en los diversos tejidos y órganos, pero incluye cambios generales, como secación tisular, reducción de la elasticidad, disminución de la capacidad reparadora, alteración de la permeabilidad celular y aumento del contenido de calcio en las células de muchos órganos.

Con el tiempo, la enfermedad crónica puede producir muchas alteraciones en la boca y es difícil determinar en qué medida contribuye el envejecimiento fisiológico al cuadro total. Algunos sostienen que la recesión gingival, la atricción y el descenso de la altura ósea en los ancianos es más el resultado de enfermedad, y factores del medio bucal que del envejecimiento fisiológico.

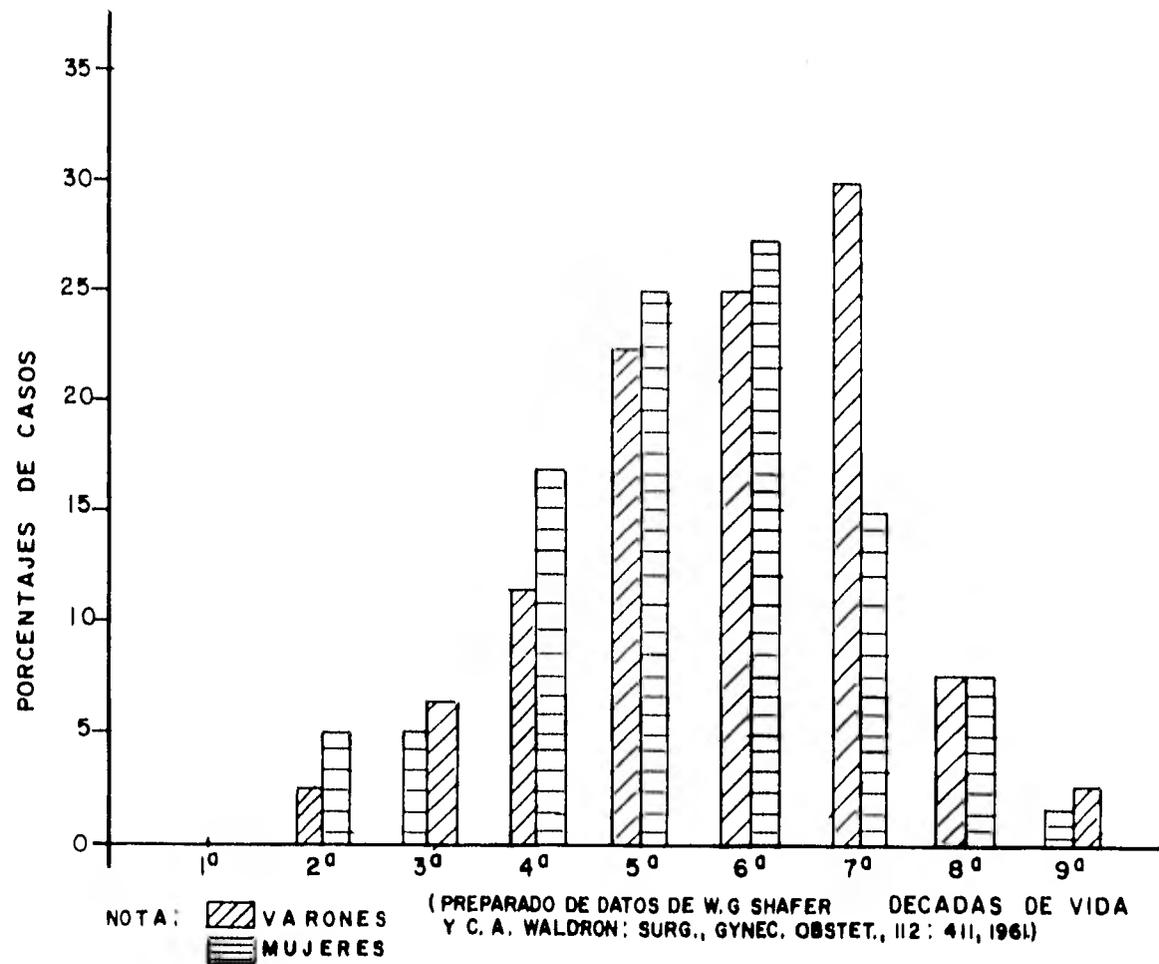
La hiperqueratosis benigna y la Leucoplasia son los padecimientos representativos de las lesiones blancas, aunque en ocasiones la falta de conocimientos de los médicos y la cultura de los pacientes sean obstáculos para que no se llegue a obtener este tipo de diagnóstico.

