

870122

58  
24

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON  
FALLA DE COPIA

ENFERMEDADES MAS FRECUENTES DE LA CAVIDAD BUCAL Y SUS  
MANIFESTACIONES DE IMPORTANCIA PARA EL ODONTOLOGO  
DE PRACTICA GENERAL

## TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

MARIA ELENA SANDOVAL MANRIQUE

ASESOR: DR. JUAN ANTONIO KIYOTA LOPEZ

GUADALAJARA, JALISCO, 1989.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

" ENFERMEDADES MAS FRECUENTES DE LA CAVIDAD BUCAL Y SUS  
MANIFESTACIONES DE IMPORTANCIA PARA EL ODONTOLOGO DE  
PRACTICA GENERAL ".

I N D I C E

	PAG.
Introducción.....	1
CAPITULO I Definición y Etiología.....	2
A) Estomatitis catarral.....	2
B) Estomatitis gangrenosa.....	3
C) Estomatitis mercurial.....	4
D) Estomatitis diabética.....	6
E) Infección de Vincent.....	7
F) Agranulocitosis.....	10
G) Estomatitis gonocócica.....	13
H) Estomatitis aftosa.....	13
CAPITULO II Manifestaciones Clínicas.....	16
A) Estomatitis catarral.....	16
B) Estomatitis gangrenosa.....	17
C) Estomatitis mercurial.....	19
D) Estomatitis diabética.....	20
E) Infección de Vincent.....	21

	F) Agranulocitosis.....	23
	G) Estomatitis gonococica.....	25
	H) Estomatitis aftosa.....	26
<b>CAPITULO III</b>	<b>Tratamiento.....</b>	<b>28</b>
	A) Estomatitis catarral.....	28
	B) Estomatitis gangrenosa.....	29
	C) Estomatitis mercurial.....	30
	D) Estomatitis diabética.....	31
	E) Infección de Vincent.....	33
	F) Agranulocitosis.....	35
	G) Estomatitis gonococica.....	36
	H) Estomatitis aftosa.....	37
	<b>Conclusiones.....</b>	<b>38</b>

**Bibliografía.**

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

INTRODUCCION.

La finalidad de realizar éste tema, tiene como principal objeto, profundizar un poco más los conocimientos de los diferentes tipos de enfermedades que son más frecuentes en la cavidad bucal, y que además son de gran importancia para el odontólogo de práctica general.

Los diferentes tipos de estomatitis de los cuales vamos a hacer referencia en este tema, son de gran utilidad, ya que conoceremos su etiología, sus diversas manifestaciones clínicas, así como su tratamiento adecuado, para poder prevenirlas y curarlas.

Cabe mencionar que hay algunas enfermedades que rara vez son reconocidas por el odontólogo, al igual que las manifestaciones clínicas en algunos casos son similares.

Esperando que al finalizar, tengamos más claramente dichas enfermedades; ya que, el odontólogo de práctica general a diario se enfrenta con estados patológicos de la boca, que requieren un tratamiento médico-odontológico y nuestros conocimientos son de un valor decisivo y de mucha responsabilidad.

## CAPITULO I

### DEFINICION Y ETIOLOGIA .

## C A P I T U L O I

## DEFINICION Y ETIOLOGIA.

La palabra ESTOMATITIS es un término general que se emplea para designar todos los estados inflamatorios de la membrana de la mucosa de los labios, de las encías, de la lengua, del paladar blando.

Hay muchas variedades de las cuales se requiere una descripción especial por la frecuencia con que se encuentran en la boca.

## A) ESTOMATITIS CATARRAL.-

Es la inflamación simple de la membrana mucosa de la boca, que puede afectar solamente una porción de dicha cavidad.

Se presenta tanto en adultos como en niños; se le atribuye como causa la irritación local o algún trastorno que afecte al organismo en general.

Las causas locales incluyen todas las formas de irritación constante de la membrana mucosa, tales como -



la falta de cuidado al tomar los alimentos y líquidos - muy calientes, muy fríos o muy condimentados, o de ciertas drogas como yodo, el mercurio, el arsénico, el alcohol, el tabaco.

Al igual la inflamación aguda de las mucosas orales pueden ser inducidas por irritantes mecánicos, químicos o térmicos, o por dentición dificultosa, desórdenes digestivos o enfermedades infecciosas debilitantes.

En los niños es la dentición patológica la causa más frecuente y generalmente se observa durante los períodos transitorios de la dentición.

#### B) ESTOMATITIS GANGRENOSA.-

Es una enfermedad poco frecuente, de origen oscuro, que ocasiona necrosis gangrenosa de los tejidos duros y blandos de labio, mejillas, cara o maxilar; también se ha encontrado en vulva.

