

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA

13 No 101



**LESIONES AMPOLLOSAS Y VESICULOSAS
DE LA CAVIDAD ORAL**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA PRESENTA:**

GARDUÑO BERNAL FILEMON

DICIEMBRE

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E.

	PAG.
PROYECTO DE TESIS.	1
FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
OBJETIVOS	
HIPOTESIS	
MATERIAL Y METODO	3
INTRODUCCION	7
CAPITULO I	9
CARACTERISTICAS Y RELACION ENTRE PIEL- Y MUCOSA.	
CAPITULO II	15
CONCEPTOS Y DEFINICIONES	
BIBLIOGRAFIA	17
CAPITULO III	18
CARACTERISTICAS DE LAS LESIONES AMPO - LLOSAS Y VESICULOSAS DE LA CAVIDAD - ORAL.	
INFECCIONES VIRALES DE LA BOCA	20
ESTOMATITIS VESICULOSA Y EXANTEMA	20
GINGIVOSTOMATITIS HERPETICA Y PRIMARIA	21
ESTOMATITIS HERPETICA SECUNDARIA O RE- CORRENTE.	25

	Pag.
VARICELA	28
HERPES ZOSTER	31
VIRUELA	36
MONONUCLEOSIS INFECCIOSA	39
HERPANGINA	43
PENFIGO	44
PENFIGO AGUDO	50
PENFIGO VULGAR	53
PENFIGO VEGETANTE	57
PENFIGO FOLIACEO	59
PENFIGO ERITEMATOSO	60
PENFIGO CRONICO	62
PENFIGO CRONICO FAMILIAR BENIGNO	64
ERITEMA MULTIFORME	66
SINDROME DE STEVENS-JOHNSON	68
FIBROSIS SUBMUCOSA BUCAL	72
DERMATITIS HERPETIFORME	74
LIQUEN PLANO	76
DISQUERATOSIS CONGENITA	79
DISQUERATOSIS FOLICULAR	81
GINGIVITIS DESCAMATIVA CRONICA	82
AFTAS	84

	PAG.
ULCERA AFTOSA RECURRENTE	85
EPIDERMOLISIS AMPOLLAR	89
CONCLUSIONES	97
RESULTADOS	99
PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES	100
BIBLIOGRAFIA	104

PROYECTO DE TESIS.

TITULO: LESIONES AMPOLLOSAS Y VESICULOSAS DE LA-
CAVIDAD ORAL.

AREA ESPECIFICA DEL PROYECTO: PATOLOGIA.

PERSONAS QUE PARTICIPAN:

ASESOR: ORTIZ MEDINA JUAN DE DIOS.

ALUMNOS: BUCIO BUCIO MANUEL

CABRERA ZAMORA EULALIO.

GARDUÑO BERNAL FILEMON.

FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA:

La inquietud por desarrollar éste tema se debió a que la experiencia que obtuvimos durante la práctica clínica como estudiantes de ésta escuela, nos permite observar que no tenemos la suficiente habilidad para detectar y tratar ciertas lesiones que se presentan en la cavidad oral y con el objeto de dar un mejor diagnóstico y un tratamiento más adecuado a dichas lesiones, realizamos éste trabajo.

Para obtener un buen diagnóstico y un mejor tratamiento de éstas lesiones, es necesario que todo Odontólogo esté capacitado para poder detectar y diferenciar cada una de éstas

lesiones ya que por las características tan similares de dichas lesiones, se puede equivocar el diagnóstico y esto va en detrimento de la salud del paciente.

La presencia de cualquiera de éstas lesiones causan un desequilibrio en el paciente, cualquiera de ellas es muy molesta en la cavidad oral, y en algunas de ellas por sus particulares características impiden al paciente desarrollar sus actividades diarias (malestar psico-social). Esto se debe a que sus manifestaciones pueden ser extraorales con lo que causan un mal aspecto físico del paciente que presenta estas lesiones ante la gente que lo rodea.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Las lesiones ampollasas y vesículasas tienen como factores etiológicos, los factores socio-económicos, higienico-sanitarios y culturales?.

OBJETIVOS.-

- a). Identificar las lesiones ampollasas y vesículasas de la cavidad oral.
- b). Determinar que factores influ -

-yen en el desarrollo de estas -
lesiones.

c). Instituir tratamientos adecua -
dos para cada una de las le -
siones.

d). Detectar los medios más propi -
cios de desarrollo de estas le -
siones.

e). Proporcionar algunas medidas de
prevención para cada una de las
lesiones.

HIPOTESIS.- Los factores socio-económicos, higie -
nico-sanitarios y culturales, son los factores -
etiológicos de las lesiones ampollosas y vesí -
culosas de la cavidad oral.

MATERIAL Y METODO.

Material.- Para la elaboración de nues -
tra Tesis contamos con material recopilado y a -
nalizado sobre el tema a tratar ésta recolec -
ción se ha hecho en base a trabajos realizados -
con anterioridad, dicho material o recopilación -
de datos es el principal auxiliar para elaborar
nuestra Tesis.

Método.-El método que utilizamos para la realización de éste trabajo está basado en:- recopilación, análisis, síntesis y transcripción de los diferentes trabajos que sobre el tema es cogido por nosotros han publicado algunos autores. Es púes una recopilación y síntesis basada en el método científico.

OBJETO DE ESTUDIO.-Lesiones ampollosas y vesí - culosas de la cavidad oral.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

TIEMPO ACTIVIDADES.	1 ^{er} Mes.	2 ^{do.} Mes.	3 ^{er} Mes.	4 ^{to} Mes.	5 ^{to} Mes.
a) Contar con el asesor.	/	/	/	/	/
b) Elaboración del proyecto.					
c) Aprobación del proyecto.					
d) Investigación bibliográfica.					
a) Discusión grupo con asesor.	/	/	/	/	/
b) Revisión de la investigación bibliográfica.					
c) Análisis					
a) Discusión grupo con asesor.	/	/	/	/	/
b) Revisión de investigación bibliográfica.					
c) Análisis					
d) Discusión.	/	/	/	/	/
a) Redacción					
b) Redacción del índice					
c) Corrección del contenido.					
d) Mecnografía.	/	/	/	/	/

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

(continuación)

<div style="text-align: right;">TIEMPO.</div> <div style="text-align: left;">ACTIVIDADES.</div>	1 ^{er} Mes	2 ^{do} Mes	3 ^{er} Mes	4 ^{to} Mes	5 ^{to} Mes.
a) Redacción, terminado y aprobación.					
b) Análisis.					
c) Discusión.					
d) Terminado.					

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

Entre las enfermedades más frecuentes de los tejidos blandos de la boca se encuentran las lesiones ampollosas y vesículas de la cavidad oral, como consecuencia de las carencias que presenta la comunidad entre las que se encuentran factores socio-económicos, higienico sanitarios y culturales.

El diagnóstico temprano de dichas patologías nos ayuda a prevenir las lesiones y cuando ya están presentes a detener su avance, ya que en algunos casos pueden terminar con la vida del paciente. Un buen diagnóstico de las lesiones ampollosas y vesículas requiere una exploración Física muy completa, así como del auxilio de los demás elementos de diagnóstico, como los de laboratorio que nos sirven para esclarecer el mecanismo y etiología de las lesiones. Ya que por las características Clínicas tan similares que presentan las lesiones, como los diferentes tipos de herpes, de pénfigo, de aftas y algunas otras afecciones de los tejidos blandos de la boca, es necesario tener un diag-

-nóstico diferencial para con ésto poder determinar el tratamiento más adecuado en cada caso-

En última instancia un buen tratamiento se basa siempre en un diagnóstico exacto.

Por consiguiente, creemos oportuno que el Cirujano Dentista debe tener la capacidad necesaria para poder sintetizar la información-recogida del paciente, para tener un diagnóstico más fidedigno. Por lo tanto el Odontólogo se ve obligado a actualizar sus conocimientos en forma continua, para prestar un mejor servicio a la Comunidad y para mejorar el nivel científico de la profesión.

C A P I T U L O I

CARACTERISTICAS Y RELACION ENTRE PIEL Y MUCOSA

En la actualidad la estomatología es una disciplina parte de la odontología que extiende su acción al estudio y tratamiento médico-quirúrgico del esqueleto maxilar, mucosa oral, lengua y todos los órganos más o menos cercanos que tienen íntima relación con la cavidad oral.

El estudio de las lesiones ampollosas y vesiculosas de la cavidad oral corresponde a la estomatología, rama de la medicina que trata de las enfermedades de la boca y sus anexos.

Es importante conocer la relación que existe entre la piel y la mucosa oral, ya que por algunas características semejantes que existen entre estos tejidos los signos y síntomas que presentan éstas patologías pueden contagiarse por el contacto que puedan tener.

Se trata de resumir algunas de las características más importantes de las lesiones ampollosas y vesiculosas de la cavidad oral y su relación con la piel.

La piel es impermeable al agua, abriga

y protege al cuerpo del sol, sirve de armadura y refrigerador, es sensible al tacto de una pluma, a la temperatura y al dolor, soporta el desgaste durante 70 años aproximadamente.

Es un órgano vital de la economía, refleja la edad y el estado de salud e incluso revela padecimientos generales como: sífilis, ictericia, enfermedades carenciales e intoxicaciones. La piel es húmeda, seca ó lisa, según la presencia variable de glándulas sebáceas y sudoríparas. Puede tener firmeza y elasticidad en los jóvenes o estar laxa y arrugada en los viejos.

La piel consta de las siguientes capas: una de epitelio estratificado superficial, la epidermis que deriva del ectodermo y una capa profunda de tejido conjuntivo vascularizado, la dérmis o corión que deriva del mesodermo. Las glándulas sebáceas, las sudoríparas, los folículos pilosos y el lecho de las uñas, son formaciones epidérmicas, la dérmis es una densa red vascularizada de tejidos fibroso y elástico, ésta sujeta a la epidérmis por abundantes papilas -

diminutas que se hayan distribuídas en la super-
ficie de la dérmis, formando su capa papilar, -
asiento de casí todas las enfermedades de la -
piel.

" ALGUNAS FUNCIONES DE LA PIEL "

La epidermis y en particular su capa -
queratina, constituyen una barrera para gérme -
nes patógenos, la queratina es casí impermeable
al agua, ésto permite la existencia de líquido-
corporal en atmósferas generalmente secas, la -
queratina permite tomar un baño de agua dulce -
sin que el cuerpo se hinche de agua, o en agua-
salada sin que el cuerpo se retraíga.

La epidermis por su contenido de célu-
las capaces de producir pigmentos oscuros (mela-
nina) puede proteger al cuerpo de los efectos -
peligrosos de un exceso de luz ultravioleta.

La piel contiene terminaciones nervio-
sas que captan estímulos originados de diferen-
tes tipos de sensaciones (tacto, presión, calor
frio ó dolor). Por lo tanto la piel tiene gran-
importancia para permitir que el hombre se adap-
te a su medio ambiente.

La cavidad Bucal.- Está revestida por una mucosa que por delante se continúa con la de los labios que está constituida por fibras musculares estriadas y tejido conjuntivo fibroelástico, y por detrás con la faringe, en general es fina y muy movible, excepto en la boveda palatina y encias, en donde por su constitución fibrosa ofrece una consistencia y firmeza notables.

En la mucosa de la boca o en la capa inmediata subyacente hay abundantes glándulas mucosas y serosas, labiales, bucales, palatinas y linguales, que mantienen constantemente húmeda la membrana por virtud de una secreción mucosa semejante a jalea diluida por liquido seroso y acuoso, las glándulas tienen principalmente un carácter mucoso. Hay tres grandes pares de glándulas en la cavidad oral que son: parótidas, submaxilares y sublinguales, éstas glándulas aumentan el volumen de la saliva por acción de estímulos especiales que van desde tocar la mucosa bucal hasta oler, ver, e incluso recordar alimentos, éstas glándulas son demasiado volumi

nosas para estar dentro de la boca, por lo cual son adyacentes a la mucosa, en éstas glándulas - cuanto más largo es el conducto principal, tanto más acuosa la secreción.