La leucoplasia de la cavidad oral y la pigmentación de los dientes, son comunes en individuos viejos que son fumadores inveterados. El uso de dentaduras artificiales durante -- años, sin rebasado, con una reducción resultante de la dimensión vertical, es causa común de queilosis angular y -- gingivitis generalizadas en los ancianos y en general en -- las personas con prótesis total o parcial.

La Cándida Albicans viene a ocupar un lugar primordial entre las lesiones blancas, pues éste padecimiento se implanta con facilidad y de la misma manera se retira.

Las capas epiteliales de la piel y la mucosa se parecen mucho y ambas curan bien cuando son lesionadas, aunque la mucosa cura con mayor rapidez.

LEUCOPLASIA CLINICA, FRECUENCIA SEGUN LA EDAD Y SEXO
 (321 CASOS; 219 ♂, 102 ♀)



Lepra o Enfermedad de Hansen. - Está considerada como una -
infección granulomatosa crónica producida por un bacilo --
ácidorresistente, el *Mycobacterium Leprae*. Esta enfermedad
es poco contagiosa, pero llega a proporciones endémicas en
algunas partes del mundo. Se conoce una cantidad de formas
diferentes de Lepra; los dos tipos clínicos principales, --
son; el lepromatoso y el neural. La lesión Lepromatosa se -
caracteriza por la formación de nódulos cutáneos que se de-
sarrollan durante períodos prolongados. Suelen estar prece-
didos en las fases iniciales de la enfermedad por una erup-
ción cutánea macular y papular. Los nódulos aparecen en --
cantidades considerables en cualquier zona cutánea y pueden
ser muy desfigurantes. La forma neural de la Lepra se ca--
racteriza por erupciones maculares y pérdida del sentido -
del tacto y de sensaciones dolorosas, así como parálisis --
muscular.

Aunque la enfermedad va desde la más leve invalidez, hasta
las lesiones más deformantes, sigue una evolución crónica y
raras veces produce la muerte súbita; a esto se debe el ca-
rácter hostil que demuestran para con los médicos y sobre -
todo con los de recién ingreso.

. MANIFESTACIONES BUCALES

Las lesiones consisten en pequeñas masas de aspecto tumoral, denominadas:

- 1o. Lepromas, que aparecen en lengua, labios o paladar duro. Estos nódulos tienden a romperse y a ulcerarse.
- 2o. Pérdida de la mayoría de los incisivos centrales superiores. Esto es debido a que los procesos maxilares tienden a descalcificarse junto con los huesos propios de la nariz; es por eso que viene aflojamiento prematuro y caída de los dientes de la arcada superior.
- 3o. Desviación labial por una parálisis facial media.
- 4o. Reducción de la apertura de la boca.
- 5o. Macroglosia debida a la ausencia de dientes de la arcada inferior.
- 6o. Encía de color rosa brillante y completamente lisa que aparenta una gingivitis.

El estudio de la cavidad oral se hizo por regiones:

- a) LABIOS; con la mayor incidencia de Queilitis, pigmentaciones, desviaciones labiales (ocasionales por parálisis facial media), Leucoplasias y Puntos de Fordyce.
- b) CARRILLOS; se vio más afectada la mucosa por huellas o cicatrices de mordida (ocasionada por una moloclusión, hábito o stress). La candida albicans también es frecuente en esta región.
- c) LENGUA; el 70% de casos fue de lengua Saburral (debido a la implantación de residuos de alimento sobre las papilas linguales), la macroglosia en un 19% (se debe a que la mayoría de los pacientes tienen ausencia parcial o total de órganos dentarios, la lengua se acomoda y se desplaza en todo el piso de la boca); candidiasis lingual (debido a las altibajas del estado general y la cantidad de medicamentos que ingieren); y por último, se encontraron la lengua blanca, negra y geográfica con menos frecuencia, pero no por eso, menos importante.
- d) GINGIVA; es la región más afectada crónicamente (debido a la ausencia de higiene, irritaciones mecánicas locales como aparatos protésicos y en algunas ocasiones por agentes químicos, como medicamentos).

- e) PALADAR DURO; es la zona más afectada por la Lepra --- (descalcifica los huesos propios de la nariz y los procesos de los maxilares, dejando secuelas como paladar perforante y procesos de cicatrización que dejan izque-mia a lo largo del paladar.

- f) DIENTES AUSENTES; una de las características clínicas bucales, en los pacientes Hansenianos, es la ausencia de dientes anteriores superiores y terceros molares superiores.