Aunque se ha observado en adultos, la mayoría de los casos han sido en niños. Va constantemente asociado a una intensa debilidad, dada con frecuencia a una grave

mala nutrición y avitaminosis, o a enfermedades infecciosas agudas.

Los factores predisponentes desempeñan un papel importante en el desarrollo de la enfermedad, puesto que se produce fundamentalmente en personas mal nutridas o debilitadas por infecciones como difteria, disenteria, sarampión, neumonía, escarlatina, sífilis, tuberculosis y discracias sanguíneas, incluida la anemia.

Así pues la estomatitis gangrenosa puede ser considerada una complicación secundaria de una enfermedad sistémica y no una enfermedad primaria.

La estomatitis gangrenosa ( NOMA ) parece originarse como una infección específica por microorganismos de Vincent, una gingivoestomatitis necrosante aguda, que pronto se complica por la invasión secundaria de muchas otras formas microbianas, como estreptococos, estafilococos y bacilo diftérico.

### C) ESTOMATITIS MERCURIAL.-

La estomatitis mercurial y la intoxicación por ese-

metal se ha vuelto rara. Sin embargo el uso tan difundido de los diuréticos mercuriales han hecho que se estudie otra vez.

La estomatitis mercurial es una inflamación de la membrana mucosa gingival y bucal debida a la depresión de las defensas de los tejidos, que a su vez es causada por la absorción y eliminación del mercurio o de sus derivados.

Dentro de su etiología esta inflamación se observa principalmente en los pacientes a quienes se les ha administrado el mercurio para el tratamiento de sífilis. También debe tenerse muy presente que hay varios trabajos - ocupaciones en los cuales se emplea el mercurio, y en los que los trabajadores están expuestos al peligro de inhalar los vapores de mercurio.

Se sabe también que hay personas muy susceptibles a esta droga. Además de la dosificación excesiva ocasional de los preparados que contienen mercurio y la ingestión accidental, los diuréticos empleados en el tratamiento de la insuficiencia congestiva y el edema cardíaco son -

probablemente los compuestos mercuriales más peligrosos.

#### D) ESTOMATITIS DIABETICA.-

Se trata de una enfermedad muy importante, ya que - estos enfermos requieren especial consideración y cuidadoso tratamiento odontológico.

La estomatitis diabética es la destrucción acentuada del tejido óseo que sirve de sostén a los dientes - que conduce a lesiones similares a la periodontosis.

Los enfermos de diabetes frecuentemente se presentan con dientes flojos y piorréicos, la boca está seca - y olor peculiar.

La enfermedad puede constituir una exteriorización temprana ante dicha enfermedad.

La afección se asocia con trastornos en la utilización de la glucosa y el metabolismo celular, disminuyendo la resistencia a infecciones e irritaciones. Como re-

sultados en diabéticos no controlados frecuentemente presentan una marcada inflamación gingival.

La utilización insuficiente de la glucosa causada - por hipoinsulinismo interviene en la génesis de las le - siones periodontales frecuentemente registradas y mal de - finidas que acompañan a la diabetes mellitus, a saber os - teoporosis endóstica y disminución de la capacidad para - la síntesis de colágeno.

#### E) INFECCION DE VINCENT (BOCA DE TRINCHERA).-

La infección de Vincent es una enfermedad reconoci - da desde tiempos remotos. Los muchos nombres dados a la - afección, incluyen: Gingivitis Ulcerativa Necrosante, - Boca de las Trincheras, Gingivitis Ulcerativa Aguda y - Gingivitis Ulcerativa Membranosa Aguda.

La infección de Vincent es un estado ulcerativo agu - do, caracterizado por un aliento fétido muy notable por - una gran inflamación e hiperemia de las encías, por la -

necrosis de tejidos alrededor de los dientes y por los bordes carcomidos de las encías.

Cuando ocurre esta enfermedad en la garganta se denomina Angina de Vincent.

La infección de Vincent, se presenta bajo la forma aguda, o crónica y se caracteriza por el color rojo y la tumefacción de dichas encías.

La lesión típica consiste en una placa de un amarillo grisáceo descolorido rodeado por mucosa congestionada, al retirar el exudado membranoso deja puntos que sangran.

La causa exacta de la gingivitis ulcerativa necrotizante continúa siendo un enigma.

Parece no existir duda alguna que las bacterias desempeñan un papel principal, y la aparición de los síntomas agudos, se acompaña siempre por la presencia de organismos de Vincent.

