



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

IMPORTANCIA DE LA QUEILOSIS EN EL ADULTO MAYOR

T E S I N A

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

Presenta:

JUAN ANTONIO TRUJILLO RIVERA

DIRECTOR: MTRO. VICTOR MANUEL BARAJAS VARGAS

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Victor Manuel Barajas Vargas', written over a horizontal line.

MÉXICO, D.F.

MAYO2005

m. 343265

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Dr. Víctor Manuel Barajas Vargas, por su asesoramiento y tiempo dedicados, en este tan importante trabajo de titulación y por todas sus atenciones y comprensiones recibidas nuevamente, gracias.

Agradezco a mi padre por haberme apoyado y animado cuando en el momento en que pensé que no podría continuar con mis estudios profesionales, y a mi madre por todo el cariño y la inspiración que he recibido de ella. Gracias.

Agradezco a mis hermanos, mayores y menores, pues todos contribuyeron para que llegara este momento tan importante, pero en especial a mi hermana Marisela, por toda la preocupación y el interés que a tenido de mí. Gracias

Agradezco a todos los amigos de verdad que he tenido durante toda mi formación académica y personal y que han contribuido dejando una huella imborrable en mi vida y que mencionaré a algunos solamente, pues el espacio de este trabajo es muy corto para mencionar a tantos hermanos de verdad; a Irasema, por enseñarme el significado de la amistad y mi propio valor individual; a Ricardo y Arturo por animarme en los momentos más difíciles de mi vida y por sacarme a flote enseñándome a estudiar; a Gloria Román Zabala por toda su confianza y por haberme echo sentir muy importante y por ser de mis mejores amigas. Gracias.

Agradezco a todos mis amigos de generación y de la facultad que contribuyeron con este logro; a Jair, Martín, Heidi, Gaby, Jenny, Susy, Conny, Alberto, Alejandro, Hilda; a mi compañera y enfermera Rosita; a

todos los Grupos 02 que me recibieron sin miramientos; y a todo el personal que la facultad que me brindó su apoyo y amistad. Gracias.

Agradezco muy en especial a mi amiga Patricia Llanes Gómez, por su amistad tan inmensa y pura y por todo su amor recibido. Gracias.

Agradezco a todos los Doctores y Maestros que me dieron clases, pero muy en especial a aquellos que me dieron lecciones de vida como; en Dr. Godínez Neri que me enseñó lo que es la gratitud hacia los maestros que nos han formado; al Dr. Juan Arau, que nos enseñó el carácter y la frialdad así como la cortesía, que se necesita para esta perfección; al Dr. Javier de la Fuente por todo su apoyo y amistad. Gracias

Agradezco especialmente a mi esposa Blanca Esther Mendiola Llanos, por su participación y comprensión en este trabajo y durante todo el tiempo que hemos estado juntos, y por todo su amor que de mi parte es correspondido. Gracias, Je T'aime.

A mi amigo del cual sentí su apoyo desinteresado, durante el tiempo que nos hemos conocido y que ha sido más fuerte este sentir en los últimos días, a Luis Enrique Trinidad Apanco. Gracias.

El agradecimiento más especial lo doy a la Santa Trinidad; a Dios, que nunca me ha dejado a Jesucristo nuestro Salvador, que nos da ejemplo de vida y al Espíritu Santo que me alienta y da fuerza para seguir viviendo. Gracias.

ÍNDICE

Página

INTRODUCCIÓN

I.	¿QUIÉN ES EL ADULTO MAYOR?	1
	Gerontología	2
	Geriatría	3
	Edad intermedia	4
	Senilidad o vejez declarada	4
II.	DEFINICIÓN DE QUEILOSIS Y QUEILITIS	6
	QUEILOSIS	
	1. Queilosis congénita	6
	2. Queilosis infecciosa	7
	3. Queilosis parasitarias	14
	4. Queilosis sistémicas	15
	5. Queilosis del tejido conectivo	18
	6. Queilosis por enfermedades bulosas	19
	7. Queilosis por afecciones nevicas	21
	8. Queilosis por afecciones discrómicas	21
	9. Queilosis por tumores benignos	23
	10. Queilosis por lesiones premalignas	25
	11. Queilosis por tumores malignos	25
	12. Queilosis misceláneas	26
	QUEILITIS	
	1. Queilitis actínica	28

2. Queilitis angular	28
3. Queilitis por contacto	28
4. Queilitis exfoliativa	29
5. Queilitis glandular	29
6. Queilitis plasmocelular	29
7. Queilitis granulomatosa	29
8. Queilitis facticia	30
9. Queilitis abrasivo precancerosa	30
III. QUEILOSIS ANGULAR	31
Sinonimia	31
Definición	31
Etiología	32
Sintomatología	37
Tratamiento	38
Medicina natural y tradicional	44
IV. RIBOFLAVINA VITAMINA B2	45
Propiedades	45
Necesidades en los humanos	46
Fuentes alimentarias	46
Carencia	46
Tratamiento	48
Diagnóstico diferencial	50
V. SENSIBILIZACIÓN HACIA EL PACIENTE ADULTO MAYOR	51
CONCLUSIONES	58
ANEXOS	60

INTRODUCCIÓN

La atención odontológica en el adulto mayor, se vuelve cada vez más importante para el cirujano dentista, pues este grupo de la población aumenta cada vez más, acercándolos en mayor número a la consulta odontológica, por esta razón, debemos estar preparados para darles una atención adecuada, introduciéndonos cada vez más a la medicina geriátrica para poder discriminar las lesiones que podemos encontrar en la cavidad bucal, y así detectar posibles alteraciones sistémicas en ellos.

En este trabajo analizaremos la afección de las comisuras labiales en su forma de fisuras o queilosis angular. Y veremos la importancia que tiene en el adulto mayor, así como su relación sistémica y sus posibles tratamientos según su etiología.

CAPÍTULO I

¿QUIÉN ES EL ADULTO MAYOR?

Para resolver esta pregunta, será necesario precisar qué se entiende por **adulto mayor**, pues al igual que anciano, viejo, senescente, senil o persona de edad avanzada, son términos con mucha frecuencia muy ambiguos. Aclarar este concepto conlleva el peligro de confundirse, porque los límites marcados para cada etapa de la vida han sido determinados en forma por demás arbitraria, como sucede con el término “madurez”.

La mayoría de los autores señalan lo 60 ó 65 años como el límite más aceptable para enmarcar el término que nos ocupa en esta ocasión.

En cuanto al vocablo “**senil**”, éste proviene del latín *senecere* que quiere decir envejecer; de modo que **senil** vendría a ser lo relativo a la **vejez** entonces, **edad senil** y **senectud** son sinónimos, si bien la edad de su inicio no es absoluta: para unos empieza a los 60 años como ya se mencionó, y para otros a los 65 años o más⁵.

Con el propósito de no incurrir en discrepancias y no perder consistencia en la exposición, se tomará el criterio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera en la etapa de la vejez, a las personas mayores de 60 años en los países subdesarrollados.

Ahora, que hemos definido o mejor dicho, enmarcado estas palabras dentro de una edad determinada, debemos entender, que, cuando utilizamos el término, **adulto mayor**, nos referimos a la etapa de la vejez, quedando por definir ahora a qué nos referimos cuando hablamos de vejez.

El envejecimiento, como proceso fisiopsicológico, está constituido por una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas, de carácter irreversible, que se inicia mucho antes que sus manifestaciones den al individuo el aspecto de viejo. El envejecimiento es un conjunto eslabonado de fenómenos orgánicos y funcionales, diferente en todo de los que suceden en la infancia, por esto decimos, que no es del todo cierto, lo que muchos dicen respecto a esta etapa, "que se vuelve a ser como niño".