La piel existe en un medio diferente - de la mucosa oral y la capacidad de adaptación - de ambas es notable.

El epitelio de la mucosa bucal muestra una menor maduración que la piel en cuanto a - queratina se refiere, debido quizá a la protección adicional que recibe en su medio. Existen - puntos de similitud entre ambos recubrimientos - protectores, las principales diferencias son la ausencia de los anexos de la piel en la mucosa y la superficie continuamente húmeda de ésta.

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

MEDICINA BUCAL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Lester W Burcket

Editorial Interamericana, S. A.

PATOLOGIA, ANATOMIA Y FISIOLOGIA BUCODENTAL

Alcalayaga Olazabal

Editorial El Ateneo / Buenos Aires 1973

TRATADO GENERAL DE ODONTOESTOMATOLOGIA

Tomos I y II

Karl Haupe.

C A P I T U L O I I

D E F I N I C I O N E S :

De las diferentes manifestaciones que presentan las lesiones ampollosas y vesículas de la cavidad oral:

Mácula.- Mancha que se ve en la piel por su coloración más oscura.

Pápula.- Engrosamiento de la piel, del tamaño de la cabeza de un alfiler a la de un guisante, de forma y coloración variable, debido a una infiltración dérmica.

Vesícula.- Elevación de la epidermis de forma acuminada como consecuencia del desarrollo de serosidad.

Ampolla o Flictena.- Acumulación de serosidad entre la dermis y la epidermis bajo la influencia de un roce repetido. Elevación de la epidermis, cuyas dimensiones varían entre las de una lenteja y las de una moneda pequeña, que contiene un líquido seroso, seropurulento ó sanguinolento.

Úlcera.- Toda pérdida de substancias -
de las superficies cutánea o mucosa, debido a -
un proceso necrótico, con escasa o nula tenden-
cia a la cicatrización.

Pústula.- Pequeño absceso intraepidér-
mico que contiene líquido purulento.

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

DICCIONARIO ENCICLOPEDICO

Salvat Editores Segunda Edición Tomo V

DICCIONARIO DE MEDICINA

Unión de Editores Barcelona 1975

C A P I T U L O I I I

INFECCIONES VIRALES DE LA BOCA

Los virus han sido definidos como enti-dades submicroscópicas que se reproducen únicamente dentro de las células vivientes específicas, la distribución de los virus es casi infinita, y no solo afectan a las plantas y animales, incluso al hombre, también a insectos y bacterias.

En la actualidad han sido purificados, cristalizados y analizados, algunos virus y se comprobó que todos tienen una proteína y ácido-ribonucleíco (RNA) ó desoxiribonucleíco (DNA).

Se ha sugerido que las células infectadas por virus producen el ácido característico del virus

y que por lo tanto, la susceptibilidad de las células a la infección viral dependería de la presencia del ácido nucleíco adecuado dentro de las células para dar sustento al virus.

Se sabe que los virus causan ciertas enfermedades infecciosas y muchas de ellas producen inmunidad duradera contra la infección

por el mismo virus. Además, en los animales muchas neoplasias que fueron transmitidas por extractos libres de células del tumor de otros animales, por lo cual se establece una etiología viral, pruebas más recientes del origen viral de ciertas enfermedades como leucemias animales han dado impulso a la búsqueda de virus específicos en la etiología del Cáncer humano y la posibilidad de la inmunización contra ésta enfermedad.

Resulta difícil clasificar las enfermedades virales debido al tamaño del virus y sus sistemas metabólicos no del todo comprendidos, sin embargo existe una clasificación reciente basada en las propiedades biológicas, químicas y físicas de los virus, ésta clasificación se encuentra en grupos según el tipo de ácido nucleico, tamaño, forma y estructura de la partícula.

ESTOMATITIS VESICULOSA Y EXANTEMA.

Etiología.-Virus coxaquie del grupo "A" tipo 16 en caso de exposición múltiple se encontró un período de incubación de tres a cinco días.

Características Clínicas.-Hay pocos prodromos o ninguno, los primeros síntomas son : dolor en boca y garganta, fiebre. Las lesiones de la mucosa bucal son : máculas y vesículas rojas pequeñas de uno o dos mm. de diámetro, en general se forman úlceras, las lesiones se presentan en: paladar blando, mucosa, lengua y encía, se distinguen fácilmente de las lesiones de Herpes simple o de Herpangina, no son afectados los tejidos peribucales, la temperatura oscila entre 37.8 y 38.4 , la fiebre persiste de dos a tres días, el exantema no es diagnóstico, se encontró anticuerpo neutralizante durante la fase aguda, la curación espontánea fué la regla.

Las principales características son: el inicio brusco de línfadenitis cervical; que precede a la aparición de las lesiones y la falta de vesículas labiales, como otros exantemas vira

-les con manifestaciones en mucosa bucal la gingivitis es de tipo inflamatorio sin necrosis.

Tratamiento.- Sintomático.

Herpes Simple.- (Gingivostomatitis, herpética aguda, herpes labial, ampollas de fiebre, dolor frío).

El herpes simple es una enfermedad infecciosa aguda, es probablemente la enfermedad viral más común que afecta al hombre, con excepción de las enfermedades virales respiratorias- los tejidos que con frecuencia ataca el virus del herpes simple denominado herpes virus, hominis derivan del ectodermo y son: piel, ojos y sistema nervioso central, el virus con frecuencia es llamado virus dermatropico debido a la propensión necesaria de recidir dentro de las células de origen ectodérmico, principalmente en la dérmis.

Gingivostomatitis Herpética Primaria.- Enfermedad bucal común que aparece en adultos jóvenes y en niños.

Etiología.- Virus del Herpés simple.

Características Clínicas.- La enferme -

-dad bucal dura de siete a diez días, se caracteriza por un período prodrómico de 24 horas o más antes de la aparición de lesiones bucales malestar, cefalea, adenopatía, trastornos digestivos y fiebre. En lactantes y niños pequeños, son frecuentes la deshidratación u acidosis en caso de temperatura de 40 a 40.5 °C en las primeras etapas de la enfermedad aguda, y exigen una atención inmediata. Pueden ser necesarias la hospitalización y la administración de líquidos parenterales. En general, la fiebre baja cuando brotan las lesiones bucales. Aparecen vesículas y úlceras en la mucosa de la boca entre el segundo y el tercer días. Hay linfadenitis bucal, y el problema clínico principal puede ser la dificultad para ingerir alimentos por dolor y molestias, particularmente en lactantes y niños pequeños. Se forman vesículas aisladas en las mucosas labiales interna y externa, y en mejillas, lengua, paladar, piso de la boca y encías. Se observa también una gingivitis generalizada, que persiste durante toda la enfermedad. Un punto diagnóstico importante es que no hay necrosis en tejidos marginales e interproximales, como en

la gingivitis ulceronecrótica o las infecciones no virales.

En 24 horas , las vesículas se rompen y forman úlceras crateriformes con bordes lisos y fondo amarillo grisáceo pseudomembranoso. Se confunden lesiones vecinas hasta formar grandes zonas irregulares de ulceración.

Los bordes de éstas lesiones van progresando, están rodeados de una auréola inflamatoria roja brillante. Las úlceras asiladas son redondas u ovaladas de algunos mm a un cm. de diámetro., y son sumamente dolorosas. En vista de la alta concentración de virus en la saliva, pueden formarse vesículas en la piel vecina de los labios, aunque la erupción aguda no suele pasar del límite cutáneo mucoso. El contacto de la saliva con las manos, y la diseminación de la infección pueden producir conjuntivitis , vulvovaginitis, o en raros casos enfermedad visceral generalizada; éstas complicaciones siempre son serias y exigen atención inmediata.

Histopatología.-En la base de la vesícula se observa degeneración epitelial, células-

epiteliales tumefactas, son múltiples los núcleos o células gigantes del tipo virus. La dermis por debajo de las vesículas, muestra leucocitos polimorfonucleares, neutrófilos, algunos linfocitos y monocitos, las lesiones cicatrizan por proliferación epitelial periférica.

Diagnóstico Diferencial.- Es necesario diferenciar a ésta enfermedad de las erupciones medicamentosas y del eritema multiforme y más rara vez cuando se produce en el adulto, del pénfigo. Las formas alérgicas de la estomatitis (erupción medicamentosa) generalmente pueden diagnosticarse por la historia. Tanto en el eritema multiforme pueden diferenciarse por los síntomas generales más intensos y por lesiones hemorrágicas diseminadas. En el pénfigo, son habituales los síntomas generales de varias semanas de duración y el paciente muchas veces puede recordar un episodio previo de ampollas indoloras grandes sin síntomas prodrómicos concomitantes.

Tratamiento.- El tratamiento de la infección herpética primaria no es satisfactorio- obligadamente es de sosten y sintomático, puesto

que el curso de ésta enfermedad es inalterable.

La antibioticoterapia es de considerable ayuda en la prevención de la infección secundaria.

Debe procurarse el bienestar de el paciente y cuidar la deshidratación con tratamiento de sosten mediante antipiréticos y reposo en cama, frecuentes lavados suaves, abundantes líquidos y dieta blanda. Los demás medios terapéuticos dependen de la edad del paciente y su estado de salud previo. En niños pequeños con herpes primario del tipo virulento de gravedad excepcional, es necesaria la hospitalización para poder llevar a cabo la alimentación por vía intravenosa. Transfusiones de sangre y plasma indispensables para el mantenimiento de la vida.

Estomatitis Herpética Secundaria o Recurrente.-La estomatitis recurrente herpética suele ser observada en pacientes adultos y se manifiesta en la clínica como una forma atenuada de enfermedad primaria.

La forma recurrente de la enfermedad está asociada con traumatismos, fatiga, menstrua-

-ción, embarazo, infección de las vías respiratorias superiores, trastornos emocionales, alergia exposición a la luz solar o lámparas ultravioleta, trastornos gastrointestinales. Se desconoce el mecanismo mediante el cual éstos diversos factores desencadenantes provocan el estallamiento de lesiones.

Se ha pensado que pueden inducir el descenso de síntesis de gammaglobulina, y así permitir el incremento de la síntesis viral latente y la aparición de las lesiones.

El virus una vez dentro del cuerpo, reside en estado latente dentro de las células epiteliales, de manera que las lesiones recurrentes representan una activación de virus residuales y no una reinfección.

Características Clínicas.-La infección recurrente por herpes simple se produce en los labios (herpes labial recurrente) o en la boca, en cualquiera de las localizaciones, las lesiones suelen ir precedidas de una sensación de ardor y tirantes, hinchazón o leve sensibilidad en el lugar donde se han de formar las vesículas, es

-tas son pequeñas (1 mm de diámetro o menos), -
tienden a aparecer en grupos localizados, pueden
coalescer para formar lesiones mayores, éstas ve-
sículas grises o amarillas se rompen rápido y -
dejan una úlcera pequeña y roja, a veces con -
halo eritematoso leve, en los labios éstas vesí-
culas rota se cubren de una capa pardusca.

Las personas afectadas con Herpes vi -
rus se dan cuenta de su estado por su sensación
pruriginosa o de ardor de uno a dos días antes-
de la aparición herpética recidivante aislada o
de conglomerados de vesículas distendidas de -
las 24 a las 48 horas, Las vesículas se abren y
se convierten en úlceras superficiales con bor-
des no endurecidos y rasgados, con la base mode-
radamente inflamada, la curación es mediante la-
formación de un coágulo que dara lugar a una -
costra temporal protectora o escara, la curación
completa suele ser de siete a diez días sin de-
jar cicatriz.

Características Histopatológicas.-Me -
diante el extendido de Papanicolau, obtenido de-
raspados frescos de la base de una vesícula, se

puede diagnosticar la infección activa por Herpes simple. Hay inclusiones intranucleares en células epiteliales; células gigantes multinucleadas; inflamación.