En las lesiones clínicas de ésta enfermedad se encuentra una simbiosis característica de microorganismos-fusoespiroquetarios predominan *B. Vincent*, *F. dentium* en cuanto a número, pero también existen otros representantes de la flora bucal.

Entre los factores predisponentes de mayor importancia para la manifestación clínica de ésta enfermedad, se puede citar:

1) Locales:

- a) Erupción o mala posición de los dientes. "Infecciones periocoronarias".
- b) Bordes de restauraciones sobresalientes.
- c) Cualquier zona local de higiene bucal insuficiente.
- d) Trastornos circulatorios y nutricionales.

2) Generales:

- a) Desnutrición, en especial deficiencias de Vitamina C y de complejo B.

- b) Enfermedades de los tejidos hematopoyéticos:  
leucemia, neutropenia maligna, anemia aplást  
ca.
- c) Trastornos digestivos y endócrinos.

Esta enfermedad se presenta tanto en niños como en adultos aunque su mayor incidencia es en adultos jóvenes.

#### F) AGRANULOCITOSIS.-

La agranulocitosis se conoce como Granulocitopenia; Angina Agranulocítica; Agranulemia; Granulopenia, etc.

El síndrome de esta enfermedad no es considerada por algunos autores como una entidad clínica.

Se caracteriza por manifestaciones bucales, dolor de garganta, temperatura alta, rigor, disfagia, placas amarillentas y ulceradas de las encías y de la garganta.

Este síndrome, se caracteriza por la aparición de -



lesiones ulceronecróticas en la mucosa y fiebre.

La agranulocitosis es una enfermedad aguda caracterizada por una ostensible leucopenia y que se asocia a menudo a graves ulceraciones de faringe y de otras mucosas del tubo alimenticio.

Como se mencionó anteriormente la agranulocitosis es una enfermedad grave que afecta a los leucocitos. Suele ser clasificada, con referencia a la etiología, como de tipo primario o secundario.

La mayoría de los casos de agranulocitosis es de causa medicamentosa. Los agentes capaces de producirla se pueden clasificar en dos grupos:

- 1.- Causantes de agranulocitosis en forma constante y dependiendo de la dosis:
  1. Radioterapia y radioisótopos de uso terapéutico.
  2. Mostaza nitrogenada y sus derivados.
  3. Antimetabolitos.
  4. Alcaloides citostáticos.

5. Uretano.

6. Benceno.

Estos agentes actúan induciendo una depresión medular y pueden con frecuencia producir también anemia y trombocitopenia.

II.- Causantes de agranulocitosis sólo en algunos individuos.

1. Analgésicos: Aminopirina (Piramidon), Dipirona, Fenilbutazona.
2. Fenotiacinas, Clorpromicina.
3. Sulfonamida.
4. Sales de oro.
5. Antitiroideos.
6. Anticonvulsiantes: derivados de la hidantoína.
7. Antibióticos: cloranfenicol.

Parecen existir dos mecanismos distintos por los cuales los medicamentos del grupo II producen agranulocitosis. Uno de tipo inmunológico y el otro tóxico.

### G) ESTOMATITIS GONOCOCICA.-

Es una enfermedad muy rara, y principalmente se encuentra en los recién nacidos (infectados en la vagina - materna durante el parto) y en los adultos.

Rosinski, fue quien descubrió esta enfermedad y la describió como un exudado blanco que aparece en la porción anterior de la lengua, se observa también en la - - unión del paladar duro y blando, en apófisis alveolares - y en las mejillas.

Dicha enfermedad, presenta las características de una estomatitis mercurial ulceromembranosa.

El examen bacteriológico de las membranas muestra - la presencia de gonococos.

### H) ESTOMATITIS AFTOSA.-

La ulceración aftosa recidivante es también conoci-

da como estomatitis aftosa y ulceración dispéptica.

El término "aftosa" significa literalmente "ulcerosa" pero la costumbre ha hecho que se le haya restringido a ulceraciones de la boca, se desconoce la causa de estas lesiones. Es una enfermedad lamentablemente común que se caracteriza por la aparición de ulceraciones necrotizantes múltiples o solitarias y dolorosas de la mucosa bucal.

La estomatitis aftosa, es una enfermedad que afecta aproximadamente a un 20% de la población.

Esta forma de estomatitis es muy común en los niños, particularmente en los débiles y desnutridos. Rara vez se observa en niños fuertes y sanos que viven en los lugares higiénicos.

El trabajo de Barile, Graykowski y Stanley, señalan al estreptococco beta hemolítico y al estreptococco sanguis como agentes etiológicos de la enfermedad.