Los cambios morfológicos y fisiológicos que se presenten en la vejez, son objeto de estudio de la **gerontología**. Dichos cambios facilitan el desarrollo de enfermedades cuya singular presentación las hace de difícil diagnóstico y tratamiento. El estudio de éstos corresponde a la **geriatría**⁵.

La palabra **GERONTOLOGÍA**, etimológicamente se forma de **GERON** o **GERONTO** es igual a anciano y de **GERAS** es igual a viejo (entonces anciano y viejo se toman como sinónimos), y de **LOGOS** que es igual a estudio o tratado, dando así origen a la palabra gerontología.

Ahora que entendemos cómo se forma la palabra, podemos decir que la gerontología es el estudio del envejecimiento del organismo y sus consecuencias. Esta definición comprende desde los unicelulares a los más complejos, terminando con los animales superiores y el hombre¹⁵, siendo este último nuestro móvil de estudio.

Es posible conceptualizar la gerontología como el estudio del proceso de envejecimiento en sus aspectos biológicos (*anatomía, fisiología y bioquímica*), psicológicos (*personalidad y manifestaciones conductuales*) y sociales, como sería la introducción, actuación y desempeño de papeles en la familia, en un grupo o en la población en que se vive. Esto representa algo

más que retornar el interés y respeto por éstas personas; es una nueva forma de mirar, sentir y actuar respecto del proceso de envejecimiento.

El extraordinario avance de la ciencia ha provocado una particularización de la **geriatria**, ya no tanto como una rama de la gerontología, como inicialmente fue, sino como especialidad médica.

LA GERIATRÍA, desde el punto de vista rigurosamente etimológico, "GERON" es igual a **VEJEZ** y "TRIA" es igual a **CURACIÓN**, entonces podemos decir que, geriatria significa medicina de los ancianos.

En un sentido moderno, geriatria se refiere a la asistencia medica; es decir, prevención y tratamiento de enfermedades de la vejez y asistencia psicológica y socioeconómica¹⁵.

Hasta hace poco la palabra geriatria se relacionaba con enfermos crónicos e inválidos que por alguna razón habían rebasado expectativas de vida ciertamente limitadas. Hoy en día, con el avance de la tecnología médica, la nutrición menos deficiente, la higiene, los sistemas de seguridad social y otros factores, se han incrementado los intentos para que las personas de edad avanzada reciban atención de tipo preventivo, curativo y de rehabilitación. El cometido primordial de tales acciones es, contribuir a que tornen a su vida habitual, con el mayor grado de autosuficiencia posible.

Cabe señalar que los procesos patológicos de que se ocupa la geriatria, se desarrollan en un organismo modificado por el envejecimiento normal, por lo que su forma de presentación es atípica, insidiosa y frecuentemente múltiple, razones que exigen del equipo de salud, la aplicación de técnicas que tomen en cuenta, el estado de involución de los órganos y las características

psicológicas y sociales del anciano, sin posturas alarmistas y sin optimismo exagerado, que por irreal, está fuera de lugar.

De esta manera, la geriatría pasa a ser una faceta más de ese todo integrador, que es la salud pública. Puesto que trasciende el ámbito de diagnóstico y tratamiento, propios de la medicina interna, abarca aspectos de fomento de salud, preventivos y sociales, a la vez que incorpora la administración y coordinación de servicios para la vejez previa valoración de la situación prevaleciente, y toma decisiones, entre las que no faltarán las encaminadas a la formación y el desarrollo del recurso humano⁵.

En resumen de importancia la **GERIATRÍA** es un enfoque multidisciplinario que aborda el tratamiento de la enfermedad y la incapacidad, promueve la salud y previene la enfermedad en los individuos de edad avanzada².

Existe también un término denominado **EDAD INTERMEDIA**, que, para evitar una confusión, (ya que se podría interpretar como la etapa de la vejez que comienza a 60 años, y a la cual también se le denomina presenil, primer envejecimiento o crítica, y que no se refiere a la vejez) es importante aclarar, que ésta, abarca aproximadamente desde los 45 a los 60 años de edad, y que está aceptado inclusive por la Organización Mundial de la Salud y con seguridad resultará más agradable a las personas interesadas.

Otro término que deseamos clarificar es **SENILIDAD O VEJEZ DECLARADA**: ésta edad inicia alrededor de los 70 años e incluye en sentido estricto al anciano, con una importancia creciente de problemas asistenciales a nivel médico, social y, sobre todo de rehabilitación por los estados de minusvalidez provocados por las enfermedades y su cronicidad. Esta etapa sí está dentro de los parámetros que nos ocupan, pues para

nosotros la vejez estrictamente abarcará desde los 60 años de edad en adelante.

CAPITULO II

DEFINICIÓN DE QUEILOSIS Y QUEILITIS

QUEIL- O QUEILO- Prefijo del gr. *cheilos* que significa labio¹⁷.

-OSIS Sufijo gr. que significa producción o aumento, invasión del organismo por parásitos y estado morbosos, en general.// forma sufija que denota un proceso, especialmente de carácter morbosos, y a veces con el significado de crecimiento anormal¹⁷.

-ITIS Sufijo gr. Que denota inflamación de la parte u órgano señalado por el prefijo¹⁷.

QUEILOSIS Según el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, es Afección de los labios, especialmente la debida a avitaminosis por déficit de riboflavina.

QUEILITIS Según el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, es inflamación de los labios.

En mucha de la literatura se denomina **QUEILOSIS** a cualquier enfermedad de los labios, sin importar la causa, la magnitud del daño y si éste es primario o no¹⁹.

1) QUEILOSIS CONGÉNITAS Los defectos congénitos de la cara o de los maxilares suelen ser bien conocidos, ya que al estar en lugares visibles, han sido objetivo de estudio por varios campos de la medicina, con el propósito de resolverlos de la mejor manera.

- a) **LABIO HENDIDO** Fisura congénita, especialmente del labio superior. Puede ser simple o doble, según afecte uno o dos lados; complejo, si la hendidura comprende porciones óseas; unilateral, bilateral, mediano o comisural, según se presente en un lado, en dos, en la línea media o en la comisura, respectivamente¹⁷.
- b) **GLÁNDULAS SEBÁCEAS ECTÓPICAS** (enfermedad de Fordyce erupción de los labios y la mucosa de la boca¹⁷). Es otra de las alteraciones que se presenta comúnmente en la mucosa labial y bucal, su origen se debe a elementos ectodérmicos que tienen la potencialidad de diferenciarse en glándulas sebáceas. En el principio estas lesiones fueron consideradas como un proceso patológico, pero son tan comunes y de un curso clínico benigno que pueden considerarse como una variante normal¹⁹.