Tratamiento.- Felber y colaboradores dieron a conocer una técnica de inactivación fotodinámica muy positiva, mediante la cual las lesiones recurrentes de los labios, así como del pene y piel, mejoraban notablemente en comparación con otras formas de terapéutica usada previamente, con ésta técnica se rompen las vesículas incipientes, se aplica un colorante etéreo cíclico como el rojo neutro, en solución acuosa al 0.1 % y luego se expone a la luz fluorescente por quince minutos, los pacientes experimentaron una sensible mejoría sintomática con reducción del tiempo de cicatrización y del índice de recidiva.

VARICELA.- Es una enfermedad viral cutánea leve, que suele afectar a los niños, comúnmente en invierno y primavera. El período de incubación es de aproximadamente dos semanas, se parece bastante a la viruela, pero es mucho menos grave.

Etiología.-El virus es el mismo que el causante del Herpes Zoster es un virus neurotrópico (virus v-z).

Las lesiones de las dos enfermedades - tienen mucho en común se cree que las puertas - de entrada para éste virus son las vías respiratorias.

Características Clínicas.-Esta enfermedad se caracteriza por cefalea, nasofaringitis, anorexia, seguida de erupciones macopapulares o vesiculares de la piel y fiebre, éstas erupciones comienzan en el tronco y se extienden hasta la cara y extremidades, aparecen por tandas sucesivas, de manera que es posible hallar muchas vesículas en diferentes etapas de formación o resorción.

Las lesiones cutáneas terminan por romperse, forman una costra superficial y cicatrizan por descamación. La enfermedad sigue su curso de una semana a diez días y raras veces deja secuelas .En ocasiones, la infección secundaria de las vesículas da por resultado pústulas que pueden dejar pequeñas cicatrices ahuecadas al

curar.

A veces se observan pequeñas lesiones semejantes a ampollas en la mucosa bucal, principalmente en la vestibular y palatina así como en la faringe. Las lesiones mucosas, inicialmente vesículas algo elevadas con un eritema circundante, se rompen pronto después de su aparición y dan lugar a pequeñas úlceras erupcionadas con un margen rojo, que tienen gran similitud con las lesiones aftosas, éstas lesiones no son particularmente dolorosas.

Histopatología.-La apariencia histopatológica se caracteriza por la presencia de células epidérmicas hinchadas que sufren degeneración globulosa y contienen inclusiones esféricas intracelulares.

Tratamiento.-Debido a las características de la enfermedad el tratamiento es sintomático.

En el diagnóstico diferencial deben tenerse en cuenta la sífilis secundaria, impétigo, eccema infectado, picaduras y mordeduras de insectos, erupciones medicamentosas. En ciertas circunstancias epidemiológicas debe pensarse .-

también en la viruela, en la varicela, las lesiones monoloculares superficiales aparecen en 3 ó 4 brotes distintos con un día aproximadamente de intervalo, de tal forma que al cabo de un día más o menos, el enfermo tiene claramente lesiones en diversas fases de desarrollo. Las lesiones de la viruela progresan simultáneamente y suelen ser multiloculadas, umbilicadas y situadas en mayor profundidad que las de la varicela.

Profilaxis.-En el momento actual no hay vacuna contra la varicela. La globulina inmune frente al zoster (GIZ), preparada a partir de enfermos convalescientes de Zoster con un contenido demostrable alto de anticuerpos, proporciona protección pasiva contra la varicela entre los niños susceptibles expuestos cuando se les inyecta en dosis de dos a cinco (2 a 5 ml I M) en plazo de 72 horas tras la exposición

HERPES ZOSTER.-Es una enfermedad viral infecciosa aguda muy dolorosa e incapacitante que se caracteriza por la inflamación de los ganglios de la raíz dorsal y los nervios craneales extramedulares, junto con erupciones vesiculares de la piel o membranas mucosas en las zo-

-nas inervadas por los nervios sensoriales afectados.

Etiología.-El virus neurótrópico que causa ésta enfermedad es el mismo de la varicela (virus V - Z), a veces los dos padecimientos son casi indistinguibles por sus manifestaciones objetivas y subjetivas, en las dos hay cuerpos de inclusión intranuclear, eosinofilos similares que denuncian la infección viral.

Ahora se cree que el Herpes Zoster es causado por la activación del virus V-Z incorporado en un ataque previo de varicela.

En esencia, la infección primaria con éste virus produce varicela en tanto que la infección recurrente origina el Herpes Zoster.

Características Clínicas.- Se cree que el período de incubación abarca entre siete y catorce días; muchas veces comienza después de una lesión de la raíz nerviosa dorsal. El padecimiento es más común en los adultos y afecta a varones y a mujeres con igual frecuencia, al principio el paciente tiene fiebre, malestar general, dolor y sensibilidad en el trayecto de los nervios sensoriales afectados por lo gene -

-- ral de un sólo lado, al cabo de unos días - el paciente presenta una erupción papular o vesicular longitudinal en piel y mucosa inervados por los nervios infectados.

Una vez rotas las vesículas comienza - la cicatrización, aunque puede establecerse una infección secundaria que retarda apreciablemente el proceso. En ocasiones las lesiones del - Herpes Zoster se asemejan a las lesiones del - Herpes simple.

Manifestaciones Bucales.- Esta enfer - medad aparece en cara, por infección del nervio trigémino, las infecciones de la mucosa bucal - son bastante comunes y es factible que haya ve - sículas muy dolorosas en mucosa vestibular, len - gua, úvula, faringe y laringe, éstas vesículas - suelen romperse y dejar zonas erosionadas.

Uno de los rasgos característicos de - la enfermedad que se genera en cara ó en cavi - dad bucal, es la unilateralidad, es típico que - las lesiones cuando son grandes se extiendan - hasta la línea media y se detengan ahí,

Tratamiento,- No hay terapéutica, es -

pecífica, no obstante, un corticosteroíde si se administra pronto, puede aliviar el dolor en los casos graves, la dósís inicial debe ser relativamente grande (por ejem. prednisona 50 mg. por via oral) y en la duración no debe ascender de tres semanas, deben tomarse todas las precauciones asociadas a la prescripción de corticosteroídes, sirven de alivio las compresas húmedas de aplicación local, puede ser paliativo al dolor la aspirina 600 mg. sola o con codeína 15 a 16 mg. cada 4 a seis horas.

Diagnóstico Diferencial.- Aunque es difícil en la fase anterior a la erupción, el diagnóstico se hace con facilidad después de aparecer las vesículas en su distribución característica. Deben diferenciarse la pleuresía, la neuralgía de trigémino, la dermalisis de bell y en los niños la varicela. El dolor puede parecerse al de la apendicitis, colico renal, colitis, según la localización del nervio afectado. El virus del Herpes simple puede producir lesiones zosteriformes casi idénticas. El Herpes simple tiende a recurrir, mientras que el Herpes

Zoster rara vez lo hace. Los virus pueden diferenciarse por cultivo o serológicamente.

VIRUELA (VARIOLA).- Es una enfermedad aguda, -
altamente contagiosa, que comienza con sínto -
mas generales súbitos y graves se caracteriza -
por una erupción cutánea progresiva que con -
frecuencia deja holluelos y cicatrices perma -
nentes.

Etiología.- La viruela es causada por
un virus intimamente relacionado con el virus -
de la vaccina y otros virus variolosos. Se en -
cuentra en todas las fases de la enfermedad , -
en la vesícula, pústula, costra, secreción na -
sofaringea y excreta, el virus resiste a la -
deseccación y puede ser transmitido por las es -
camas secas de las lesiones, o puede ser lleva -
do por el aire en los núcleos de gotas de se -
creciones nasofaringeas, la enfermedad puede -
ser transmitida de persona a persona ó por con -
tacto de vestidos ó articulos caseros contami -
nados.

Características Clínicas.- La viruela después de un período de incubación de 7 a 10 días, se manifiesta clínicamente por la presencia de fiebre alta, escalofrío, náuseas, vómito dolor de espalda, dolor muscular, cefalea. En los niños pequeños, son persistentes los vómitos y las convulsiones, en éste período el paciente puede entrar en coma, las lesiones cutáneas comienzan como pequeñas máculas y pápulas que aparecen primero en la cara y posteriormente en el cuerpo, a los pocos días las pápulas se convierten en vesículas que por último se transforman en pústulas, éstas pequeñas elevaciones tienen color verde amarillento con borde inflamado, se infectan en forma secundaria y a veces se tornan hemorrágicas, lo que es más grave. La descamación marca el comienzo de la cicatrización, la formación de húecos y cavidades como consecuencia de las pústulas es una secuela común de la viruela.

Manifestaciones Bucales.- La úlcera -
ción de mucosa bucal y faringe es bastante co-
mún y también se producen lesiones similares -
en otras membranas como en, traquea, esófago y -
vagina, las vesículas se presentan como lesio-
nes cutáneas, pero en vez de seguir la evolu-
ción de las pústulas, se rompen y forman úlce-
ras inespecíficas, a veces la lengua está hin-
chada y duele lo cual dificulta la deglución.

Tratamiento.- La terapéutica es total-
mente sintomática (previsión de las necesida -
des calóricas, de líquido y de electrolitos), -
pero se administra penicilina ó antibióticos -
de amplio espectro cuando se sospecha que hay -
invación bacteriana secundaria en las fases -
vesiculares y de pústulas.

Dx Diferencial.- Se basa clínicamente
en la historia, síntomas prodrómicos y erupción
característica. El aislamiento del virus, de -
microscopia electrónica directa del líquido de
las vesículas o de extractos de costras y las-

pruebas de precipitinas en gel de agar son métodos diagnósticos valiosos.

Profilaxis.- La eficacia de la vacuna antivariólica es incuestionable. La vacunación con éxito proporciona inmunidad relativa al cabo de 8 días, un elevado nivel de protección - durante 3 años por lo menos, una inmunidad sustancial, aunque decreciente durante 10 años ó más y aparentemente, protección frente a la - muerte por la enfermedad durante un período de tiempo aún mayor. Hay que revacunar cada 3 años

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA (FIEBRE GLANDULAR).- Enfermedad aguda caracterizada clínicamente por fiebre alta, faringitis y linfadenopatia generalizada, anatomopatológicamente - por un aumento de los linfocitos, muchos de - los cuales son atípicos, y serológicamente por el desarrollo de anticuerpos heterofilos transitorios frente a los eritrocitos de la oveja, el caballo y el buey, y de anticuerpos persis-

tentes frente al virus Epstein Barr.

Etiología.- La mononucleosis infecciosa está causada por el virus Epstein Barr (VEB), el título de anticuerpos contra el VEB aumenta invariablemente cuando el paciente presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad, a éste mismo virus se le atribuyen el linfoma africano de maxilares de Burkiant, carcinoma nasofaríngeo y leucemias linfoblásticas, la afección se produce en niños y adultos jóvenes, fué transmitida experimentalmente a menos mediante la administración de material emulsionado de ganglios linfáticos o filtrado de Seitz de sangre de seres humanos afectados.

Características Clínicas.- Después de un período de incubación de 4 a 7 semanas (posiblemente más breve en los niños), aparece un malestar vago tipo gripe, fátiga, dolor de cabeza y escalofrío, típicamente seguido de una fase aguda de fiebre alta, faríngitis y linfa-

denopatia generalizada también hay esplenomegalia y hepatitis con apreciable frecuencia. - Los ganglios cervicales suelen ser los primeros en agrandarse, seguidos de los axilares e inguinales.

Manifestaciones Bucales.- En apariencia no hay manifestaciones bucales específicas de la mononúcleosis infecciosa, si bien se producen lesiones secundarias, las manifestaciones bucales consisten en gingivitis y estomatitis agudas, la aparición de una membrana blanca o gris en diversas zonas, petequias palatinas y algunas úlceras.