Se comprobó que los pacientes con úlcera aftosa recurrentes, al ser sometidos a prueba con vacuna estreptocócica, dan una reacción cutánea de hipersensibilidad de tipo tardío, a diferencia de pacientes sin antecedentes de aftas, quienes daban respuesta menos frecuentes y menos intensa. Como factor etiológico alternativo, Lehner propuso que era una respuesta autoinmune del epitelio bucal. Como factores desencadenantes tenemos:

- A) TRAUMATISMOS: Mordeduras autoinflingidas, procedimientos quirúrgicos bucales, cepillado, procedimientos de diversa índole, inyecciones y traumas dentales.
- B) CONDICIONES ENDOCRINAS: Período premenstrual, período posovulación, durante el embarazo, en raras ocasiones se ha asociado con la menarquia y menopausia.
- C) FACTORES PSIQUICOS: Problemas psicológicos agudos.
- D) FACTORES ALERGICOS: En algunos pacientes con antecedentes de asma, fiebre de heno o alergias a medicamentos.

**C A P I T U L O   I I**

**MANIFESTACIONES CLINICAS.**

## C A P I T U L O I I

### MANIFESTACIONES CLINICAS.

#### A) ESTOMATITIS CATARRAL.-

Dicha enfermedad se presenta tanto en adultos como en niños. El paciente se queja de una sensación de ardor, de dolor moderado que depende del grado de la inflamación existente. Las mejillas y las encías en los casos agudos se presentan hiperémicas y tumefactas, la lengua toma un color rojo, con las papilas inflamadas y prominentes; la saliva se vuelve espesa, putúlcea, viscosa.

Al hacer la anamnesis se observa que el paciente se queja de la pérdida del gusto (ageusa) o de un sabor amargo (parageusia) en general, el aliento es fétido.

En los niños, tienden a rechazar la alimentación debido al dolor bucal persistente. Las manchas de Koplik y otras señas prematuras del contagio acompañan las enfermedades infecciosas. Los nódulos linfáticos regionales se tornan grandes y delicados. Los trastornos constitu-

cionales pueden ser marcados, especialmente cuando son acompañados por desórdenes digestivos.

Este estado dura más o menos una semana, en los niños que no tengan otros trastornos de salud.

#### B) ESTOMATITIS GANGRENOSA (NOMA O CANCRUM ORIS).-

Enfermedad rara que se ha observado en adultos, aunque en la mayoría de los casos se han producido en niños y generalmente asociada a una intensa debilidad por malnutrición y avitaminosis.

Por lo común, la estomatitis gangrenosa comienza como una pequeña úlcera en la superficie interna de las mejillas que se extiende rápido y abarca los tejidos circundantes de maxilares, labios y carrillos por necrosis gangrenosa, rara vez afecta la lengua.

El sitio inicial suele ser una zona de estancamiento alrededor de un puente fijo o una corona.



Se produce intenso dolor y edema a medida que la profundidad de la úlcera ocasiona alteraciones en la piel y mucosa. La inflamación aguda de la piel va seguida de la rápida necrosis.

Los síntomas orgánicos de enfriamientos son: fiebre, disturbios digestivos, postración, delirio y sepsis, por lo general, se complican con bronconeumonía fatal y absceso pulmonar.

Cuando la enfermedad progresa, se nota sobre la superficie externa de la mejilla una mancha de color púrpura oscuro por la cual la úlcera se abre camino. El progreso es muy rápido, las partes afectadas toman el aspecto de manchas oscuras bien definidas; desprenden un olor muy fétido; la saliva fluye constantemente, los ojos y la nariz se hinchan tanto, que es difícil reconocer la fisonomía del paciente, si se demora el tratamiento sobreviene la muerte.

### C) ESTOMATITIS MERCURIAL.-

Además del daño renal, las manifestaciones tóxicas-notorias afectan al tubo digestivo.

Los síntomas típicos causados por la intoxicación mercurial son la estomatitis, la sialorrea y la colitis-hemorrágica. Los enfermos sufren malestar general, anorexia, trastornos gastrointestinales, diarrea y decaimiento.

Las manifestaciones bucales de la estomatitis mercurial dependen de tres factores:

- 1.- Presencia del metal.
- 2.- Condiciones locales.
- 3.- Infección bacteriana.

Y la falta por completo de higiene bucal.

Las encías se inflaman, se vuelven hiperémicas, lívidas o de color azulado y sangran al tocarlas. Pronto -

se manifiesta una fetidez característica juntamente con un sabor metálico y salivación profusa. Hay sensación de sequedad en la boca; las encías se retraen y sale pus al rededor de los dientes.