2) QUEILOSIS INFECCIOSAS

- a) **QUEILOSIS VIRALES POR HERPES** Este es capaz de producir múltiples procesos cutáneos y/o mucosos del sistema nervioso por primoinfección o recidiva, caracterizados por la aparición de pequeñas vesículas transparentes reunidas en grupos rodeados de una areola roja¹⁷, como ejemplo de esta afección podemos citar a: la gingivoestomatitis herpética, al herpes simple vulgar, vulvovaginitis herpética primaria, herpes simple, queratoconjuntivitis, meningoencefalitis herpética y en este caso el herpes labial. Es por lo tanto de las infecciones más comunes en el hombre. Se trata de un virus DNA que se reproduce en el núcleo de las células del huésped se contagia por gotitas de saliva o por contacto directo, permaneciendo el virus después de la primoinfección en un estado latente en ganglios

sensitivos o en neuronas de nervios periféricos. Los que pueden afectar el área bucal son el tipo I (facial) y el tipo II (genital)¹⁹.

b) **QUEILOSIAS BACTERIANAS** Son los cocos gram + los que producen el mayor número de infecciones ya que los encontramos de forma saprófita en el medioambiente. Mencionaremos algunas afecciones que en ocasiones se manifiestan en los labios, éstas son por ejemplo:

I) **IMPÉTIGO** Es una infección estreptocócica que tiene predilección por la piel de la cara y en especial de los orificios naturales, su localización primaria es en mucosa oral, esta se afecta por extensión cutánea produciendo ampollas de aparición súbita, tornándose posteriormente purulentas con una base eritematosa, presencia de costras melicéricas, adenopatías y queilitis erosivas en el borde de los labios.

II) **ERISPELA** Enfermedad infecciosa aguda de la piel febril y eruptiva causada por *Streptococcus pyogenes* o de Fehleisen y el *Staphylococcus aureus*, caracterizada por síntomas generales y la erupción de una o varias placas rojas, dolorosas, con edema o infiltración de los tejidos subyacentes, limitadas por un reborde bien manifiesto a la vista y al tacto. La enfermedad dura de ocho a diez días, y si no existen complicaciones, termina generalmente con la curación. La erisipela de labio es poco frecuente¹⁹.

III) **ÁNTRAX** Inflamación de naturaleza infecciosa circunscrita, dura y dolorosa del tejido subcutáneo, acumulación de furúnculos que acaba por esfacelo y supuración por varias aberturas, acompañada de síntomas generales¹⁷. los gérmenes de la mucosa bucal suelen

ser los responsables de ésta enfermedad, se localizan preferentemente en la zona cutánea del labio superior.

- IV) **GRANULOMA PIOGENO** Masa fungosa más o menos pediculada, cuyas granulaciones están formadas por masas de estafilococos¹⁷. las lesiones pueden ser múltiples y localizarse en cualquier parte de la piel así como en cara y labios.
- V) **GONORREA** Es una enfermedad de transmisión sexual en la cual la localización bucal es extremadamente rara. Se presenta con gran enrojecimiento de la mucosa oral, seca, dolor, ardor, saliva viscosa y exudados pseudo membranosos que al resolverse dejan zonas erosivas y hemorrágicas, éstas últimas se observan con más frecuencia en los labios.
- VI) **SÍFILIS** Tiene muchas lesiones que se presentan en la cavidad oral, su contagio es por transmisión sexual, se han descrito lesiones bucales en todas las formas de sífilis.

Primaria El chancro es relativamente frecuente en labios.

Secundaria y Terciaria En la terciaria cuando las lesiones llegan a presentarse en los labios, el labio inferior es el más afectado.

Congénita precoz No se afecta la boca en general, en la cara existe una inflamación difusa, especialmente peribucal con la presencia de placas grandes, eritematopapulosas, las cuales se fisuran fácilmente y se cubren de costras. Las zonas más afectadas son los labios y el mentón. El labio inferior es el más afectado ya que su movilidad provoca grietas en los tejidos afectados por la infiltración difusa¹⁹.

- VII) **TUBERCULOSIS** Infección granulomatosa crónica de los pulmones causada por *Mycobacterium tuberculosis*, microorganismo cosmopolita que puede afectar cualquier parte del organismo¹⁹ la cual se extiende por medio de aerosoles; puede asociarse a veces con úlceras orales crónicas y/o ganglios linfáticos nasofaríngeos y cervicales aumentados de tamaño¹⁴.
- VIII) **LEPRA** Enfermedad infecciosa crónica generalizada del hombre, producida por *Mycobacterium leprae* y caracterizada por lesiones granulomatosas específicas en la piel, mucosas, nervios, hueso y vísceras¹⁷.
- IX) **BRUCELOSIS** Enfermedad infecciosa producida por varios tipos de brucelas (*melitensis*, *abortus* y *swiz*) en la mucosa bucal, al igual que en los labios, podemos encontrar pápulas pequeñas grisáceas rodeadas de un halo eritematoso¹⁹.
- X) **CHANCRO BLANDO** Úlcera venérea, no sifilítica, debida al bacilo de Ducrey. Comienza por una pústula en los genitales poco tiempo después de la inoculación, crece rápidamente y se ulcera, con producción de pus virulento. La secreción es contagiosa y autoinoculable¹⁷.
- XI) **DIFTERIA** Producida por *Corynebacterium diphtheriae* de localización preferentemente en amígdalas, faringe y vías respiratorias aunque a veces se presenta en mucosas como en la oral o en la piel. Las lesiones bucales son raras siendo las más frecuentes las encontradas en los ángulos o comisuras labiales caracterizadas por lesiones inflamatorias, algunos sitios de necrosis y los ganglios regionales se encuentran afectados¹⁹.

XII) **ERISPELOIDE** Dermatitis infecciosa semejante a la erisipela, pero sin fiebre, causada por el *Erysipelothrix rhusiopathiae*, donde las principales lesiones dermatológicas se presentan preferentemente en los dedos de las manos, caracterizadas por la aparición de la lesión rojo-violácea ligeramente elevada, bien delimitada dolorosa, la localización en mucosa es rara y los labios son las estructuras más afectadas, pudiendo encontrarse en ellos, lesiones múltiples por siembras hematógenas del agente causal¹⁹.

XIII) **MAL DEL PINTO** Producido por *treponema carateum*, el cual es indistinguible serológica y morfológicamente del *T. Pallidum*. Es común en países tropicales de América como México, Brasil, Colombia, etc. las lesiones orales se presentan generalmente en el periodo terciario, afectando los labios con manchas hiperpigmentadas o hipocrómicas, la mucosa del borde labial en especial del inferior se pigmenta en forma de arco¹⁹.

XIV) **RINOESCLEROMA** Las lesiones propias de la cavidad oral de los labios son excepcionales, en su mayoría son de origen nasal ya que el paladar se perfora y los pólipos irrumpen en la cavidad oral, otros filtran el labio superior por extensión de lesiones nasales, las cuales se caracterizan por lesiones vegetantes que en su conjunto dan origen a una macroquelia.

XV) **FIEBRE TIFOIDEA** Los labios pueden presentarse secos y fisurados, además que en la tercera y cuarta semana pueden verse ulceraciones superficiales indoloras en la lengua, velo del paladar, encías, mucosa yugal y labios¹⁹.

c) **QUEILOSIAS POR HONGOS** Las lesiones superficiales o profundas pueden afectar la piel o las mucosas. Entre las lesiones superficiales encontramos las dermatofitosis que excepcionalmente pueden afectar las mucosas principalmente en orificios nasales o labios. La candidosis es la más importante de las micosis superficiales que afectan la cavidad oral, es producida por *Candida albicans*, saprofito de la mucosa y que se encuentra en un equilibrio constante con el hospedero, por lo tanto sin producción de enfermedad, ciertas causas pueden romper este equilibrio, como la utilización de antibióticos, mal estado de higiene bucal, dentaduras artificiales mal colocadas, glucocorticoides o estados de inmunosupresión. Las infecciones bucales se dividen en formas agudas y crónicas, hay quienes hablan de una forma subaguda.