Dx Diferencial.-La enfermedad debe diferenciarse de otras infecciones agudas asociadas con fiebre, faringitis y linfadenopatía debidas a bacterias (estreptococos, difteria, angina de Vincent) y otros virus (rubéola, adenovirus, hepatitis A y B) y otros agentes. Los citomegalovirus (CMV) causan una enfermedad tipo mononúcleosis, pero los pacientes generalmente tienen mayor edad, además aunque corrientemente

hay esplenomegalia, hepatomegalia y linfocitos atípicos, suelen faltar la faringitis, la linfadenopatía cervical y las respuestas de anticuerpos heterófilos. El síndrome post-erupción suele estar causado por CMV, pero ocasionalmente es por VEB, ocasionalmente es necesario excluir también los trastornos linfoproliferativos (leucemia, enfermedad de Hadgkin, linfomas). En los casos con participación del SNC es preciso excluir otras diversas causas..

Tratamiento.-El tratamiento es sintomático, se debe obligar a reposo en cama durante la fase aguda de la fiebre y el malestar, y el reposo debe ser prolongado en casos con participación del hígado, mientras el vazo éste aumentado de tamaño debe evitarse el ejercicio intenso. La aspirina entre otros analgésicos suele calmar el dolor de cabeza, los analgésicos y los anjuagues con suero salino alivian la faringitis y los demás síntomas orofaríngeos, los corticosteroides se deben administrar si existe obstrucción de las vías aéreas, participación neurológica, anemia hemolítica, purpura

-trombocitopenica,miocarditis o pericarditis.-
La rotura del vazo exige.esplecnectomía inme -
diata y transfusiones masivas de sangre.

Los antibióticos no tienen valor,a no-
ser que haya infección secundaria.

HERPANGINA (FARINGITIS AFTOSA).-Cual
quiera de los 24 virus coxackie del grupo A y-
ocasionalmente otros enterovirus,pueden causar
la herpangina,y tiende a producirse en forma -
epidémica y con máxima frecuencia en lactantes
y niños.

Características Clínicas.-Se caracteri
za por un comienzo súbito de fiebre,dolor de -
garganta, dador de cabeza,anorexia y con fre -
cuencia dolores en el cuello, el abdomen y las
extremidades, en los lactantes pueden producir
ce vómitos y convulciones, los pacientes pron-
to presentan úlceras,cada una de las cuales -
tiene base gris y una periferia inflamada en -
los pilares anteriores de las fauces y a veces
en paladar duro y blando, lengua,éstas úlceras
van precedidas por la aparición de vesículas -
de corta duración,las cuales no son extremada-

-mente dolorosas aunque pueden producir disfa-
gia, ésta enfermedad es transmitida de u-
na persona a otra por contacto.

Tratamiento. El tratamiento adecuado es
el de sosten y sintomático.

Dx Diferencial.- Comprende la estomati -
tis herpética, que se presenta durante cualqui-
er estación y muestra úlceras mayores, más per-
sistentes y las aftas recurrentes, y las aftas
de Bednar que rara vez aparecen en la faringe-
y generalmente no van asociadas a síntomas ge-
nerales.

PENFIGO.- El pénfigo es una enfermedad-
cutánea grave que se caracteriza por la presen-
cia de vesículas y ampollas, pequeñas o grandes
que se producen en ciclos. Sin embargo, no son -
patognomónicas, porque éstas aparecen en muchas
otras enfermedades. La etiología sigue siendo -
desconocida pese a intentos por encontrar mi-
croorganismos específicos, virales o estrepto-
cócicos.

Se describen varias formas de pénfigo-
pero la lesión básica, vesícula o ampolla es la

misma en cada caso. Se han propuesto muchas clasificaciones de la enfermedad de las cuales -- la más simple es la siguiente:

- 1.-Pénfigo agúdo.
- 2.-Pénfigo vulgar.
- 3.-Pénfigo foliáceo.
- 4.-Pénfigo vegetante.
- 5.-Pénfigo eritematoso.

Algunos autores rechazan la categoría de Pénfigo agúdo y opinan que representa una enfermedad separada. Es significativo que se ha vuelto muy raro con el advenimiento de los antibióticos. Así mismo se señaló que pese a las variaciones individuales del Pénfigo, hay varias características que la mayor parte de las formas tienen en común. Primero, la lesión inicial de cualquier tipo de pénfigo es siempre una vesícula o ampolla, aún cuando en los períodos finales de la enfermedad pueden ser de naturaleza variada por ejem., escamosa, papilomatosa. Segundo, las lesiones iniciales se producen con mayor frecuencia en el tronco, aunque la mucosa bucal suele ser el sitio primario de todas las

formas excepto el pénfigo foliáceo y eritematoso. En realidad se afirmó que: "Es el Odontólogo alerta quien puede hacer el diagnóstico original aún cuando la piel o mucosa tengan un aspecto normal.

Características Clínicas.- El Pénfigo en cualquiera de sus formas, raras veces inicia antes de los 30 años, y se distribuye igual en varones y mujeres..

Algunos dermatólogos clasifican el Pénfigo vulgar en agudo y crónico. El Pénfigo se caracteriza por la rápida aparición de vesículas y ampollas, cuyo tamaño varia de unos mm a varios cms. de diámetro, en cantidades tales que llegan a cubrir grandes zonas de la superficie cutánea. Estas lesiones contienen un líquido acuoso poco espeso a poco de formadas el cual puede convertirse pronto en purulento o sanguinolento. Cuando las ampollas se rompen, dejan una superficie erosionada viva idéntica a la vista cuando zonas focales de epitelio se desprenden por presión oblicua o espontáneamente sin la formación previa de una vesícula. La pérdida del epitelio ocasionada por el frota -

-miento de la piel aparentemente sana, se denomina signo de Nikolsky. Es un rasgo característico del Pénfigo y esta causado por el edema prevascular que rompe la unión entre la dérmis y la epidérmis. El curso del Pénfigo vulgar agudo es rápido y la enfermedad termina en la muerte o en la recuperación al cabo de unos días o semanas.

Manifestaciones Bucales.-Las manifestaciones bucales de los diferentes tipos de Pénfigo, escritas específicamente por "Lever, Bernier y Tiekel" entre otros son detectados por la mayoría de dermatólogos debido a la frecuencia de su aparición y por que la boca suele ser el sitio de la primera manifestación de la enfermedad. Las manifestaciones bucales son similares a las cutáneas aunque es raro encontrar ampollas intactas, ya que tienden a romperse antes de formarse completamente. La mucosa bucal también presenta el signo de Nikolsky y puede ser denudada por el agrandamiento periférico de las erosiones.

No hay zona intrabucal inmune a las le

siones que sangran con facilidad y son dolorosas. El dolor llega a ser tan intenso que el paciente no puede comer, las lesiones tienden a tener bordes irregulares y están cubiertas de un exudado blanco o con un dejo de sangre, puede extenderse a los labios y producir costras.

En pacientes con éste tipo de lesión bucal la salivación es profusa y el olor es insoportable.

Histopatología.- El Pénfigo es una enfermedad que se caracteriza por la formación de una vesícula intraepitelial inmediatamente sobre la capa basal, la cual produce una división suprabasilar típica. El edema prevesicular debilita ésta unión y los puentes intercelulares entre dos células epiteliales desaparecen-ésto resulta en la pérdida de la cohesividad o acántolisis y debido a ello, suelen encontrarse grupos de células epiteliales libres dentro del espacio vesicular, se les denomina células de "TZANK".

Shklar también comúnicó que hay un marcado aumento de RNA en el citoplasma de éstas-

células acantolíticas así como en células epiteliales del piso de la vesícula.

El líquido de la mayor parte de las vesículas, en particular las que tienen más de dos días contienen cantidades variables de leucocitos polimorfonucleares y linfocitos. Sin embargo la relativa escases del infiltrado celular inflamatorio tanto en el líquido vesicular como en el tejido conectivo de la base de la vesícula es sugerente del Pénfigo, puesto que la mayor parte de las otras enfermedades ampollares tienen marcada inflamación. Una vesícula producida la infección secundaria, ésta característica queda enmascarada.

Diagnóstico Diferencial.-Las lesiones bucales constituyen un rasgo importante del Pénfigo y por ello, éste ha de ser siempre considerado en el diagnóstico diferencial de las erupciones de tipo vesicular de las mucosas bucales. Puede haber cierta dificultad en diferenciar el Pénfigo de otras enfermedades como: la dermatitis herpetiforme, el eritema multiforme-ampollar el liquen plano ampollar, la gingivi-

-tis descamativa crónica, y la epidermólisis amollar. Sin embargo, la experiencia clínica, junto con el aspecto histológico, de las lesiones - suele ser suficiente para distinguir las enfermedades.

Tratamiento.- No hay tratamiento específico para ninguna de las formas de Pénfigo, aunque los corticosteroídes y los antibióticos, para la infección secundaria producen remisiones notables de la enfermedad ciertos tipos como - el tipo foliaceo, vegetante y eritematoso remiten espontáneamente en una proporción variable de pacientes. Otras formas, principalmente el tipo vulgar agudo, son casi invariables. La infección secundaria es un factor complicante común

Pénfigo Agudo.- Comienza con la presencia de numerosas lesiones en la boca, piel o - ambas partes. Las lesiones aparecen sucesivamente, cuando una lesión está en vías de recuperación aparecen diferentes brotes de otros lugares. El paciente presenta signos de debilidad grave y progresiva, en un lapso de una semana o menos puede ser mortal.

Etiología.-Aún cuando la literatura ha informado de diversas causas como, neuropáticas toxico-infecciosas y por virus, ninguna parece ser el factor responsable, por lo tanto el Pénfigo se considera todavía como una etiología desconocida.

El Pénfigo agudo puede aparecer inmediatamente después de la vacunación antivaricelosa y en el pasado se observó con mayor frecuencia en personas que manipulan animales. En épocas recientes, su aparición se ha relacionado con ciertas drogas, solas o asociadas con vacunas.

Características Clínicas.- El Pénfigo es considerado, por algunos autores como una forma aguda del Pénfigo vulgar, se caracteriza por la formación de vesículas, que al principio de la enfermedad se revelan en la mucosa oral, sin embargo dicha lesión primaria puede aparecer en cualquier otra parte del cuerpo. Las vesículas varían de tamaño desde algunos mm hasta unos 8 cm. se rompen pronto sobre todo las de la mucosa bucal y dejan una superficie

cruenta y sangrante, cuando estas lesiones bucales se infectan secundariamente, ocasionando dolor intenso, es frecuente que se acompañen de fiebre alta y albuminuria ocasionalmente. En general el padecimiento si no se atiende a tiempo puede ser fatal en más o menos 6 semanas.- después de su comienzo, se ha mencionado como característico el signo de Nikolsky, que consiste en denudar un área con vesículas por el simple frotamiento con la llema de los dedos..

Histopatología.-La mayor parte de las características histológicas de los diversos tipos de Pénfigo han sido tomadas de los análisis de los tejidos provenientes de las lesiones cutáneas. La histopatología de las lesiones mucosas no es característica como en las lesiones cutáneas, es probable que ésto se deba al hecho de que las lesiones se úlceran con rapidez y con frecuencia se infectan secundariamente lo que dificulta la diferenciación histológica necesaria para distinguir las, por tal razón el diagnóstico del Pénfigo cuando sólo son lesiones bucales resulta un problema difícil de resolver.

Diagnóstico Diferencial.-Las lesiones bucales suelen ser semejantes a las de otras lesiones eruptivas de tipo vesicular, como; la dermatitis herpetiforme, el eritema multiforme-ampollar, etc.

Tratamiento.-En el pasado, el tratamiento fué básicamente empírico. El uso de ACTH y la cortisona no hacen remisiones notables de la enfermedad aunque no hay tratamiento específico, los corticosteroides y los antibióticos para la infección secundaria, producen remisiones notables de la enfermedad.

PENFIGO VULGAR.-El Pénfigo vulgar es la forma más común de la enfermedad.

Etiología.-Se considera desconocida, porque no existen datos específicos para determinar la causa de ésta enfermedad.'

El Pénfigo vulgar al igual que el agudo puede aparecer después de la vacunación antivariolosa, en épocas recientes su aparición se relaciona con ciertas drogas o vacunas. Se le considera como una forma bubosa de eritema-multiforme.