Al progresar la enfermedad, se inflama la lengua y los dientes se marcan sobre sus bordes. La masticación se vuelve imposible, debido al dolor de las encías.

En los períodos avanzados de la enfermedad los dientes se aflojan y llegan a caerse por sí solos.

El paciente se queja invariablemente de un sabor metálico, de sed, de dolor de cabeza y de dolores abdominales. Las glándulas salivales se hinchan y se vuelven muy dolorosas al tacto.

#### D) ESTOMATITIS DIABETICA.-

Como resultado el paciente diabético no controlado frecuentemente presenta una marcada inflamación gingival

aún ante un moderado insulto de la placa en la hendidura gingival.

Las manifestaciones bucales del diabético no controlado son graves; ya que hay una gran destrucción acentuada del tejido óseo que sirve de sostén a los dientes, un complejo de periodontitis, aflojamiento y pérdida de piezas dentarias, gingivitis y dolor de las encías, xerostomía, ulceraciones en la mucosa bucal, aliento con color cetónico, y disminución de la resistencia tisular que condiciona el marcado retardo en la curación de los tejidos bucales.

Los síntomas generales que se manifiestan clásicamente son: Polifagia, polidipsia, poliuria, nicturia, pérdida de peso y debilidad; en las mujeres, se presenta el prurito vaginal y aborto espontáneo habitual.

#### E) INFECCION DE VINCENT.-

La gingivitis ulcerativa necrotizante aguda tiene -

un interés especial para el odontólogo práctica, ya que sus lesiones clínicas suelen limitarse a la cavidad bucal a pesar de sus complicaciones generales.

La enfermedad adquiere proporciones alarmantes en niños y adultos mal nutridos o debilitados.

Las molestias que aquejan los pacientes suelen ser:

- Encías dolorosas.
- Encías sangrantes.
- Mal sabor de boca o mal aliento.

Sin embargo, cuando la infección es intensa o extendida y una enfermedad general actúa como factor predisponente puede apreciarse signos de afección general, por ejemplo: fiebre, palidez, fatiga y linfadenitis.

El sitio predilecto en donde se inicia la enfermedad es alrededor del tercer molar, debido a que en su erupción parcial, cuando la muela está todavía cubierta-

con un capuchón de encía y es imposible practicar la limpieza absoluta por lo inaccesible de la región. Desde este lugar la infección se extiende con frecuencia a la mucosa bucal, después a los dientes cercanos, atacando la encia y los espacios interproximales de ambos maxilares.

El dato clínico más importante es la existencia de una o varias papilas interproximales romas, cuyas superficies están parcial o totalmente cubiertas por una escama necrótica grisácea poco adherente.

El dolor es algunas veces tan intenso que hace imposible la masticación y no se puede conciliar el sueño, - dando por resultado el agotamiento del paciente si no se instituye el tratamiento del paciente.

#### F) AGRANULOCITOSIS.-

Las lesiones bucales constituyen una fase importante de los aspectos clínicos de la agranulocitosis.

La afección comienza de manera aguda, con astenia - (disminución de las fuerzas vitales) pronunciadas, escalofríos, fiebre alta y angina, además el paciente está - muy débil.

Las lesiones aparecen como ulceraciones necrotizantes de la mucosa bucal. La encía y paladar están particularmente afectados. Presentan úlceras necróticas irregulares cubiertas por una membrana hasta negra, hay hemorragia gingival y los pacientes tienen salivación excesiva.

Otra localización muy importante es en las fauces. Es muy llamativa la falta de reacción inflamatoria. Esto se debe a que no existe granulocitos para provocar - la.

Esta enfermedad se puede manifestar a cualquier edad, siendo más común en adultos, en particular en mujeres.

Esta enfermedad suele atacar a quienes trabajan en-

profesiones sanitarias: (ejemplo: médicos, odontólogos, enfermeras, asistentes y farmacéuticos).

Una severa necrosis gingival sin reacción inflamatoria importante y que puede estar acompañada por pérdida ósea, movilidad dentaria marcada y necrosis especialmente en paladar blando y amígdalas, sin tendencia hemorrágica, debe hacer pensar en una neutropenia o agranulocitosis.

#### G) ESTOMATITIS GONOCOCICA.-

Infección muy rara, que principalmente se observa en los recién nacidos y aunque rara vez en adultos.

Presentan las características de una estomatitis mercurial ulceromembranosa. La mucosa sería de una coloración azulada o roja.

Dichas lesiones, se presentan en la porción anterior de la lengua. Dejando libre unos milímetros del an-



cho en el borde de la lengua; se observa también en - -  
unión del paladar duro y blando, en las apófisis alveola  
res.