I) **CANDIDIASIS SEUDOMEMBRANOSA AGUDA (MUGUET)** Este nombre de muguet dado por los franceses fue utilizado para señalar las lesiones en la mucosa bucal con aspecto de leche coagulada fácilmente desprendibles se presenta especialmente en recién nacidos y se debe al contacto con la vagina materna enferma, se observa más en el prematuro por la inadecuada secreción salival, las lesiones predominan en la mucosa yugal, vestíbulo, lengua, paladar y encías llegando incluso hasta la zona amigdalina y en casos graves al estómago.

II) **CANDIDIASIS COMISURAL** (forma crónica) Puede presentarse aisladamente o asociarse a lesiones retrocomisurales o a la candidiasis de focos múltiples o a la generalizada.

III) **ACTINOMICOSIS** Producida por *actinomicetes israelí*, bacteria saprofito en la cavidad oral, cuya forma clínica más frecuente es la

cervicofacial, en el labio superior se han detectado lesiones de tipo nodular.

- IV) **BALSTOMICOSIS SUDAMERICANA** El agente causal es el paracoccidioides brasiliensis, se encuentra principalmente en Brasil, México y Costa Rica, predomina en pacientes de raza blanca en la tercera década de la vida. Al conjunto de las lesiones que causa se les llama estomatitis ulcero moriforme, desde ésta lesión primaria las lesiones se extienden al paladar, lengua y labios¹⁹.
- V) **CRIPTOCOCOSIS** Estado morbozo producido por organismos del genero Cryptococcus neoformans. Afecta la piel, los pulmones y otras vísceras con particular predilección del cerebro y las meninges. La forma cutánea produce lesiones acneiformes¹⁷. La localización bucal se ve en el 5 a 10 % de los casos, resultan afectados el dorso de la lengua, la mucosa yugal los labios y las encías.
- VI) **BLASTOMICOSIS NORTEAMERICANA O ENFERMEDAD DE GILCHRIST** Micos supurativa granulomatosa crónica, causada por Blastomyces dermatitidis que afecta primariamente los pulmones y en la forma diseminada la piel, los huesos y el sistema nervioso y otros tejidos. Los hombres son más afectados que las mujeres, generalmente los mayores de 50 años. La blastomicosis cutánea primaria es muy rara y se produce después de un traumatismo por donde puede llevarse acabo la inoculación. La mucosa oral puede afectarse tanto en forma diseminada como por inoculación directa y puede ser la primera manifestación de la infección y las lesiones pueden ser únicas o múltiples, en el labio inferior se observan zonas granulomatosas semejantes a un epitelioma.

VII) **HISTOPLASMOSIS** Micosis crónica originada por el hongo *Histoplasma capsulatum*. Enfermedad endémica de Norteamérica, con afección principalmente pulmonar y se puede diseminar por vía hemática, se presenta en los pacientes con anodoncia o adoncia parcial como consecuencia a las lesiones periodontales causadas por el problema de base, se afectan la lengua, las encías el paladar y los labios, éstos últimos presentan las siguientes alteraciones, especialmente el labio inferior presenta macroqueilia con una dureza característica, en otros pacientes se ven nódulos y ulceraciones¹⁹.

3) QUEILOSIS PARASITARIAS

a) **LEISHMANIASIS** Se trata de una enfermedad crónica de la piel, mucosa o vísceras, producida por diferentes tipos de protozoarios del género leishmania, transmitidos al ser humano por vectores del género *Lutzomia* y *Phlebotomus*, con distintas variedades clínicas, la forma cutánea (localizada y diseminada), la forma mucocutánea y la visceral o Kala-Azar.

I) **LA FORMA CUTÁNEA O BOTÓN DE ORIENTE** Originada por *Lieshmania* trópica, se presenta de forma excepcional en la mucosa oral, aprese con las mismas características que en la piel, un nódulo eritematoso indoloro que posteriormente se ulcera dejando atrofia y telangectasias, acompañandose de adenopatias regionales.

II) **LA FORMA MUCOCUTANEA** también llamada L. Americana, o brasileña; es causada por *L. braziliensis*. Se caracteriza por una lesión cutánea primaria, generalmente en una zona expuesta, se trata de un nódulo que posteriormente se ulcera y puede tomar un aspecto vegetante, varios años después aparecen las lesiones

mucosas que afectan el tabique nasal, los labios las encías, faringe y laringe.

III) **LA FORMA VICERAL KALA-AZAR** En esta forma solo se han reportado en los labios nódulos que no se ulceran y que contienen gran cantidad de parásitos.

b) **CISTICERCOSIS** Causado por el enquistamiento de la larva (cisticerco) de algunas tenias como la sanguinata o la solium. Han sido descritas lesiones en la mucosa labial en esporádicas ocasiones dando una reacción tipo cuerpo extraño.

c) **MIASIS** Infección por larvas de Dípteros en su forma clínica generalizada encontramos la bucal en donde vemos ulceraciones crateriformes, principalmente en el paladar son induradas poco, dolorosas y puede verse el movimiento de las larvas que pueden destruir el paladar y penetrar a los senos paranasales, se han descrito lesiones en encías, que se extienden hasta el surco gingivolabial. Resulta excepcional la parasitación primaria en el labio.

d) **PICADURAS DE INSECTOS** Se ve con cierta frecuencia, que algunos insectos llevan acabo las picaduras en regiones peribucales o en los labios específicamente¹⁹.

4) QUEILOSIS SISTÉMICAS

A) TRASTORNOS NUTRICIONALES

I) **DEFICIENCIA DE RIBOFLAVINA VITAMINA B2** Por lo general se hace manifiesta clínicamente meses después del comienzo de la

deficiencia, lo cual nos da idea de que el paciente sufre un estado carencial mixto y crónico. Los pacientes presentan fotofobia, estomatitis angular y úlceras en los labios, encías y lengua, además de seborrea nasolabial.

II) DEFICIENCIA DE ÁCIDO FÓLICO En esta deficiencia no existen lesiones cutáneas específicas, pero se ha descrito un tono blanquecino-grisáceo en la piel expuesta al sol y con cierta frecuencia se encuentran glositis y queilitis, además de zonas ulceradas.

III) DEFICIENCIA DE NIACINA Esta carencia produce pelagra, la afección cutánea va precedida generalmente de los trastornos gastrointestinales, y en los labios se presenta una descamación con zonas fisuradas y secas con zonas de atrofia. Estas lesiones acompañan al cortejo diseminado de la enfermedad, pues nunca se presentan solas.

IV) DEFICIENCIA DE VITAMINA C O ÁCIDO ASCÓRBICO Origina disminución en la hidroxilación del protocolegeno, la prolina y la lisina con una menor expulsión de sustancia fundamental, lo que origina manifestaciones sistémicas y alteraciones en las mucosas, esta deficiencia es la causa del escorbuto, la lesión cutánea inicial es la queratosis folicular principalmente en brazos, espalda y nalgas. Posteriormente aparecen hemorragias gingivales y una disminución en la consistencia de los labios (laxos) con presencia de escama, en algunos casos.

V) **DEFICIENCIA DE HIERRO** Produce fatiga, palpitaciones, disnea de grandes esfuerzos, úlceras linguales con papilas filiformes atróficas, queilitis angular, disfagia y coiloniquias.

VI) **DEFICIENCIA AGUDA DE ZINC** Encontramos queilosis angular con presencia de lesiones periorales que respetan el bermellón¹⁹.