- g) PALADAR BLANDO; se encuentra frecuentemente la ingurgitación de vasos sanguíneos (debido a las frecuentes infecciones faringo nasales).

- h) UVULA; de un 12% es la frecuencia de hipotrofia de la úvula, afectando la fonación; en algunos casos se encontró ausencia de esta estructura, acompañada de paladar perforado.

En una población de 145 pacientes se encontraron un 70% de Lesiones Blancas.

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

- 1) BHASKAR, S.N.
PATOLOGIA BUCAL
Editorial El Ateneo, Buenos Aires.
- 2) DREIZEN, S.: DALY, T.E.; DRANG, J.B. y BROWN, J. R.
COMPLICACIONES BUCALES DE LA RADIO-TERAPIA DEL CANCER.
Medicina Postrado 6: (9) 5-15, 1978.
- 3) FARMAN, A.C. y NUTT G.
CANDIDA ALBICANS
Tygerberg 7505. Biología Bucal
Cope. Provincia Rep. de Africa del Sur
Septiembre 1976, pp.4:205-216
- 4) FORDYCE, J.A. and MAC,KEE, G.M.:
DISEASES OF THE ORAL MUCOSA
Arch. Derm. SYPH. 13: (5) 601-642, 1926
- 5) GAY PRIETO, JOSE
DERMATOLOGIA 8a. ED.
Barcelona, Científico Médica, 1976
- 6) GORLIN, R.J. and PETERSON, W.C.:
ORAL DISEASE IN MAN AND ANIMALS.
Based on Analysis of 1,135 cases in a variety of species.
Arch. Derm. 96: 390-403, 1967
- 7) GLICKMAN, IRVING
PERIODONTOLOGIA CLINICA
México, Editorial Interamericana, 1974
- 3) GRISPAN, DAVID
ENFERMEDADES DE LA BOCA
"Semiólogía, Patología Clínica y Terapéutica de la mucosa oral"
Tomos I, II
Buenos Aires, Mundi. S.A. C.I.F., 1973

- 9) HINDS, E.C.: and DENT, J.N.:
ORAL LESIONS
Amer. Gastroenterology. 55: (3) 225-236, 1971

- 10) IMAGENES DE PATOLOGIA BUCO-FARINGEA
Folleto # 1
Laboratorios Farmaceuticos Parke-Davis

- 11) ORBANEJA, JOSE GOMEZ
DERMATOLOGIA
Madrid, Aguilar S.A., 1972

- 12) PRAXIS MEDICA TOMO VI
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITORIAS
Barcelona, Castilla, 1976

- 13) SAUL, A.
LECCIONES DE DERMATOLOGIA, 3a. ED.
México, Francisco Méndez Cervantes, 1974

- 14) SUROS, JUAN B. et al.
SEMILOGIA MEDICA Y TECNICA EXPLORATORIA. GED
Barcelona, Salvat, 1978

- 15) SHIP, I.I. y GALILI, DA.:
SIGNIFICADO SISTEMICO DE LAS ULCERAS BUCALES
Medicina Postgrado. 3: (1) 13-22, 1975

- 16) STRONG ELLIOT W.
PREGUNTAS Y RESPUESTAS REFERENTES A LEUCOPLASIA LINGUA
Memorial Sloan-Kittering
Cancer Center, Agosto 1976, p.p. 236:877