Los síntomas generales son:

- Malestar, fiebre, así como tumefacción de los gan  
glios linfáticos regionales.

#### H) ESTOMATITIS AFTOSA.-

Enfermedad lamentablemente común que se caracteriza  
por aparición de úlceras necrotizantes múltiples o soli-  
tarias y dolorosas de la mucosa bucal.

Las úlceras aftosas recurrentes se producen con fre  
cuencia algo más en mujeres que en varones, en la mayo -  
ría de los pacientes la enfermedad comienza entre los 10  
y 30 años.

Durante el período prodómico, el paciente nota a me

nudo una sensación de quemadura en la mucosa afectada la cual se vuelve focalmente eritematosa y necrótica, con formación de ulceraciones redondas y ovaladas, únicas ó múltiples, y de un diámetro habitual de 2 a 10 mm.

Las úlceras se localizan especialmente en el repliegue mucolabial, en los labios, en las mejillas, en las encías, en el paladar duro y blando. En la lengua alcanzan bastante profundidad y se asemejan a una goma, pueden ser solitarias o múltiples.

Así se presenta el edema generalizado de la cavidad bucal y de la lengua; parestesia, malestar general; fiebre de bajo grado; linfadenopatía localizada.

Es típico que la lesión sea muy dolorosa, al punto de interferir en la alimentación por varios días.

C A P I T U L O   I I I

T R A T A M I E N T O .

## C A P I T U L O   I I I

## T R A T A M I E N T O .

## A) ESTOMATITIS CATARRAL.-

Como se mencionó anteriormente que la etiología de ésta enfermedad no se ha determinado con precisión y se atribuye su causa a irritación local o algún trastorno del órgano en general.

El primer paso es la supresión de la causa: se mantendrá una absoluta limpieza de la boca y de todas las cosas que se pongan en contacto con ella.

La curación puede realizarse espontáneamente, aun que siempre se acelerará por una terapéutica simple.

Los lavados antisépticos de la boca, como el borato de sodio al 3%, el clorato de potasio al 5% y un enjuagatorio astringente de alumbre o de alkalar (son muy eficaces). En los niños debe tenerse especial cuidado con la higiene de la boca. El área interna debe limpiarse -

con una torunda de algodón.

Los niños pueden tenerse en posición lateral con la cabeza hacia abajo, enjuagándoseles la boca con uno de los preparados mencionados. En casos extremos es eficaz la irradiación ultravioleta en las lesiones abiertas.

Se recomiendan mejor los alimentos fríos y el hielo en pequeños trozos mejor que los líquidos.

#### B) ESTOMATITIS GANGRENOSA.-

El tratamiento quirúrgico no da ningún resultado satisfactorio. La inyección intravenosa de Neosalvarsán es el único medicamento que parece tener un efecto específico unido a un tratamiento local, que consiste en limpiar continuamente la ulceración con una solución de clorato de potasio o con una solución de Neosalvarsán al 10% en glicerina.

Como la enfermedad se desarrolla con rapidez (cau -

sando la muerte en pocos días ), es esencial que el tratamiento radical se inicie temprano. Las sulfamidas o la penicilina a grandes dosis podrían resultar eficaz antes que el paciente llegue a fases terminales.

El estado general del paciente debe reconstituirse por medio de un régimen alimenticio que contenga un gran número de calorías y también por la administración del aceite de bacalao.

#### C) ESTOMATITIS MERCURIAL.-

Se han tomado medidas de seguridad para proteger a los trabajadores en contacto con metales pesados. Haciendo su cambio de ocupación en caso de que su enfermedad se deba a eso o la suspensión inmediata de la medicación mercurial si su causa es esta.

Inmediatamente se prescribirán lavados de la boca con una solución alcalina y ligeramente astringente.

Las soluciones de bicarbonato o de perborato de sodio, o bien una solución saturada de clorato de potasio, son de gran utilidad.

Se suprimirán del régimen alimenticio todos los alimentos ácidos. El tiosulfato de sodio administrado por vía intravenosa parece tener un efecto específico contra los envenenamientos causados por metales.

#### D) ESTOMATITIS DIABETICA.-

Cuando los hallazgos de la exploración oral y la historia se confirma uno al otro, el dentista está obligado a solicitar pruebas específicas de diagnóstico como son: glucosa en sangre y tiempo de coagulación.

La extracción o tratamiento de dientes infectados, en un diabético a veces puede reducir el azúcar. Es necesario agregar que antes de hacer trabajos dentales en un paciente diabético debe ponerse bajo control.

No sólo es más conveniente para el paciente, sino - que también el trabajo será más satisfactorio.