B) ENDOCRINOS

I) **DIABETES MELLITUS** Los cambios que se presentan en la mucosa son inespecíficos y generalmente en pacientes controlados, las alteraciones de los labios son consecuencia de la microangiopatía, se presentan sangrados ante pequeños traumatismos con la asociación de candidosis que origina una queilosis denominada perleche que afecta las comisuras.

II) **ENFERMEDAD DE ADDISON** La insuficiencia crónica de hormonas corticoadrenales produce una pigmentación oral en parches de color negro o gris-pizarra característica de la enfermedad de Addison, este pigmento se observa generalmente en la mucosa oral y labial junto con la sintomatología general y la disminución de la tensión arterial.

C) TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS

I) **ANEMIAS FERROPÉNICA** Algunos signos son; la palidez de las mucosas y la atrofia de las papilas linguales, los labios sufren cierto grado de desepitelización y coloración amarillenta.

II) **ANEMIA PERNICIOSA** La mucosa oral presenta un tono amarillento pálido al igual que los labios, los síntomas orales pueden preceder a

las alteraciones sanguíneas, las papilas linguales se encuentran atroficas y a esto se le ha llamado aspecto de empedrado. La glositis responde con rapidez a la administración de vitamina B12, no así la mucosa oral o los labios que lo hacen más tardíamente.

III) **SÍNDROME DE PLUMMER-VINSON** Las alteraciones de lengua se asocian con disfagia, la deficiencia de hierro es prolongada y de consecuencias fatales, los labios presentan alteraciones en el borde con la piel y a menudo pueden presentarse queilitis angular, ya que generalmente se asocia a déficit vitamínico múltiple¹⁹.

5) QUEILOSIS DEL TEJIDO CONECTIVO (ENFERMEDADES COLÁGENOVASCULARES)

a) **LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE CRÓNICO** Las lesiones de los labios pueden presentarse solas o asociadas a las lesiones cutáneas.

b) En el L. E. S., las lesiones son más frecuentes en el paladar, aunque los labios también pueden afectarse, las ulceraciones y las placas eritematosas son las más características. Se ha descrito un síndrome en el cual encontramos la asociación del **LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**, queilitis actínica y malformación de glándulas salivales del labio inferior, las cuales al ser resecaadas provocan la disminución del fenómeno actínico.

c) **ESCLERODERMIA LOCALIZADA** Cursa en raras ocasiones con afección de mucosa oral y labial. Los labios pueden presentar telangiectasias y numerosos pliegues radiados que deforman la boca con un aspecto de bolsas de tabaco¹⁹.

6) QUEILOSIAS POR ENFERMEDADES BULOSAS

- a) **PÉNFIGO** Enfermedad de la piel, caracterizada principalmente por la formación de flictena o vesículas de variable volumen, que dejan en pos de sí manchas de pigmento¹⁷. Se trata de una enfermedad autoinmune, algunas veces de curso fatal, que se caracteriza, por la presencia de ampollas en personas de mediana edad y en ancianos. Las lesiones pueden aparecer en la piel y en las mucosas, en las cuales puede presentarse por primera vez la enfermedad¹⁹.
- b) **PÉNFIGO VULGAR** Enfermedad grave, caracterizada por la aparición de ampollas y vesículas en todo el cuerpo, que después se cubren de costras por infección bacteriana; también se afectan las mucosas¹⁷. En un 50-60% se inicia en la cavidad oral y en un 80-90% de los pénfigos presenta lesiones orales durante el transcurso de la enfermedad, algunas formas clínicas sólo dan lesiones en la mucosa oral y nunca las dan en la piel. Cuando la localización es solamente labial, se hace el diagnóstico con mayor dificultad, puesto que la enfermedad que con mayor frecuencia afecta esta topografía, es el eritema polimorfo.
- c) **PÉNFIGO VEGETANTE** Forma maligna en la que las flictenas van seguidas de neoformaciones fungosas¹⁷. Se puede originar en la mucosa oral en un 50% en las variantes de Neumann y Hallopeau pueden aparecer grandes lesiones vegetantes con mayor frecuencia en la comisura de los labios.
- d) **DERMATITIS HERPETIFORME** Esta enfermedad no presenta lesiones orales con mucha frecuencia y en caso de presentarse, suelen ser leves y aparecen después de las lesiones cutáneas. Excepcionalmente son manifestaciones primarias de la enfermedad: ampollas, petequias

agrupadas al igual que en las lesiones cutáneas, que al romperse provocan dolor, cuando se presentan lesiones en los labios, éstas se caracterizan por tomar un color rojo, sobretodo en la base, lo que no siempre traduce presencia de hemorragia.

- e) **ERITEMA MULTIFORME** Hasta el 92% de los casos tienen participación mucosa y no sólo la oral, sino la anal, la faringe y otras. En la mucosa oral el sitio más frecuente de afección es el labio, donde inicia con una zona eritematosa seguida de ampollas, que al romperse dejan una zona erosionada de aspecto hemorrágico, acompañada de dolor.

- f) **SÍNDROME DE STEVEN-JOHNSON** Forma grave de eritema polimorfo con manifestaciones cutáneas, mucosas y oculares¹⁷. Se afecta la mucosa oral en un 100%, en los casos graves también se afectan otras mucosa, como la nasal, la anal y la de los genitales. La estomatitis se manifiesta por vesículas en los labios, lengua, cara interna de carrillos y encías, dejando úlceras hemorrágicas y una capa pseudomembranosa.

- g) **ENFERMEDAD DE LYELL O SÍNDROME DE LYELL** Dermatitis ampollar aguda con despegamiento masivo de la epidermis y trastornos generales muy graves. Frecuentemente de origen causado por estafilococos o estreptococos¹⁷. En cuanto a las manifestaciones de la mucosa oral tenemos aparición de fisuras, ulceraciones, costras hemáticas y zonas de hemorragia en los labios.

- h) **ENFERMEDAD DE RITTERVON-RITTERSHAIN** Las lesiones de la mucosa oral y en especial las de los labios, son similares a las de la necrólisis epidérmica tóxica¹⁹.

7) **QUEILOSIS POR AFECCIONES NÉVICAS** Los nevos en general son poco comunes en la mucosa oral, entre los más frecuentes tenemos a los **VASCULARES**:

a) **NEVOS HEMANGIOMATOSOS** A menudo afectan los labios y la mucosa oral, pueden estar presentes desde el nacimiento o aparecer en etapas tempranas de la vida. Esto es lo que sucede en el 80% de los pacientes, en las mucosas se comportan de forma similar a los de la piel, crecen durante algunos meses y posteriormente remiten en forma espontánea. Pueden ser únicos o múltiples y van desde lesiones pediculadas, pequeñas o superficiales, hasta lesiones extensas más profundas, que pueden causar gran deformidad, la cual se presenta más frecuentemente en el labio (macroqueilia) y en la lengua (macroglosia). El color de la lesión va de rojo intenso al azul grisáceo, puede sangrar con traumatismos leves e interferir con la alimentación en los casos de localización labial. Encontramos también lesiones hemangiomas orales en el síndrome de Maffucci, y en el de Sturge-Weber en donde la angimatosis encefalotrigeminal puede ser tan extensa que afecte los labios, la mucosa labial y las encías.

b) **NEVO MELANOSÍTICO** Tumor benigno y habitualmente pigmentado. Los que suelen presentarse en los labios no son de más de dos centímetros.

8) **QUEILOSIS POR AFECCIONES DISCRÓMICAS**

a) **FISIOLÓGICA** Existe una pigmentación difusa y pardusca en la mucosa oral y en los labios que va de acuerdo al color de la piel.