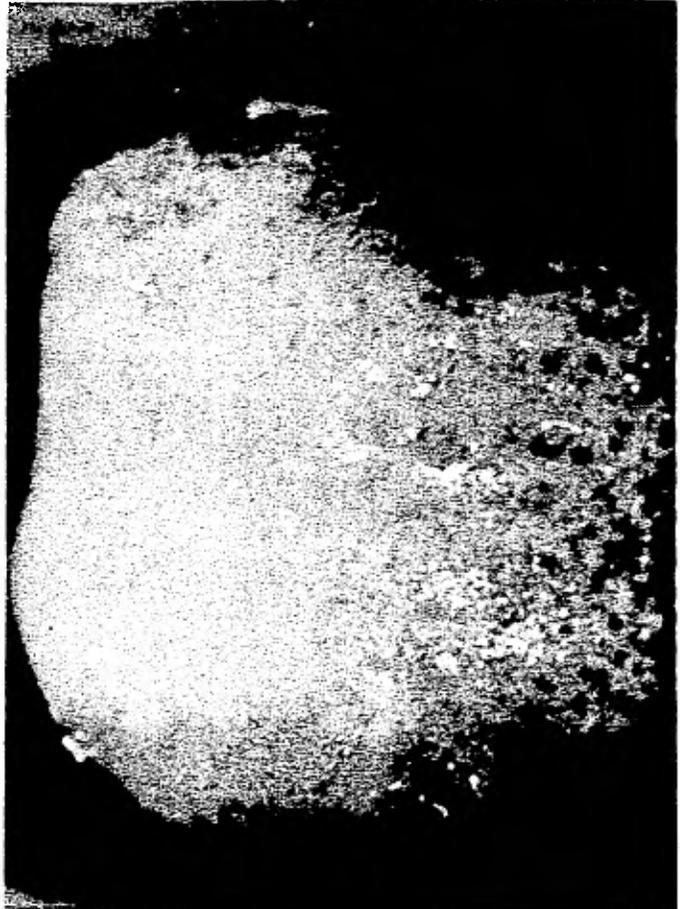
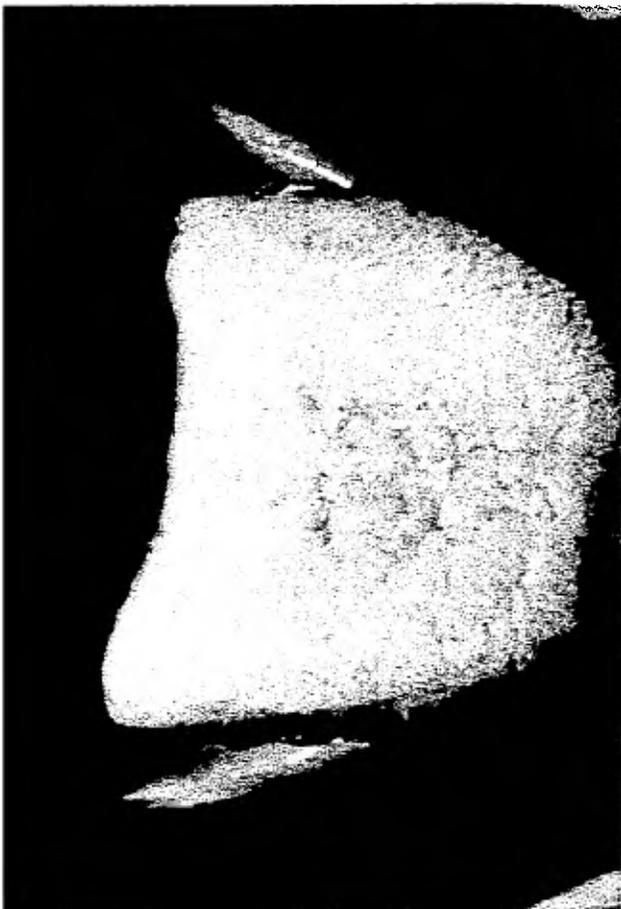
- 17) ZEGARELLI, Eduard V. et. al.
DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL
Editorial Salvat, Barcelona España