Características Clínicas. La enfermedad se particulariza por la presencia de vesículas de diversos tamaños, las lesiones aparecen en grupos sucesivos y pueden estar en cualquier parte del cuerpo: tronco, extremidades, cara, cuello y mucosa, aún cuando las vesículas se rompen dejan una superficie cruenta y sangrante, cuyo centro se vuelve necrótico y amarilloluego aparece una tentativa de cicatrización y se forma en la porción central costras que no están unidas a los bordes, lo cual deja un área granular entre dicha costra y el borde de la lesión denominada costra "astel".

Todas las fases de ésta lesión son dolorosas, la enfermedad tiene períodos de remisión y exacerbación que pueden comprender varios años. Las manifestaciones iniciales se observan con frecuencia en la mucosa bucal, se infectan secundariamente y ocasionan dificultad para masticar y deglutir, cuando se curan las lesiones cutáneas muestra un área violeta-rojisa que después se pigmenta. Las remisiones son frecuentes espontáneas durante un período-

prolongado, sin embargo las recidivas son la re
gla.

Histopatología.-En un exámen histológico
de una bula inicial completa se observa dege
neración de las células epidérmicas y formaci
ón de vesículas intradérmicas, los frotis del
fondo de las bulas recién abiertas muestran -
reacciones de tinción características con colora
nte de Pappenheim(células de Tzank).En genera
l los pacientes con este tipo de Pénfigo prese
ntan una cifra elevada de eosinófilos

Tratamiento.- Un diagnóstico temprano-
y un tratamiento enérgico y rápido con algún -
esteroíde corticosuprarrenal puede(además de -
salvar la vida del paciente) impedir o reducir-
los efectos colaterales tóxicos indeseables de
un tratamiento prolongado con éste tipo de a -
gentes terapéuticos. Algunos pacientes responden
mejor a la ACTH otros a la cortisona o a uno -
de sus derivados. El tratamiento no es curativo
sino supresor, algunos pacientes no responden -
ni a la ACTH ni a los esteroídes corticosupra-
renales. Las lesiones de la mucosa suelen ser-

más rebeldes que las de la piel. El tratamiento de ésta enfermedad corresponde al médico general o al dermatólogo, con colaboración del dentista, con frecuencia los corticosteroides locales aumentan el efecto de otros fármacos sobre los líquidos bucales, y son adyubantes de la terapéutica general.

Como se necesitan dosis altas de cortisona o ACTH son comunes las lesiones secundarias en enfermos de Pénfigo sometidos a éste tratamiento.

Tales reacciones pueden tal vez ser la "cara lunar" hiperpigmentación y a veces manifestaciones psicológicas. La cortisona y la ACTH, que representan el único tratamiento realmente eficaz de ésta enfermedad se han llegado a utilizar durante dos a tres años hasta "quemar" el Pénfigo, pero es frecuente que se requieran dosis de mantenimiento durante toda la vida.

Los esteroides deben aplicarse con mucho cuidado vigilando estrechamente al paciente, dos pacientes estudiados por Castello y Jajmovich murieron por hemorragia de tubo digestivo.

después de terapéutica con esteroides. Se deben aplicar antibióticos para combatir cualquier - posible infección, pero también con mucho cuidado por el peligro de moniliasis a consecuencia de una antibióticoterapia prolongada.

Los cuidados bucales consisten en mantener una buena higiene y tratar con anésticos las bulas rotas. Es inútil un enjuague alcalino y los trociscos o las soluciones analgésicas para combatir el dolor, sí la mucosa se presenta con lesiones importantes, generalmente es imposible emplear el cepillo dental.

PENFIGO VEGETANTE.- Es otra forma de - Pénfigo de aparición Clínica bastante definida

Etiología.- Virus del Pénfigo agudo.

Características Clínicas.- El Pénfigo - vegetante es similar al Pénfigo vulgar excepto en algunas de las erosiones en las que se forman vegetaciones. Estas masas fungoídes, se cubren de un exudado purulento y presentan un - borde inflamado, aparecen primero en la región-anogénital y se asemejan a los llamados condilomas, las lesiones iniciales son: ampulas, que - aparecen en cualquier parte del cuerpo y fre -

-cuentemente en la mucosa bucal en sitios de ruptura de las vesículas. Las lesiones cutáneas son papilomatósas tienen un olor desagradable y es frecuente que estén cubiertas por un exudado purulento, en algunos casos se distinguen por una superficie eritematosa hemorrágica, cubierta por un epitelio colapsado de la vesícula aún cuando la alteración es localizada termina con la muerte del paciente, después de períodos de remisión incompleta.

Histopatología.- Igual que en el Pénfi go agudo hay ruptura de los puentes intercélulares y con esto existe, pérdida de la cohesividad o acántolisis y debido a ello suelen encontrarse grupos de células epiteliales libres dentro del espacio vesicular, se les denomina células de "TZANK" y se caracterizan por cambios degenerativos que incluyen la inchazón de núcleos y pigmentación hipercromática.

Tratamiento.- Aunque se producen remisiones notables con antibiótico y corticosteroide no todos los pacientes responden de igual manera, en algunos otros casos la enfermedad re

-mite espontáneamente.

PENFIGO FOLIACEO.- El Pénfigo foliaceo es una forma relativamente poco común.

Etiología.- Al igual que el Pénfigo agudo puede aparecer después de la vacunación antivariolosa, recientemente su aparición se ha relacionado con ciertas drogas solas o asociadas con vacunas.

Características Clínicas.- El Pénfigo foliaceo se manifiesta por lesiones bulosas tempranas características, que se rompen rápidamente y secan para dejar masas de copos o escamas sugerentes de una dermatitis exfoliativa o eccema, la enfermedad se origina de ésta manera o en alguna otra forma de Pénfigo. La erupción generalmente es simétrica y abarca toda la superficie de la piel, si invade cualquier superficie pilosa puede ocasionar alopecia, durante el curso de la enfermedad, la mucosa de la boca y la conjuntiva suelen ser afectadas tardíamente. Las infecciones secundarias son frecuentes y generalmente el paciente después de un -

período largo, muere por infección interrecu -
rrente. Esta forma de Pénfigo ocurre con mayor-
frecuencia entre los negros.

Histopatología.-Microscopicamente se -
observa formación de una vesícula intraepite -
lial, inmediatamente sobre la capa basal, desapa -
recen los puentes intercélulares, ésto resulta -
en la pérdida de la cohesividad o acantólisis -
y debido a ellos se encuentran grupos de célu -
las epiteliales libres dentro del espacio vesí -
cular y se les denomina células de "TZANK" y -
se caracterizan particularmente por cambios de -
generativos que incluyen la hinchazón de nú -
cleos y pigmentación hipercromática.

Tratamiento.-En algunos pacientes se -
pueden utilizar los antibióticos y los corti -
costeroides para combatir la infección secun -
daria notándose con éstos medicamentos una no -
table remisión de la enfermedad. Esta enferme -
dad remite espontáneamente en una cantidad va -
riable de pacientes.

PENFIGO ERITEMATOSO.-Es una forma con-

-trovertida de la enfermedad.

Etiología.-Aún cuando se han mencionado algunas causas como: neuropáticas, tóxico-infecciosas y por virus, ninguna parece ser el factor responsable, por lo tanto se considera como de etiología desconocida. El Pénfigo puede aparecer después de la vacunación antivariolosa.

Características Clínicas.- SE caracteriza por la presencia de ampollas y vesículas seguidas de la aparición de placas de costras semejantes a la dermatitis seborreica o al lupus eritematoso. Son comunes los períodos de remisión seguidos de exacerbación, pero la mayor parte de casos terminan en pénfigo vulgar o foliáceo.

Histopatología.-Veáse Pénfigo agudo.

Tratamiento.-Igual que en el Pénfigo agudo en el pasado el tratamiento fué empírico el uso de ACTH y cortisona no hacen remisiones notables de la enfermedad, en la mayor parte de los pacientes hay remisión espontánea de la -

enfermedad.

PENFIGO CRONICO.-Su comienzo es insi -
duo o progresivo, las lesiones de piel y mucosa
son escasas diferentes unas de otras. El enfer-
mo sólo tiene síntomas ligeros. Los enfermos no
tratados pueden vivir muchos años y bajo trata-
miento alcanzan un promedio de vida normal. /

Características Clínicas.- Las lesio-
nes bucales y de la piel son idénticas, comien-
zan con flictenas (vejiguilla cutánea que con-
tiene humor acuoso) que puede ser del tamaño de
una vesícula o de una ampolla. Estas flictenas-
casí no pueden observarse, ya que las irritacio-
nes locales producen a menudo colapso tan pron-
to se forman, aparecen en forma de lesiones con
cubierta delgada llenas de líquido y se rompen
fácilmente. Las ampollas múltiples o únicas se
localizan en cualquier parte de la cavidad bu-
cal y su tamaño es variable. Las flictenas pare-
cen formarse en tejidos de aspecto normal ya -
que los tejidos vecinos no presentan signos de
inflamación. La lesión de éste tipo de Pénfigo,

en la boca que se observa con mayor frecuencia es la úlcera, con el colapso de la lesión vesicular o ampollosa y la pérdida del epitelio de rebestimiento, se producen erosiones y ulceraciones que son de diferentes tamaños, lo más común es que sean grandes éstas ulceraciones al igual que las flictenas no presentan inflamación a su alrededor, lo que constituye un importante dato de diagnóstico.

Las etapas de curación de Pénfigo de la mucosa, se identifican por diferentes periodos de reepitelización y por la hiperpigmentación melánica de color gris o negro, cuando las úlceras son profundas dejan huellas de cicatrización y caso contrario recuperan su color rosado natural. Las lesiones son leves sólo son incómodas y sensibles al tacto, aumentan las molestias con los alimentos líquidos e irritantes.

Tratamiento.-El tratamiento de elección es el de sosten, antibióticos para la infección secundaria y la administración de corticosteroides de acción general para las lesiones bucales. Son muy útiles las aplicaciones lo

-cales como pastas, y pastillas, si se encuentra infección moniliasica deben administrarse agentes antifúngicos como Mycostatin, la griseo fulvina o vileta de genciana.

PENFIGO CRONICO FAMILIAR BENIGNO.- (Enfermedad de Hailey-Hailey).- El Pénfigo crónico familiar benigno es una enfermedad dermatológica rara, transmitida por un gen recesivo, aunque algunos pacientes no presentan antecedentes familiares. Más aún, en ciertas familias algunas generaciones no tienen síntomas. La enfermedad en si representa un defecto epidérmico, ya sea una falla en la síntesis o en la maduración del complejo de tonofilamentos y desmonas.

Características Clínicas.- La enfermedad se manifiesta durante la adolescencia o la vida adulta joven, aunque hay algunas excepciones, no hay predilección por un sexo.

Las lesiones se originan como pequeños grupos de vesículas sobre la piel normal o eritematosa, que pronto se rompen para dejar zonas erosionadas y con costras después éstas le

siones se agrandan periféricamente pero curan en el centro. Con frecuencia se observó que calor y sudoración aumentan la generación de lesiones en tanto que en épocas frías hay remisión espontánea de las lesiones. Las lesiones se producen más comunmente en zonas de piel expuestas a la fricción, por ejemplo: superficies de flexión de axilas, e ingles, cuello y zona genital.

Se sabe que la infección bacteriana también desencadena la aparición de lesiones. Las lesiones bucales se originan a veces en pacientes con Pénfigo crónico familiar benigno y son similares a las cutáneas, son grupos de vesículas que se rompen rápidamente dejando superficies erosionadas vivas.

El aspecto histológico de las lesiones epiteliales del Pénfigo crónico, familiar benigno tiene notable similitud con el observado en el Pénfigo vulgar. Sin embargo en el primero hay una acántolisis más extensa que en el segundo y las células acántolíticas suelen estar menos dañadas. Este aspecto dio origen a la cla

-sica descripción del efecto de "Pared de ladrillos en ruinas " finalmente puede haber células disqueratósicas benignas similares a los cuerpos redondos de la enfermedad de Darier.