- b) **MELANOSIS DE LOS FUMADORES** Se trata de una pigmentación difusa, similar a la fisiológica, con mayor frecuencia en los caucásicos que es producida por un consumo alto de tabaco.
- c) **MELANOSIS EN LA ENFERMEDAD DE ADDISON** Se produce por un aumento en la producción de factor estimulante del melanositos y por consiguiente en las mucosas se refleja rápidamente tomando un color parduzco difuso, afectando con más frecuencia las encías y a los labios respectivamente¹⁹.
- d) **SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS** Afección hereditaria de transmisión dominante, caracterizada por pigmentaciones mucocutáneas en la boca, poliposis intestinal¹⁷. Aparecen manchas redondas u ovals de color marrón o grisáceas en los labios y/o en la mucosa oral, las lesiones aparecen también en los pies y en las manos, sobretodo en los pulpejos.
- e) **ACANTOSIS NIGRICANS**. Pigmentación general y anormal de la piel con tumores papilares. Queratosis o papilomatosis nigricans, distrófica papilar y pigmentaria¹⁷. Es más evidente la pigmentación de las mucosas en la forma maligna, la cual se asocia con papilodermatosis verrucosa. Otras pigmentaciones se pueden producir.
- f) **HEMOCROMATOSIS** Trastorno metabólico más frecuentemente en el varón, caracterizado por acumulación de grandes cantidades de hierro en la economía, con pigmentación cutánea y visceral, cirrosis hepática y participación de otros órganos y disminución de la tolerancia a los hidratos de carbono; diabetes bronceada¹⁷.

g) **ICTERICIA** Coloración amarilla de la piel, mucosas y secreciones debido a la presencia de pigmentos biliares en la sangre.

h) **HIPERCAROTENEMIA** Carotenemia superior a la normal¹⁹.

i) **VITILIGO** Es un proceso de despigmentación, en el que desaparecen los melanocitos de los tejidos afectados, este trastorno afecta de manera predominante a la piel, pero también puede comprometer a los tejidos bucales y peribucales. En la cara, afecta con mayor frecuencia los tejidos peribucales y perioculares, aunque también ocurre en la nuca y en las zonas que reciben golpes repetidos como las rodillas, codos y manos¹⁸.

9) QUEILOSIS POR TUMORES BENIGNOS

a) **GRANULOMA PIOGENO** Esta lesión corresponde a una reacción de proliferación excesiva del tejido conectivo, como reacción ante un estímulo o agresión conocida. Se presenta como una masa roja, ya que está formada sobre todo de tejido hiperplásico de granulación que abunda en capilares. Los granulomas piogenos se localizan con frecuencia en la boca, pero es posible encontrarlos en zonas que reciben traumatismos frecuentes, como el labio inferior, la mucosa vestibular y la lengua¹⁸.

b) **MUCOSELE** Neoformación reactiva de origen probablemente traumático, formado por escape de moco y saliva hacia los tejidos circundantes rodeados por tejido de granulación y tejido conectivo¹⁹. El mucosele por retención es menos frecuente que el de extravasación; ocurre después de los 50 años y se localiza en el paladar, mejilla, piso de boca o seno maxilar y raras veces en el labio inferior¹⁸.

- c) **FIBROMA TRAUMÁTICO** Hiperplasia fibrosa focal o cicatriz hiperplásica, es una lesión reactiva producida en forma usual por el traumatismo crónico de la mucosa bucal, la reparación excesiva del tejido conectivo fibroso, provoca una masa submucosa evidente en la clínica. Frecuentemente se presenta en áreas traumatizadas, como en la mucosa bucal, borde lateral de la lengua y labio inferior¹⁸.
- d) **LIPOMA** Este tumor es poco frecuente en la cavidad bucal, pero puede ocurrir en cualquier zona de la misma. Se presenta como una masa submucosa, amarillenta y asintomática, cubierta por epitelio sano con vasos sanguíneos superficiales. El lipoma simple común, es una masa lobulada, bien circunscrita de células adiposas maduras¹⁸. El labio no es la localización más frecuente, se presenta con ligera preferencia en la mujer y después de la quinta década de la vida.
- e) **LEIOMIOMA** Mioma formado por fibras musculares lisas. Son tumores poco frecuentes en la cavidad oral y las lesiones en los labios son poco vistas, se trata de neoformaciones duras, bien circunscritas y en ocasiones pediculadas, rojizas o azuladas.
- f) **MIOBLASTOMA DE CÉLULAS GRANULOSAS** La cavidad oral presenta el 28% de frecuencia en la presencia de este tumor. La lengua es el sitio más afectado, aunque se puede presentar en cualquier parte de la mucosa oral, así como en los labios.
- g) **HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL** Estas lesiones de aspecto nodular pueden ser pediculadas o no, bien circunscritas, con una superficie blanquizca y aplanada cuya localización preferente son los labios, la mucosa yugal, las encías y el paladar duro y blando.

h) **NEUROFIBROMATOSIS** No son raras las manifestaciones orales de la enfermedad, es la lengua el órgano más afectado en la cavidad oral, los labios, el paladar y la mucosa yugal le siguen en importancia.

10) **QUEILOSIS POR LESIONES PREMALIGNAS** El cáncer bucal, en un alto porcentaje, es precedido por una lesión precancerosa, por lo cual el reconocimiento de ésta es de vital importancia. En cuanto a poder definir a la lesión precancerosa en la cavidad oral, debemos decir que es toda aquella que en un 5%, puede convertirse en un carcinoma.

a) **LEUCOPLASIA** Placa blanquesina de causa desconocida. Dentaduras mal ajustadas pueden causar estas lesiones. La asociación con candidosis es frecuente, sobre todo en las localizaciones comisurales.

b) **QUEILITIS CRÓNICA DE CAUSA SOLAR** Es la principal causa de cáncer bucal y de localización clásica en el labio inferior.

11) **QUEILOSIS POR TUMORES MALIGNOS** El cáncer bucal representa el 2% de todos los cánceres del organismo, son en su mayoría desarrollados de lesiones previas, por lo cual el diagnóstico temprano cobra gran importancia, los labios son las estructuras de la cavidad bucal que más frecuentemente presentan este cáncer, sobre todo en el labio inferior. La teoría irritativa, dentro de todas las que se han imputado a cáncer es la más aceptada en éste caso.

a) **CARCINOMA ESPINOCELULAR** Es el más frecuente en la cavidad bucal, al igual que en los labios, se dice que, en más de un 95% es en muchas ocasiones difícil de precisar la estructura que dio origen a la neoplasia de la piel blanca.

b) **CÁNCER DE CÉLULAS FUSIFORMES** Se trata de una neoplasia rara, probablemente una variante del cáncer espinocelular más frecuente en el labio inferior.

c) **ADENOCANTOMA** Es otra variante del carcinoma epidermoide, localizada generalmente en el bermellón del labio inferior, es más frecuente en los ancianos de raza blanca.