LENGUA GEOGRAFICA

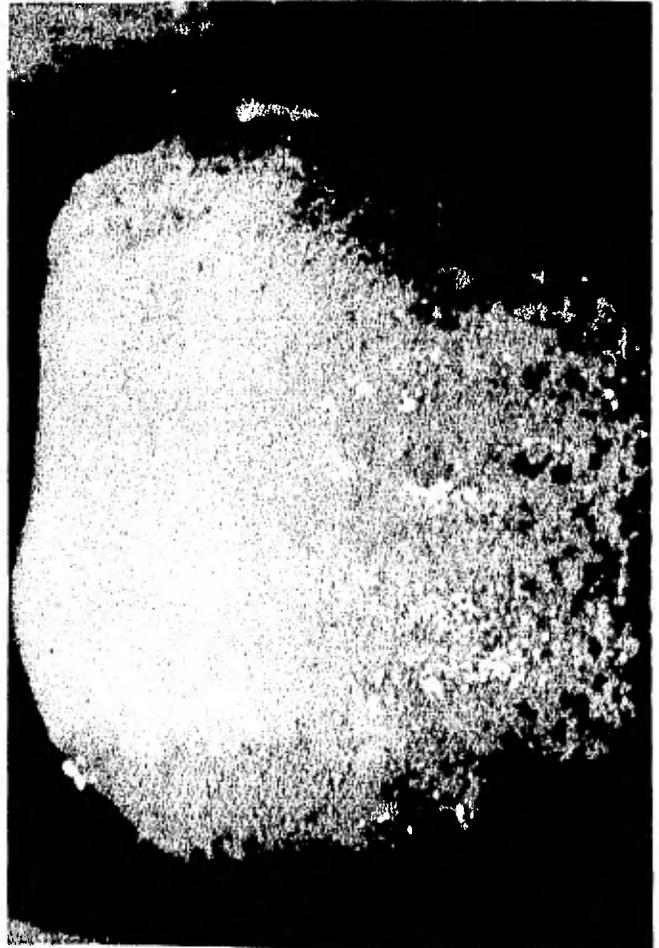
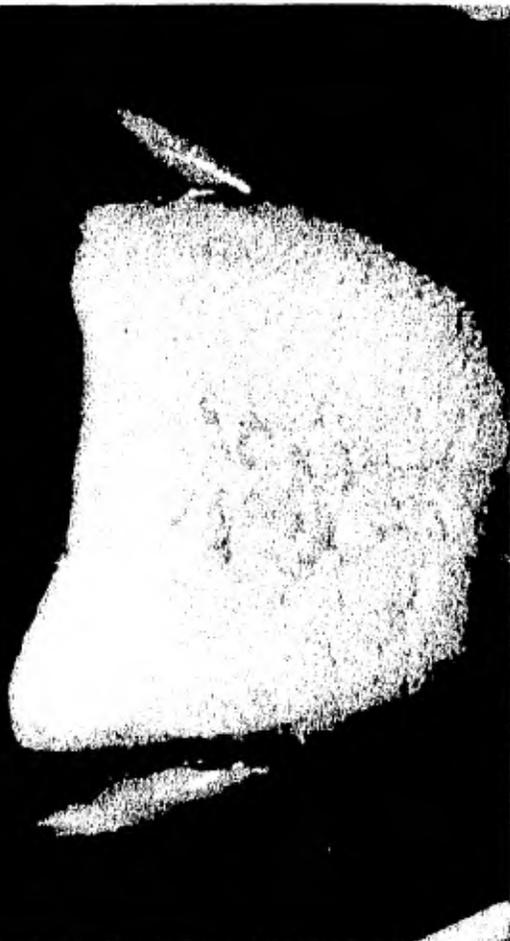


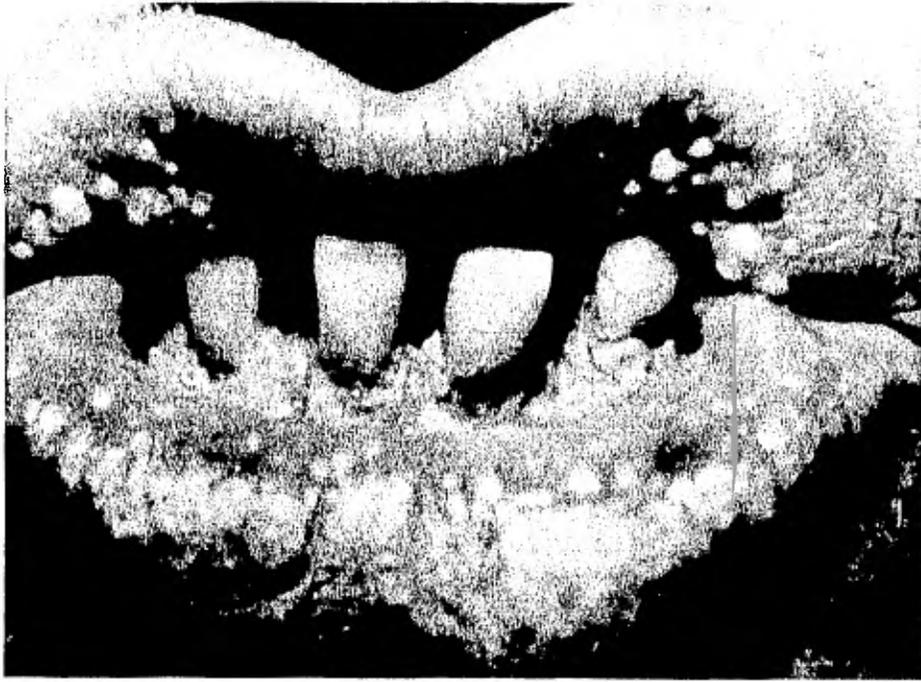
CANDIDA ALBICANS





CANDIDA ALBICANS





PUNTOS DE FORDYCE





SINDROME DE STEVENS JONHSON.