Tratamiento.-El tratamiento con antibióticos suele ser efectivo para controlar las lesiones. Las remisiones prolongadas son comunes pero son raras las veces que la enfermedad desaparece espontáneamente, y suele perder intensidad a medida que el paciente envejece.

ERITEMA MULTIFORME.

(Eritema multiforme exudativo: Síndrome de Stevens Johnson, ectodermosis erosiva plurifocal.)

Eritema multiforme es un término aplicado a una dermatitis aguda de etiología desconocida y manifestaciones cambiantes, aunque la causa es obscura, se sabe que varios agentes diferentes desencadenan un ataque en alrededor de la mitad de pacientes, el resto de casos son espontáneos. El agente desencadenante más común es la infección por el Herpes simple, que prece

de a la aparición del eritema multiforme entre una y tres semanas. Muchas otras infecciones - virales también desencadenan la enfermedad , - así como lo hacen las infecciones bacterianas y micóticas, la ingesta de medicamentos, vacunación y algunas otras enfermedades.

Características Clínicas.- El eritema multiforme se produce principalmente en adultos jóvenes, aunque puede aparecer a cualquier edad y afecta más a varones que a mujeres. Esta enfermedad se caracteriza por máculas asintomáticas, circunscritas e intensamente eritematosas, pápulas o a veces vesícula y ampollas distribuídas con bastante simetría en manos y brazos, pies y piernas, cara y cuello. Las lesiones individuales varían considerablemente de tamaño aún en el mismo paciente, pero por lo general miden unos cm. de diámetro o menos. El aspecto anular concéntrico de éstas lesiones, que origina tonalidades variables de eritema, dió origen a los términos, "blanco", "iris" o "centro de blanco", para describirlas. Es común que esté afectada la mucosa bucal.

Las lesiones aparecen con r apidez, en un dia o dos y persisten entre varios dias y unas semanas, después se van atenuando y por último desaparecen, la recidiva de la enfermedad después de varios años es común.

Las lesiones de la mucosa bucal no son una característica significativa de la enfermedad excepto el dolor y la molestia que producen

. La máculas, pápulas o vesículas hiperemicas llegan a erosionarse o  lcerarse y sangran fácilmente. La lengua, paladar, mucosa vestibular y encía están afectadas en forma difusa, - en ocasiones las lesiones mucosas se producen antes que las cutáneas pero la afeccion bucal sin lesiones dérmicas es dudosa.

SINDROME DE STEVENS-JOHNSON.- Ahora se sabe que el síndrome de Stevens-Johnson, en una época considerado una enfermedad separado es simplemente una forma ampollar muy grave de eritema multiforme con lesiones dispersas que típicamente incluyen: piel, cavidad bucal, ojos y g enitales. Comienzan con fiebre, malestar, - fotofobia y erupciones de la mucosa bucal. Las

lesiones cutáneas en la enfermedad mucocutánea ocular son similares al eritema multiforme, aunque no es raro que sean hemorrágicas y suelen ser vesiculares o ampollares:

Las lesiones de la mucosa bucal llegan a ser en extremo graves y tan dolorosas que impiden la masticación. Se producen vesículas o ampollas mucosas que se rompen ó dejan superficies cubiertas con un exudado blanco o amarillo. También son comunes las erosiones de la faringe. Los labios presentan úlceras dolorosas con costras sanguinolentas. Las lesiones bucales pueden ser tomadas por una gingivostomatitis ulceronecrotisante. Sin embargo, es interesante que los microorganismos de la infección de Vicent son escasos en los pacientes con ésta enfermedad.

Las lesiones oculares consisten en fotofobia, característica de la enfermedad atribuible a la conjuntivitis, ulceración de córnea y panofthalmitis. La ceguera es producto de la infección bacteriana interrecurrente.

Las lesiones genitales consisten en -

uretritis y balanitis inespecíficas o úlceras vaginales o ambas.

Otra característica que se relaciona con afecciones de las vías respiratorias como la ulceración traqueobronquial y neumonía. Los pacientes se recuperan salvo que sucumban a una infección secundaria.

Características Histológicas.- El aspecto microscópico del eritema multiforme no es diagnóstico. Aunque hay variaciones considerables que se corresponden con la variación en el aspecto microscópico por lo general las lesiones cutáneas o mucosas presentan edema intracélular de la capa espinosa del epitelio y el edema del tejido conectivo superficial que en realidad puede producir una vesícula subepidérmica. En un estudio de las lesiones bucales también se descubrió una zona de intensa degeneración por licuefacción en las zonas superiores del epitelio, formación de vesículas intraepiteliales y adelgazamiento con frecuente ausencia de la membrana basal. La dilatación de capilares superficiales y los

vasos linfáticos en la capa más superior del tejido conectivo es notable, también hay un grado variado de infiltración de células inflamatorias, fundamentalmente linfocitos, también neutrófilos y eosinófilos.

Diagnóstico Diferencial.- La naturaleza variada de la enfermedad puede presentar dificultades en el diagnóstico, en particular cuando las lesiones cutáneas son mínimas. Cuando existen lesiones bucales, hay que considerar la estomatitis aftosa, dermatitis ó estomatitis por contacto y gingivitis ulceronecrótizante aguda, así como pénfigo y dermatitis herpetiforme, liquen plano ampollar Herpes Zoster, varicela y necrólisis epidérmica (enfermedad de lyell).

Tratamiento.- No hay un tratamiento específico para la enfermedad, aunque en algunos casos la ACTH, córtisona y clortetraciclina han dado resultados promisorios. Raras veces está en peligro la vida del paciente, pero las recidivas episódicas pueden ser desconcer-

tantes.

FIBROSIS. SUBMUCOSA BUCAL.

La fibrosis submucosa bucal es una enfermedad conciderada pre cancerosa. Algunos investigadores consideran ésta fibrosis como " una enfermedad incidiosa " que afecta cualquier parte de la boca y a veces la faringe. Aunque ocasionalmente va precedida por la formación de vesículas, siempre se presenta con una reacción inflamatoria yuxtaepitelial seguida de un transtorno fibroelástico de la lámina propia , con atrofia epitelial, que lleva a la rigidez de la mucosa bucal y causa trismo e impide la masticación. La etiología de la enfermedad es obscura, aunque hay ciertas pruebas que sugieren que puede estar relacionada con un compo nente particular de la dieta, picantes o con dimentos muy irritantes que se usan habitual mente.

Características Clínicas.- La enfermedad se caracteriza por sensación de ardor de la boca, particularmente al comer alimentos con dimentados. Esto va acompañado, o seguido -

de la formación de vesículas en el paladar, úlceras o estomatitis recurrente, con excesiva salivación, o con xerostomía y sensación defectuosa del gusto. Por último los pacientes experimentan rigidez en ciertas zonas de la mucosa bucal, con dificultad para abrir la boca y deglutir, a semejanza del escleroderma.

Al final la mucosa se torna pálida y opaca (si bien algunas veces se observan zonas eritroplásticas) y aparecen bandas fibrosas que abarcan la mucosa vestibular, paladar blando, labios y lengua.

Características Histológicas.-En los casos avanzados de fibrosis submucosa bucal, el epitelio bucal es invariablemente atrófico con pérdida completa de los brotes epiteliales. También puede haber atípi^a epitelial.

La cantidad de fibroblastos está muy reducida y los vasos sanguíneos están completamente obliterados o estrechados. Puede haber cierta cantidad de infiltrado celular inflamatorio crónico. Algunas coloraciones especiales-

y estudios con microscópio electrónico de la colagena revelan alteraciones marcadas.

Tratamiento.- Fueron probadas varias modalidades terapéuticas por lo general sin éxito. La administración sistemática de corticosteroides y la aplicación local de hidrocortisona proporcionaron ciertas remisiones temporales.

DERMATITIS HERPETIFORME.

(Enfermedad de Duhring-Brocq)

La Dermatitis Herpetiforme es una enfermedad dermatológica recurrente crónica benigna rara, de etiología desconocida. Pese a su nombre, no guarda relación alguna con la infección por Herpes simple o con Herpes virus. Se informó que los trastornos emocionales e infecciones agudas desencadenan la enfermedad.

Características Clínicas.- La enfermedad se presenta principalmente entre los 20 y 55 años, aunque ocasionalmente también afecta a los niños. Los varones la experimentan por lo menos dos veces más que las mujeres.

Las primeras manifestaciones de la en-

-fermedad suelen ser el Prurito y un intenso -
ardor, seguidos por aparición de pápulas, vesícu
las, ampollas o pústulas eritematosas. Estas ocu
rren con mayor frecuencia en las extremidades -
tronco, cara, cuello, cuero cabelludo y a veces -
en la cavidad bucal. La vesícula es la lesión -
más común y característica. Por lo general síme
trica y en grupos, la pigmentación de las zonas
afectadas de la piel aparece finalmente en la -
mayor parte de los casos. Los pacientes también
presentan un incremento de la enfermedad en -
los meses estivales.

Manifestaciones bucales.-Las vesículas
y ampollas se rompen rápidamente para dejar zo
nas de ulceración superficial, en cualquier si
tió intrabucal son características.

Características Histológicas.-Las le -
siones comienzan por acumulación de neutrófi -
los y eosinófilos en las papilas dérmicas y se
produce un microabsceso. El tejido conectivo se
necrósas y el epitelio subyacente se separa con
lo cual se forma una vesícula epitelial.

Dx Diferencial.- La presencia de eosinófilos es notoria y característica y ayuda en el diagnóstico diferencial al excluir la epidermólisis ampollar, el eritema multiforme y el pénfigo.

Tratamiento.- La sulfapiridina es el tratamiento adecuado, la enfermedad no suele reaccionar a la corticoterapia, sigue un curso muy prolongado, por lo común superior a los diez años. Es frecuente ver remisiones prolongadas seguidas por recidivas aunque algunas ocasiones es permanente. Cuando más persiste la enfermedad más intensas son las manifestaciones en la mayor parte de los casos.

LIQUEN PLANO.

El liquen plano es una enfermedad de la piel que representa un poco más del 1% de todos los problemas dermatológicos, el interés del Odontólogo en el liquen plano se debe a que son frecuentes las lesiones bucales antes durante o después de la erupción cutánea, cuando se limitan a los tejidos de la boca, el pa-

-ciente suele consultar primero al dentista en busca de un diagnóstico y tratamiento. Muchas veces el Liquen Plano requiere diagnóstico diferencial con otras lesiones blancas de la boca incluyendo la leucoplasia.

Etiología.-Se ignora la causa exacta del Liquen Plano, pero se consideran importantes aspectos psicomaticos. Es frecuente tener una historia clínica de choque emocional con un período de grandes esfuerzos físicos o una situación desagradable e imposible de evitar.

En estudios realizados por algunos autores no encontraron ningún factor general susceptible de ser relacionado con la aparición del Liquen Plano. Las lesiones del Liquen Plano pueden aparecer en pacientes con deficiencia prolongada de vitaminas de complejo "B".

No parece haber predisposición en función del sexo, pero es más frecuente en los grupos raciales caracterizados por respuestas emocionales violentas. Con respecto a la edad la frecuencia máxima corresponde a las décadas entre los 20 y 40 años.

Esta enfermedad suele aparecer en individuos que viven y trabajan en un ambiente de tensión y de stress.

Características Clínicas.-El Liquen Plano es una enfermedad inflamatoria que se produce en la cavidad bucal y en la piel que se caracteriza por: pápulas aplanadas, eritematosas, ligeramente descamativas puede durar desde semanas a meses y va acompañada de considerable prurito.

Las lesiones de las mucosas bucal y labial se presentan como un fino encaje de pápulas blancas grisáceas en el dorso de la lengua por lo general son asintomáticas, aunque es frecuente un gusto metálico o un ligero malestar.

Se pueden ver erosiones superficiales- lesiones ampollares y ulceraciones dolorosas.

Las lesiones bucales pueden dividirse en: variedad erosiva o bulosa y variedad no erosiva.