La administración de insulina, domina la enfermedad a dosis adecuada. En el tratamiento de las lesiones buca les y al planear una intervención quirúrgica, es esen - cial aclarar si la diabêtes está en tratamiento, en caso contrario el paciente se remite al médico.

También conviene recordar que cualquiera infección - del organismo afecta desfavorablemente el curso de la - diabetes.

Por lo tanto, deben extraerse los dientes infecta - dos y substituirlos por dentaduras que faciliten la mas - ticación.

Igualmente puede influir de manera adversa sobre el estado general del diabético la lesión periodontal y gin gival. Por lo común hay gingivitis y se combatirá median te la higiene y medio profilácticos.



### E) INFECCION DE VINCENT.-

El tratamiento para esta infección se puede dividir en tres etapas:

- A) Control de la etapa bacteriana (dolorosa).
- B) Eliminación de los factores predisponentes locales.
- C) Instrucción al paciente respecto a hábitos de higiene bucal, y visitas periódicas. Las fases dos y tres son las más importantes.

No aconsejamos tratar de quitar los depósitos de cálculos salivales en la primera curación, porque podemos hacer que se extienda más la infección.

El tratamiento inicial se limita a limpieza suave de la membrana pseudonecrótica con una torunda de algodón saturada de agua oxigenada. Se le dan enjuagatorios con una mezcla de partes iguales de agua tibia y agua oxigenada al 3% cada 2 horas, y se le recomienda reposo.

Para la acción antibiótica sistemática se administra penicilina o eritromicina.

Eliminación de factores predisponentes: Esta fase del tratamiento es muy importante para un buen resultado sin recaídas. Es preciso raspar cuidadosamente los dientes en cuanto lo permita el dolor.

Es importante la eliminación del tártaro, la debridación de lugares enfermos y el restablecimiento de una buena higiene, suelen lograr un pronto alivio.

Las recomendaciones generales para el tratamiento de la infección de Vincent:

- A) Reposo.
- B) La alimentación debe ser blanda, adicionada de dosis terapéuticas de complejo "B" y vitamina "C" que favorecen la cicatrización tisular.
- C) Pedir al paciente que deje de fumar y de tomar alcohol durante la etapa bacteriana aguda.

Por ningún motivo debe practicarse un tratamiento

quirúrgico o extracciones mientras existe la infección - en estado agudo.

Las medidas paleativas son mucho más seguras hasta que se haya dominado la enfermedad.

#### F) AGRANULOCITOSIS.

El tratamiento de la agranulocitosis es inespecífico, pero ha de consistir fundamentalmente en reconocimiento y suspensión del medicamento que la origina.

Se iniciará precozmente la administración de anti-biótico, estando indicados, ante la falta de defensa celular, aquellos de tipo bactericida, siendo los más útiles la penicilina, la ampicilina y las cefalosporinas.

Al igual se evitarán las drogas irritantes para aplicaciones locales, debiendo hacer el paciente enjuagatorios ligeramente alcalinos.

Es de gran importancia extremar la higiene bucal y-

de las restantes mucosas orificiales.

No hay otras indicaciones de valor reconocido en esta enfermedad, así como los pentanucleotidos, las transfusiones de sangre ni los corticosteroides resultan perjudiciales al disminuir las reacciones antiinfecciosas del organismo

#### G) ESTOMATITIS GONOCOCICA.-

Como se mencionó anteriormente esta enfermedad es rara. El examen bacteriológico de las membranas muestra la presencia de gonococos.

El gonococo es una bacteria esencialmente sensible a la penicilina, constituyendo éste el método de elección, aunque hay otros que pueden ser útiles como son:

- Eritromicinas y
- Las tetraciclinas.

También se debe aplicar una solución de Nitrato de-

Plata y prescribirse frecuentes enjuagatorios alcalinos.

#### H) ESTOMATITIS AFTOSA.-

Por cuanto se desconoce el agente etiológico el tratamiento está dirigido principalmente al mantenimiento del estado del paciente, y tiene por objeto obtener un alivio sintomático, ya que el dolor de la ulceración puede ser sumamente severo.

Ante cualquier anormalidad oral o constitucional que pueda describirse es necesario normalizarla.

Pueden topicarse localmente las lesiones con una solución de Acido Crómico al 1% o con Parametilo Guayacolato.

También se prescribirán enjuagatorios con soluciones antisépticas. Para el dolor se darán Anacina o Aspirina cada 4 ó 5 horas.