12) QUEILOSIS MISCELÁNEAS

a) **LIQUEN PLANO** Es una enfermedad inflamatoria de origen desconocido, que involucra principalmente la piel y mucosas y se le ha llegado a considerar una lesión precancerosa. Las lesiones son generalmente bilaterales y simétricas, se presentan en orden de frecuencia en la mucosa de los carrillos, las encías, la lengua, el labio inferior, el piso de boca y el paladar.

b) **PSORIASIS** Dermatitis eritematoscamosa de etiología desconocida, propia de los individuos de raza blanca, en la edad media de su vida persistente o con brotes repetidos y remisiones más o menos largas. Las lesiones en la mucosa oral de la psoriasis casi no se presentan, los labios son las estructuras de la cavidad oral de los menos afectados.

c) **ACANTOSIS NIGRICANS MALIGNA** Existen dos formas de esta enfermedad: la benigna y la maligna. En la forma maligna la mucosa se afecta en el 50% de los casos y se han llegado a reportar pacientes con localizaciones exclusivamente bucales. Los labios son entre las estructuras de la cavidad oral los segundos más afectados.

- d) **MELASMA** Estado caracterizado por la coloración negrusca de los tejidos normales o patológicos por la impregnación anormal de melanina u otros pigmentos. La zona de la cavidad oral que más se afecta en este problema son los labios.
- e) **PITIRIASIS ROSADA DE GIBERET** Las regiones más afectadas por orden de frecuencia son: mucosa yugal, el paladar y los labios que pueden presentar manchas anulares, eritematosas y con descamación grisácea, las lesiones son asintomáticas y de resolución espontánea.
- f) **POROQUERATOSIS DE MIBELLI** En la cavidad oral, las lesiones se presentan principalmente en la mucosa yugal, en la parte mucosa del labio inferior las lesiones están constituidas por manchas anulares y ovoides de límites netos elevados, pueden ser únicas o múltiples y presentan una depresión en la zona central.
- g) **AFTAS, ASTOSIS Y AFTOIDES** La periadenitis necrótica de Sutton, da un tipo de afta muy especial, la cual comienza con un nódulo que se ulcera y se necrosa, de bordes elevados, doloroso, que se localiza en la mucosa labial, yugal y lingual.
- h) **MEDICAMENTOSAS** Algunos medicamentos producen lesiones orales con más frecuencia, entre ellos tenemos a:
- l) **Los Antibióticos** Que pueden producir glositis, pigmentaciones en la mucosa yugal, queilitis exfoliativa.
- ll) **Las Sulfamidas y los Idantoinatos** Pueden producir eritema y edema de labios.

- i) **SÍNDROME DE SJÖGREN** Cursa con xerostomía, con una salivación espesa y mucoide que después se vuelve escasa, la lengua se encuentra depalidada, eritematosa y seca, los labios se presentan enrojecidos, secos y con escama, formando fisuras en los ángulos de la boca, dando origen a una queilitis angular con probable participación micótica¹⁹.

A todas estas afecciones (aunque no siempre, pero en algún momento involucran a los labios), la literatura les da el nombre de queilosis, ya que ésta da una idea de inflamación de los labios, independientemente del origen.

1) **QUEILITIS ACTÍNICA** Es una enfermedad premaligna crónica, que aparece comúnmente en el labio inferior, causada por la exposición prolongada a la radiación ultravioleta. También se le conoce como queratosis actínica del labio inferior, Q. exfoliativa o Q. Solar.

2) **QUEILITIS ANGULAR** Se trata de una inflamación crónica o aguda de la piel, y en menor proporción de la mucosa labial, contigua en los ángulos de la boca. Este es nuestro objeto de estudio y se tratará en un capítulo aparte.

3) **QUEILITIS POR CONTACTO** Se trata de una reacción inflamatoria de los labios por una acción irritante directa o por sensibilización, en su gran mayoría son producidas por:

- a) Lápices labiales
- b) Dentríficos
- c) Alimentos como las naranjas, alcachofas, mangos, etc.

4) **QUEILITIS EXFOLIATIVA** Se le define como un proceso inflamatorio del labio crónico caracterizado por descamación persistente. Se le considera actualmente como un síndrome clínico, aunque también se considera de causa factílica ya que en la mayoría de los casos se presenta en mujeres, las cuales tienen antecedentes psicológicos de importancia y/o atípicos

5) **QUEILITIS GLANDULAR** Se desarrolla por hiperplasia heterotópica de glándulas salivales en la parte interna de la mucosa generalmente del labio inferior ante estímulos irritativos crónicos, es rara y se presenta más frecuentemente en hombres adultos. Clínicamente se reconocen tres formas de esta entidad:

a) Queilitis glandular simple

b) Queilitis glandular purulenta superficial

c) Queilitis glandular purulenta profunda o apostematosa de Volkman

6) **QUEILITIS PLASMOCELULAR** Se trata de una entidad rara que en la mayoría de los casos involucra el labio inferior sobre todo de pacientes ancianos, clínicamente se manifiesta por la presencia de edema, inflamación del labio, pequeñas fisuras y úlceras superficiales. La etiología se desconoce y el diagnóstico se hace por histopatología donde se aprecia una masa homogénea de células plasmáticas maduras en la dermis, se desconoce el significado de este hallazgo.

7) **QUEILITIS GRANULOMATOSA** Se trata de una entidad poco frecuente, caracterizada por el aumento del volumen progresivo con exacerbaciones y remisiones primordialmente del labio superior que puede ser el asiento de varias patologías cuando se presenta en forma aislada, o al mismo tiempo corresponde al síndrome de Merkeson Rosenthal, es decir, se puede presentar como forma monosintomática de éste síndrome.

8) **QUEILITIS FACTICIA** Se trata de una entidad rara y dramática (sólo se publicaron cuatro casos en un lapso de 24 años) es más frecuente en las mujeres, en el labio inferior, muchos autores lo consideraron a un estado similar al "tic des levres" en cuanto a la escuela francesa se refiere. Otros la engloban dentro del término descamación persistente de los labios, término para explicar que la causa inflamatoria de muchas enfermedades de los labios tiene un fondo de desordenes emocionales. La queilitis facticia es una entidad que no esta bien reconocida¹⁹.

9) **QUEILITIS ABRASIVO PRECANCEROSA** Generalmente en personas ancianas, abarca toda la superficie de los labios sobre todo el inferior en su parte media, tiene una evolución fluctuante con periodos de exacerbación y remisión, las ulceras superficiales, costras hemáticas, aspecto leucoplásico y escama fina son las principales características morfológicas.

El término queilitis se ha utilizado con mucha frecuencia para denominar indistintamente a la patología labial sin embargo, ésta no siempre conlleva como sustrato fundamental la inflamación. Por otra parte hay quienes emplean el término queilosis para referirse a la queilitis angular o perleche, ya que el sufijo **OSIS** indica enfermedad

En general consideramos que las enfermedades labiales deben agruparse en dos grandes rubros.

Queilitis cuando exista un cuadro nosológico bien definido y el fenómeno de la inflamación esté presente como evento primario.

Queilosis. Se agrupará bajo este rubro a toda patología labial donde el proceso inflamatorio no sea parte del evento primario o etiológico¹⁹.

CAPÍTULO III

QUEILOSIS ANGULAR

SINONIMIA

- 1- Boquera²³
- 2- Candidiasis angular ²³
- 3- Estomatitis angular ^{11,13,23}
- 4- Estomatitis comisural ²³
- 5- Perlada ²³
- 6- Perleche ²³
- 7- Queilitis ²³
- 8- Queilitis angular ^{2, 3, 14,23}
- 9- Queilitis comisural ²³
- 10- Queilosis ^{23, 3, 7,9, 10,12}
- 11- Queilosis angular^{15 y 16}
- 11- Ragades^{31 Y 32}

DEFINICIÓN

LA QUEILOSIS ANGULAR Es una inflamación y degeneración bilateral crónica de las comisuras de la boca, caracterizada por atrofia y fisuras lineales. Aunque las lesiones pueden presentarse aisladamente, a menudo están asociadas con las lesiones intraorales pseudomembranosas agudas, o con lesiones atróficas en otras partes de la boca, y por esta razón se le considera como una infección mixta, bacteriana y candidiásica (candida albicans), de las comisuras orales, que suelen acentuarse cuando se cierra la boca firmemente.^{3, 9, 14, 16}

Se trata de una inflamación crónica o aguda de la piel y en menos proporción de la mucosa labial, contigua en los ángulos de la boca, el término perleche

se restringe a los casos en los niños cuando la causa parece implicar algún agente infeccioso. También se ha utilizado el término de pseudoqueilosis cuando ésta tiene un origen mecánico.