Las lesiones cutáneas suelen presentarse en las superficies anteriores de muñecas, an

tebrazos y tobillos, también en la vulva, tubo -
digestivo, tímpano y puede afectar el pene.

La lesión cutánea típica del Liquen -
consiste en pápulas rojas y brillantes de for-
ma poligonal o angulosa, con frecuencia las le-
siones se presentan a lo largo de una raspadu-
ra o en un foco de traumatismo leve o sobre o-
tra lesión dermatológica, es característico de-
las lesiones dérmicas un intenso prurito que -
puede durar semanas o meses antes de desapare-
cer.

Tratamiento. _ Sintomático. La terapeuti
ca debe encaminarse al paciente más que a la -
enfermedad, no es raro que la enfermedad ceda -
completamente una vez estabilizado el estado -
emocional del paciente.

DISQUERATOSIS CONGENITA.

Es una genoqueratosis conocida pero ra
ra, congénita recesiva y casi exclusiva del se-
xo masculino, presenta tres características que
son: Leucoplasia, distrofia de las uñas y pigmen
tación de la piel.

Padecimiento considerado como lesión -
precancerosa en adultos jóvenes.

Características Clínicas.-Las altera -
ciones de las uñas son la primera manifesta -
ción de la enfermedad ,se tornan distróficas y
se caen en poco tiempo despúes de los cinco a -
ños de edad.La pigmentación de la piel aparece
al mismo tiempo o unos años más tarde y se dis -
tribuye en el tronco,cuello y muslos,la cara -
es roja,tambien se registran manifestaciones -
como: retardo mental,disfagía,sordera,testícu -
los pequeños y anomalias dentales.

Manifestaciones Bucales.-Estas manifes -
taciones aparecen entre las edades de 5 a 14 -
años con vesículas y ulceraciones difusamente -
distribuidas y seguidas por una acumulación de
placas blancas de epitelio necrótico,La afec -
ción de la lengua y mucosa es muy común entre -
los 14 y 20 años .se repiten las lesiones ulce -
rosas recidivantes y lesiones rojas en la muco -
sa entre los 20 y 30 años.Se origina leucopla -
cia erosiva y carcinoma mortal entre los 30 y
50 años.

Tratamiento.- No hay tratamiento específico para esta enfermedad. Sin embargo, la elevada frecuencia de la transformación maligna - requiere el cuidadoso exámen periódico del paciente para descubrirla.

DISQUERATOSIS FOLICULAR.

Esta enfermedad es una germodermatosis transmitida como característica dominante autosómica.

Características Clínicas.- Las lesiones cutáneas pequeñas pápulas firmes, rojas - cuando aparecen, pero característicamente se tornan pardo grisáceas o hasta violáceas, ulceradas y cubiertas por costras, las lesiones producen masas berrugosas. Están distribuídas en:- La frente, cuero cabelludo, cuello y hombros.

Manifestaciones Bucales.- La mucosa bucal está afectada con mayor frecuencia, las lesiones son minúsculas pápulas blanquesinas que son asperas a la palpación. La afección se localiza en: la encía, lengua, paladar blando y duro mucosa vestibular y faringe.

Tratamiento.-Este consiste en la administración de grandes dosis de vitamina "A" - pero los resultados son variables.

GINGIVITIS DESCAMATIVA CRONICA DE LA - MENOPAUSIA.

Esta enfermedad se presenta con mayor frecuencia en mujeres mayores de 30 años, puede producirse en cualquier edad después de la pubertad, en los hombres se observa en los edentulos como en los que conservan sus dientes natuurales.

La gingivitis descamativa ha sido atribuida a la disminución de la estimulación es - trógena que acompaña a la menopausia, las lesiounes vesiculares y ampollas pueden existir - en las encías y otros tejidos bucales.

Etiología.- La etiología de ésta enferumedad se asocia con irritantes locales.

Características Clínicas.-El cuadro - Clínico es muy característico, existe una gran sensibilidad de los tejidos gingivales, las molestias aumentan con los ácidos y comidas pi -

-cantes y disminuyen las molestias con líquidos frescos o templados.

El exámen clínico, revela la formación de grandes ampollas en las cuales el epitelio grisáceo que se forma puede ser levantado fácilmente del corión subyacente, el epitelio puede ser desprendido por frotadura, exponiendo el tejido conjuntivo rojo e hipersensible, la denudación forma manchas y es de extensión irregular.

Aspectos Patológicos.- La evaluación microscópica de una preparación gingival está caracterizada por los siguientes cambios:

- 1.-Adelgazamiento del epitelio.
- 2.-Pérdida o disminución de la superficie epitelial queratinizada.
- 3.-Cambios epiteliales líticos en la capa de las células basales.
- 4.-Formación de una erosión superficial.
- 5.-Hiperplasia epitelial por acántolisis alrededor de la zona ulcerada.
- 6.-Alteraciones inflamatorias ya que hay infiltración de células leucositarias y monofagocitarias.

Tratamiento.- Se ha usado con éxito un tratamiento con estrógenos y esteroides locales y por vía general para controlar las lesiones, sin ningún tratamiento la enfermedad se vuelve crónica con exacerbaciones frecuentes.

AFTAS:

Es una lesión que se caracteriza por la aparición de vesículas esféricas circunscritas que se rompen después de un día o dos y forman úlceras, las lesiones se forman en cualquier parte de la mucosa bucal, pliegue mucovestibular o piso de la boca, las aftas son dolorosas y aparecen distribuidas en toda la boca, cada lesión dura entre 7 y 10 días.

ESTOMATITIS AFTOSA.

Aparecen en la siguiente forma:

Aftas ocasionales.-En éste caso, a veces hay lesiones aisladas, a intervalos que oscilan entre meses y años. La curación es de evolución lenta.

AFTAS AGUDAS.

Estas pueden persistir semanas, durante éste período las lesiones aparecen en diferentes zonas de la boca, reemplazando a otras que están en curación.

AFTAS RECURRENTES CRONICAS.

Es una enfermedad incierta, en la cual hay una lesión bucal, que puede durar años.

Etiología.- La etiología de ésta enfermedad es aún desconocida.

Tratamiento.- Durante el período inicial están indicados enjuagues con agua oxigenada diluída o perborato de sodio, aplicaciones de anilina o alumbre en polvo, toques de ácido-salicílico, la dieta debe ser alcalina, suprimiendo todo condimento, disolver tabletas de sulfanilamida en la lengua 4 veces al día.

ULCERA AFTOSA RECURRENTE.

Es una enfermedad lamentablemente común, que se caracteriza por la aparición de úlceras necrótisantes múltiples o solitarias y

dolorosas de mucosa oral.

Etiología.-Se ha señalado como principal agente etiológico al estreptococo sanguis, en las úlceras aftosas también se encontró adeno virus tipo 1.

Factores desencadenantes.-Repetidas veces se han identificado una variedad de situaciones que preceden la aparición de las úlceras aftosas en gran cantidad de pacientes por: traumatismos, como mordeduras autoinflingidas, procedimientos quirúrgicos bucales, cepillado, inyecciones y trauma dental.

Condiciones Endócrinas.-Hace muchos años se sabe que hay una relación cronológica entre el período menstrual y la aparición de úlceras aftosas, la aparición de las aftas es mayor durante el período premenstrual, la ulceración máxima es en el período de postevolución y se relacionó con el nivel de progesterona en sangre.

Las mujeres pueden tener un período de remisión de sus lesiones aftosas durante el embarazo y presentan erupciones después del

parto, raras veces la enfermedad ha estado asociada a la menopausia.

FACTORES PSIQUICOS.

Es bién conocido el papel se éstos factores en ciertas enfermedades bucales. En el caso de las úlceras aftosas muchas veces los problemas psicológicos agudos aparecen como factores desencadenantes de ésta enfermedad.

FACTORES ALERGICOS.

Muchos pacientes con úlceras aftosas - recurrentes tienen antecedentes de asma, fiebre del heno o alergias a medicámentos. La aparición de aftas después de la ingestión se ciertos alimentos o medicamentos en los mismos pacientes ha sido registrada con tanta frecuencia que es necesario considerar que las alergias - son un factor desencadenante.

Características Clínicas.-Las úlceras aftosas recurrentes se producen con mayor frecuencia en mujeres que en hombre la enfermedad comienza entre los diez y treinta años, en estu

-díos recientes se descubrió que un 55% de un grupo de estudiantes de escuelas profesionales tenían antecedentes de úlceras aftosas recurrentes.

La enfermedad puede iniciarse con una variedad de manifestaciones como: nódulos pequeños, edema generalizado de la cavidad bucal, especialmente malestar general, en la lengua, fiebre de bajo grado, lesiones de tipo vesicular que contienen moco.

La úlcera aftosa comienza como una erosión superficial única o múltiple cubierta de una membrana gris, rodeada de un halo eritematoso, la infección es dolorosa al grado de interferir la alimentación por varios días y se localiza en: mucosa vestibular y labial, surcos vestibular y lingual, lengua, paladar blando, en cía y faringe.

Las úlceras propiamente dichas suelen persistir entre 7 y 14 días, luego curan en forma gradual con pocos rastros de cicatrices.

Histopatología.-La úlcera aftosa de la mucosa bucal presenta una membrana fibrinopuru

lenta que cubre la zona ulcerada, en ésta membrana puede haber algunas colonias superficiales de microorganismos, hay abundante infiltrado celular inflamatorio en el tejido conectivo que está debajo de las úlceras, es considerable la necrosis del tejido cerca de la superficie de la lesión, los neutrófilos predominan de inmediato debajo de las úlceras, mientras que los linfocitos lo hacen en la cercanía.

Tratamiento.- No hay tratamiento específico para las úlceras aftosas recurrentes, aunque a lo largo de los años se ha aconsejado el uso de medicamentos, que puedan contrarrestar la enfermedad.

EPIDERMOLISIS AMPOLLAR.

Es una enfermedad dermatológica ampollar hereditaria sus vesículas cutáneas o mucosas aparecen espontáneamente o por traumatismos leves.

Se conocen varios tipos de infección:

- 1.-Epidermolisis ampollar dominante autosómica
- 2.-Epidermolisis recesiva autosómica.

3.-Epidermolisis ampollar adquirida.

TIPO DOMINANTE SIMPLE.

Características Clínicas. Es una enfermedad que se manifiesta en el momento del nacimiento o poco después y se caracteriza por la formación de vesículas y ampollas en: manos y pies, sitios de fricción o traumatismo, las rodillas, codos y tronco, rara vez están afectados, las uñas solo ocasionalmente.

Las vesículas curan después de dos a diez días, no dejan rasgos importantes, cicatriz o pigmentación permanente, la enfermedad mejora en la pubertad.

Manifestaciones Bucales.- Son frecuentes las ampollas en forma difusa, precedidas por puntos o placas blancas en la mucosa y en las zonas de inflamación.

Características Histológicas.- Las vesículas y ampollas son consecuencia de la destrucción de las células basales y suprabasales las células se tornan edemáticas y presentan disolución de organelos y tonofibrillas con desplazamiento del núcleo hacia el extremo su-

-perior.

TIPO DOMINANTE DISTROFICO.

Características Clínicas.-Esta enfermedad puede comenzar en la infancia o en la pubertad. Las vesículas aparecen en los tobillos, rodillas, codos, pies, y cabeza. Al curar dejan cicatrices de tipo queloide, las uñas son gruesas y distroficas, puede haber queratodermia palmoplantar.

Características Histológicas.-Las ampollas se producen como resultado de la separación de la membrana basal que se divide.

TIPO RECESIVO DISTROFICO.

Características Clínicas.-Este tipo de epidermolisis ampollar es la forma clásica y mejor conocida de la enfermedad.

Aparece en el nacimiento, poco después, y se caracteriza por la formación de ampollas espontáneamente o en sitios de traumatismo, fricción o presión. Los sitios afectados con más frecuencia son, los pies, hombros, codos y dedos. Las ampollas contienen un líquido claro

bacteriológicamente estéril o a veces con vestigios de sangre.