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

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

Al analizar detenidamente este tema, hemos llegado a la conclusión, de que dichas enfermedades que con mayor frecuencia se nos presentan en la práctica diaria son los diferentes tipos de estomatitis, encontrando algunas de mayor importancia; entre ellas: la estomatitis gangrenosa, aunque un gran número de pacientes llega a morir y en los pocos casos en los cuales ha podido ser dominada dicha enfermedad el paciente queda bastante desfigurado.

Entre otros tenemos la estomatitis mercurial, que si en el período agudo no se toman medidas enérgicas para combatirla puede llevarnos hasta un estado gangrenoso.

Otra de las estomatitis de las cuales debemos de estar alertas es: la estomatitis diabética, los síntomas deben ser siempre para el dentista una señal de alarma y tomar las medidas necesarias para poder establecer un tratamiento correcto.

Así mismo, encontramos enfermedades que con mayor frecuencia las observamos en niños y generalmente durante los períodos transitorios de la dentición al igual que en niños débiles y malnutridos.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA



## BIBLIOGRAFIA.

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

- 1.- BHASKAR, S. N.  
Patología Bucal.  
Editorial "El Ateneo".  
2da. Edición, 1974  
Buenos Aires, Argentina.  
P.P. 18, 32, 395, 401
  
- 2.- BORCHELLI, RICARDO FRANCISCO.  
Temas de Patología Bucal Clínica.  
Tomo I. Editorial Mundi  
1a. Edición., 1979  
Buenos Aires, Argentina.  
P.P. 202.
  
- 3.- BURKET, LESTER Q.  
Medicina Bucal.  
Editorial Interamericana.  
6a. Edición., 1973  
Impreso en México, D. F.  
P.P. 25, 39, 83, 155, 363.

- 4.- DECHAUME, MICHEL.  
Estomatología  
Editorial Masson. Et. Cie.  
1a. Edición., 1969  
Impreso en España.  
P.P. 11, 14, 20, 24, 36, 94
- 5.- EVERSELE, LEWIS R.  
Patología Bucal. Diagnóstico y Tratamiento.  
Editorial Panamericana  
1a. Edición., 1983  
Buenos Aires, Argentina.  
P.P. 64, 66
- 6.- GLICKMAN, IRVING  
Periodontología Clínica.  
Editorial Interamericana  
1a. Edición., 1974  
Impreso en México, D. F.  
P.P. 126, 136.
- 7.- GORLING, ROBERT., J. GOLDMAN, HENRY M.  
Patología Oral.

Editorial Salvat

3a. Edición., 1977

Barcelona, España.

P.P. 441, 442, 799, 820, 821, 1032, 1033

8.- GRELLET, M.

Las Consultas Diarias en Estomatología.

Editorial Toray-Masson, S. A.

1a. Edición. 1967

Barcelona, España.

P.P. 52, 53

9.- GRISPAN, DAVID.

Enfermedades de la Boca.

Tomo III

Editorial Mundi

1a. Edición., 1976

Buenos Aires, Argentina.

P.P. 2511

10.- HAYES, LOUIS U., WINTER LEO.

Diagnóstico Clínico de las Enfermedades de la Boca.

Editorial Hispano-Americana.

1a. Edición., 1954  
Impreso en México  
P.P. 38, 40, 42, 44, 47, 49.

11.- MILLER, SAMUEL CHARLES.

Diagnóstico y Tratamiento Bucal.

1a. Edición., 1957.

Buenos Aires, Argentina.

P.P. 43, 66, 72, 143, 144, 172, 173, 683, 770, 775,  
785

12.- SHAFER, WILLIAM G., HINE MAYNARD., K. LEVY., BARNET  
H.

Tratado de Patología Bucal.

Editorial Interamericana.

1a. Edición., 1977

Impreso en México.

P. P. 334, 680.

13.- SPOUGE, J. D.

Patología Bucal.

Editorial Mundi

1a. Edición. 1977

Buenos Aires, Argentina

P. P. 91, 96, 103, 117, 213, 219, 220, 824, 825

14.- THOMA, KURT H., ROBINSON, HAMILTON, B. C.

Editorial Salvat

1a. Edición., 1973

Impreso en España.

P.P. 128, 305, 393, 402, 403, 405

15.- VELAZQUEZ, TOMAS

Anatomía Patológica Dental.

La Prensa Médica Mexicana

1a. Reimpresión., 1977

Impreso en México., D. F.

P.P. 111, 121, 336

16.- ZEGARELLI, EDWARD V., KUTSCHER, AUSTIN H., HYMAN

GEORGE A.

Diagnóstico en Patología Oral.

Editorial Salvat

2a. Edición., 1982

Impreso en España

P.P. 81, 82, 396, 398, 558.