Cuando éstas ampollas se rompen o son desprendidas por un traumatismo o presión, dejan una superficie viva y dolorosa.

Manifestaciones Bucales.-Las ampollas bucales son comunes en esta enfermedad, van precedidas de la aparición de manchas o placas en la mucosa o en zonas localizadas de inflamación. Las ampollas son producidas por el amamantamiento o por cualquier procedimiento dental en cavidad oral. Estas ampollas son dolorosas, en especial cuando se rompen o el epitelio se descama. La formación de cicatrices produce la obliteración o cierre de los surcos y limitación de la lengua. Puede haber ronquera o disfagia o dificultad para tragar como resultado de ampollas en la laringe y la faringe.

TIPO LETAL.

Características Clínicas.-Existen tres criterios para el diagnóstico de tipo letal,

1.-Aparición en el nacimiento.

2.-Ausencia de cicatrices,pigmentación.

3.-Muerte dentro de los tres meses de edad.

Las ampollas son similares a las observadas en el tipo recesivo distrófico,excepto - que es común su formación espontánea y se desprenden capas de piel.

Manifestaciones Bucales.-Las ampollas-bucales suelen ser muy amplias y debido a su - extrema fragilidad,produce graves problemas para la alimentación.También hay lesiones en vías respiratorias altas,bronquiolos y esófago,se forman alteraciones intensas en la formación - del esmalte y la dentina de los dientes primarios.

Características Histológicas.-La separación vesicular es similar o idéntica a la - que se produce en la enfermedad recesiva distrófica.

EPIDERMOLISIS AMPOLLAR ADQUIRIDA.

En este tipo de enfermedad no hay pruebas de transmisión hereditaria.Es similar en -

muchos aspectos a la forma distrófica, incluyen do las ampollas.

Etiología.-Aunque se cree que la ausencia de fibras elásticas en el tejido conjuntivo superficial sea la causa todavía se considera desconocida.

Tratamiento.-Debido a las características de la enfermedad, el tratamiento es sintomático.

MEDIDAS PREVENTIVAS.

Para poder brindar medidas preventivas se debe tomar en cuenta el estado general del paciente cuando llega al consultorio.

Así se observa que la prevención se puede dar en cualquiera de sus fases (prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.) así como en sus distintos niveles.

Dentro de la primera fase o sea la prevención primaria, cuando la enfermedad se encuentra en un período prepatogénico (interacción de los factores responsables de la enfermedad, agente causal, hésped, medio ambiente). Se da en

el primer nivel, promoción para la salud, dentro de la cual tenemos la educación al paciente.

En el segundo nivel de la primera fase tenemos la protección específica, en la cual, se instruye al paciente en el aseo personal, dieta se recomiendan visitas regulares de control médico.

En la segunda fase, cuando la enfermedad se encuentra en un período patogénico, tenemos que recurrir a la prevención secundaria - esto es el tercer nivel, que es un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno lo cual nos conlleva a diagnosticar las enfermedades en sus estadios primarios y a dar tratamientos inmediatos.

También tenemos dentro de esta segunda fase al cuarto nivel que se refiere a la limitación del daño, en donde se hace la prevención de secuelas y se hace una utilización de los recursos médicos necesarios.

Se puede observar que en el 3^o y 4^o niveles, existe desarrollo y multiplicación del

agente causal, el cambio anatomo-morfofisiológico local, en sí los signos y síntomas de la enfermedad.

Posteriormente pasamos a la fase tres - en donde se ubica el 5^o nivel, este es la rehabilitación, en donde se logra la recuperación máxima de la función.

En caso de no darse este nivel, aparece una incapacidad, un defecto BioPsicoSocial - un estado crónico y la muerte.

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

La dificultad que se presenta para -
diagnósticar correctamente las lesiones ampo -
llosas y vesiculosas de la cavidad oral, reside
en la semejanza que existe en los signos y sin -
tomos con que se presentan cada una de dichas -
lesiones, por ésto es muy importante que el

Odontólogo esté familiarizado y conozca -
los signos y síntomas de cada una de éstas pa -
tológias para poder dar un diagnóstico correc -
to además de conocer la anatomía, consistencia -
y coloración de la cavidad y sobre todo de la -
mucosa oral. Existen varios factores importan -
tes para la implantación de las enfermedades y
la aparición de las lesiones como son: económi -
co, cultural y medio ambiente, además de la ca -
rencia de una adecuada educación para la salud
y no se cuenta con instituciones suficientes -
para cubrir las necesidades de la población, -
debido a esto no se lleva a cabo medidas para -
evitar o prevenir las enfermedades.

No obstante todas las dificultades que
se presentan cada vez es más marcado el inte -

-rés por conocer todos los factores relaciona-
dos con la implantación de las lesiones ampo-
llosas y vesículas de la cavidad oral, para
poder aplicar de una manera más eficaz todas
las medidas preventivas y los tratamientos ade-
cuados para cada una de dichas lesiones, para
ello es necesario llevar a la práctica todos
los recursos existentes que nos permitan mante-
ner en la mayoría de la población un alto gra-
do de salud oral.

RESULTADOS.

La falta de conocimientos sobre higiene oral por parte de la población tiene como resultado una mayor incidencia de lesiones en mucosa oral. La carencia de recursos socio-económicos influye también de manera importante en la aparición de lesiones en la mucosa oral.

La falta de conocimientos de dichas lesiones por parte del Odontólogo, es otro elemento que contribuye a la incidencia de éstas patologías, ya que estas no se comportan de igual manera en todos los individuos, puesto que no todos están expuestos a los mismos factores tanto higienico-sanitarios como socio-económicos y culturales, por lo que se habla de patologías características de determinado grupo de población o lugar.

De acuerdo a la dificultad que existe para el diagnóstico de las lesiones ampollasas y vesículasas es necesario que el Odontólogo se actualice. El conocimiento de la etiología de las lesiones es necesario para un mejor

diagnóstico.

Las medidas preventivas para las lesiones ampollosas y vesículas de la cavidad oral deben llevarse a cabo tanto por el Odontólogo como por parte de la comunidad que debe ser orientada ya sea por instituciones del sector salud o por particulares.

Un diagnóstico acertado de las lesiones ampollosas y vesículas de la cavidad oral nos ayuda a dar un mejor tratamiento en cada caso.

PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES.

Para poder obtener resultados en el tratamiento y prevención de las lesiones ampollosas y vesículas de la cavidad oral, es necesario que el cirujano dentista tenga conocimientos adecuados sobre anatomía y fisiología en cada uno de los componentes del aparato estomatognático.

Así mismo es recomendable que se tome conciencia de la importancia que tiene manejar adecuadamente cada uno de los datos que el paciente reporte durante el interrogatorio y to-

-dos aquellos detalles que mediante la observación directa, palpación, percusión y demás auxiliares de diagnóstico, podamos detectar para la elaboración de una historia clínica lo más-completa posible y fidedigna

Una recomendación muy especial, es dar-a conocer a los diferentes estratos de la población(sobre todo a aquellos que debido a sus condiciones naturales de vida, tales como -situación socio-económica, nivel cultural y medio ambiente, no tienen acceso a la atención -odontológica privada, ni a centros de salud donde se les pueda orientar a cerca de las medidas que ellos puedan desarrollar para prevenir las diferentes patologías orales, entre ellas - las lesiones ampollosas y vesículosas) cada una de las múltiples medidas preventivas que actualmente se presentan. Así mismo es necesario llevar a toda la población los recursos adecuados para poder brindar una atención odontológica de acuerdo a las necesidades reales de cada comunidad, de tal modo que podamos lograr una -concientización acerca de su problema y moti -

-varlos para que mediante el esfuerzo conjunto (tanto de la población como de los profesionales) se mejoren poco a poco los problemas a nivel oral.

Recomendamos por tanto, que sólo a través de una concientización real se podrá efectuar una modificación de conducta de la población ante su problema, por lo que incidirá en la modificación del proceso salud-enfermedad - en lo referente a la morbilidad de lesiones ampollas y vesículas de la cavidad oral.

En lo que se refiere al cirujano dentista, es necesario que tenga y maneje adecuadamente los conocimientos sobre anatomía oral, para poder detectar cualquier patología que afecte los tejidos de la cavidad oral. Sólo a través de éstos se podrán implementar los tratamientos oportunos y adecuados para la solución de éstos problemas.

Conociendo las características que deben tener los tejidos de la mucosa normal, podremos detectar cualquier patología. De este modo se podrá hacer un análisis para poder emitir

tir un juicio acerca de algunos aspectos que -
se pueden considerar dentro de lo normal, aún-
que no sean estrictamente iguales a las carac-
terísticas de una mucosa oral normal es decir,
se deberá tener cierto margen de elasticidad -
al momento de determinar si existe alguna pato-
logía o no.

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

ANATOMIA, PATOLOGIA BUCAL Y DENTAL.

Dr Tomas Velázquez.

Prensa Médica Mexicana.

México 1970.

Pags.- 218, 32, 36, 37, 39, 305.12, 16, 19, 22, 40, 42,
48, 49, 401.02, 03, 15, 21, 22, 23, 24, 506.07,
08, 09, 603.04, 05, 06.

DICCIONARIO ENCICLOPEDICO.

Salvat Editores

Segunda Edición.

Tomo V

ESTOMATOLOGIA.

K. H. Thomay Hamilton B. G. Robinson

Salvat Editores, S. A.

Barcelona, Madrid 1971

Pags.- 109.10, 11, 12, 13, 60, 62, 63, 64, 66, 207.08
09, 10, 35, 37, 38, 39, 382.83, 84, 90, 92, 93, 95
96, 405.

ENFERMEDADES DE LA BOCA.

STERLING, V. Mead.

Tomo 1

Editorial Pubul.

Barcelona 1971.

Pags. 305, 06, 07, 08, 28, 29, 335.36, 37, 42, 43, 45 56
59, 60, 63, 75, 80, 86, 406.08, 09, 10.

PERIODONTOLOGIA CLINICA.

IRVING GLICKMAN

Editorial interamericana 1974

Pags.-330.31,28,39,45,586.43,673.80,78,76,75
718.42,74,63,64,84,58,59,68,69,81.

MEDICINA BUCAL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

Lester W. Burcket.

Editorial interamericana. S. A.

Pags.-548.54,66,49,50,39,40,27,52,67,363.68
345.50,292.94,678.66,73,74,75,76,77,
69,72,71.100.04,372.106,98,92.99,28,
319,58,59,61 526.

PATOLOGIA,ANATOMIA Y FISIOLOGIA BUCODENTAL.

Alcalayaga Olazabal

Editorial El Ateneo.

Buenos Aires 1973.

Pags.-510.11,18,20,45,46,47,52,53,61,62,63,
66,68,71,72,76,77,79,86,95,88,97,98,
603.04,09,15.

PATOLOGIA BUCAL.

Kurt H Thoma

Tomos I y II

Unión tipográfica Americana.

Pags.-328,32,33,42,43,46,47,49,55,56,62,64,65
450.51,53,65,66,78,79,86,87,91,92,95, -
502.03,05.

PATOLOGIA BUCAL

S.N. Bhaskar

Editorial el Ateneo.

Buenos Aires 1979.

Pags.-278, 79, 81, 84, 86, 89, 300.01, 05, 06, 405, 06
415, 17, 21, 22, 26, 28, 33, 501.02, 04, 05, 09-
513, 14, 16.

TRATADO GENERAL DE ODONTOESTOMATOLOGIA.

Tomos I y II

Karl Haupe.

Pags.-405, 06, 07, 11, 13, 15, 39, 42, 38, 50, 51, 52, 58
459, 510.12, 13, 19, 22, 23, 36, 38, 46, 47, 56, 67
568, 70.

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.

Shafer Hine Levy

Editorial Interamericana.

México 1979.

Pags.-103, 328, 29, 39, 34, 37, 45, 44, 43, 686.773, 80
778, 76, 75, 42, 18, 74, 63, 64, 84, 58, 59, 68, 69
781.