ETIOLOGÍA

No se conoce una causa específica en la queilitis angular pero se conocen varios factores predisponentes, los cuales se pueden agrupar en:

a) **MECÁNICAS** En el **anciano** hay una disminución fisiológica de la **producción salival**, unido a una serie de condiciones como son **la pérdida de la dimensión vertical**²³, generalmente en pacientes desdentados que no utilizan dentadura postiza, el desgaste de sus dientes naturales o por la abrasión de los artificiales, así como la pérdida en ocasiones de sus prótesis que facilita un babeo comisural y una retención salival sobre el área de las comisuras, constituyendo factores favorables para la formación de la Queilosis angular y el excelente caldo de cultivo para los hongos, a éstos se suma el proceso de envejecimiento, en el cual el labio superior sobrepasa el límite del labio inferior. En los ángulos de la boca predomina un pliegue curvo que ocasiona una piel siempre macerada y húmeda. El **prognatismo** puede crear una situación similar en los jóvenes

b) **SISTÉMICAS** La disminución de riboflavina (por ser ésta la causa más encontrada en la bibliografía, la trataremos en un capítulo aparte), hierro y otros componentes del complejo B como la piridoxina (B6) y una disminución muy importante de las proteínas como en el caso de la marcada desnutrición son factores importantes en la génesis de la queilosis angular. Se ha mencionado a la acrodermatitis enteropática (enfermedad grave, a menudo fatal, que afecta a los niños y jóvenes, se caracteriza por vesículas y ampollas alrededor de los orificios naturales y zona distal de extremidades, diarrea crónica, alopecia parcial o completa, producida por carencia de cinc¹⁷

como una asociación con la queilosis angular. Cuando se produce con **carencia de vitaminas** se acompaña de glositis, alteraciones cutáneas y oculares, es casi siempre el signo más temprano y característico de la carencia, pero no es manifestación obligada ni patognomónica de arrebóflavinosis ¹⁹. El trastorno comienza con áreas pálidas de las comisuras labiales, con hiperqueratosis epidérmicas e infiltrado inflamatorio dérmico de las comisuras bucales agrietadas, maceradas hemorrágicas e inflamadas¹⁹. También produce queilosis angular muy similar al déficit de **vitamina B2**, el **déficit de piridoxina o vitamina B6 y la vitamina B12** ^{19, 23 y 29}. Se le considera a la estomatitis angular indicativo típico de **anemia**, la anemia y la Cándida están frecuentemente asociadas, en los casos de anemia por déficit de hierro los pacientes presentan una piel pálida, este signo es más obvio en la conjuntiva y en la mucosa bucal, sus manifestaciones bucales son comunes y muchos pacientes se quejan de sensación de quemazón en la lengua, boca seca, Queilosis angular, y rara vez dificultad para tragar, no resulta infrecuente la infección por Cándida ya que en esta anemia ocurre un defecto de la inmunidad ¹⁹, el estafilococos áureo se encuentra asociado a la Cándida ¹⁹.Anemia es la reducción de hemoglobina por debajo de lo normal para la edad y el sexo del paciente. Esto puede deberse a la disminución en el número de eritrocitos o al contenido de hemoglobina o ambos. Los síntomas de anemia son similares, independientemente de la causa: fatiga, lasitud, cefalea, desmayos, dificultad respiratoria y palpitaciones. Algunos pacientes tienen síntomas específicos, como parestesia en manos y pies (deficiencia de vitamina B12) o dificultad para deglutir, debido a obstrucción esofágica por deficiencia de hierro. En pacientes mayores, la anemia grave puede precipitar insuficiencia cardíaca, angina de pecho, en particular en quienes padecen enfermedad cardíaca isquémica o hipertensiva. La reducción en la capacidad de transporte de oxígeno también puede precipitar síntomas de isquemia en otras partes del cuerpo, claudicación en las piernas e infarto transitorio. Aspectos especiales en los antecedentes de la

deficiencia de hierro son la edad (los niños desarrollan deficiencia nutricional verdadera), sexo (las mujeres de edad reproductivas son particularmente propensas), raza (la infestación por gusanos es una causa común entre los africanos), dieta (contribuyen las grandes cantidades de cereales, té y huevo o consumo reducido de carne y pescado), medicamentos (aspirina, esteroides y antirreumáticos pueden ocasionar pérdidas sanguíneas), La glositis y la queilosis pueden producir malestar antes que la anemia sea grave.

En el diabético las manifestaciones bucales no son específicas, hay una resistencia reducida a los traumas y la curación es deficiente. Están presentes con frecuencia la Queilosis angular y la enfermedad parodontal grave. La crecida susceptibilidad debida probablemente al elevado contenido de azúcar en los tejidos que a su vez facilitan el crecimiento de la Cándida, aunque algunos resultados no avalan esta teoría porque la proporción de posibilidades en cultivos de Cándida en sujetos diabéticos presenta poca diferencia con la población control ¹⁹.

En los pacientes alcohólicos²³ se presenta la Queilitis angular por Cándida Albicans²³, pues el alcohol deprime el sistema inmunológico y provoca disturbios en todos los ejes adrenales. En un estudio realizado a alcohólicos en un centro en Miniápolis se encontró que la Candidiasis en una complicación común del alcoholismo, a causa de la combinación del alto contenido de azúcares en el alcohol y la incapacidad de los alcohólicos para asimilar nutrientes.

La Queilitis angular se presenta también en la **enfermedad inmunoproliferativa del intestino delgado** junto con otros signos como son lengua depapilada de color rojo, disminución del vello axilar y pubiano, dedos en forma de palillos de tambor.¹⁹ **Los pacientes sometidos a tratamiento**

citotóxicos o inmunosupresores, sobre todo los que son de irradiación de cabeza y cuello, afecta la mucosa bucal y obstruye glándulas salivales grandes y pequeñas dando lugar a xerostomía facilitando la invasión por *Cándida Albicans* que puede presentarse en forma de *Queilitis angular*.

c) **DERMATOSIS PREVIAS**. La **dermatitis atópica** en la cara es una de las dermatosis que más se asocia a la presencia de la afección de los ángulos de la boca. Otra de las dermatosis importantes en este aspecto es la **dermatitis seborreica**.

d) **INFECCIOSAS** En varias publicaciones se menciona al **stafilococo dorado**¹⁹ como el germen más frecuentemente encontrado, a la **cándida albicans** como el segundo más importante y también se ha mencionado entre otros al **sestreptococo beta hemolítico**, y también se encontró el reporte de una *queilitis angular* provocada por **leishmania**¹⁹ aunque esta última es excepcional. La *estomatitis angular*¹⁹ es sin embargo un signo característico de la **Candidiasis** y es común a todas las múltiples variantes de la enfermedad¹⁹, puede ser bilateral y asienta en las comisuras bajo la forma de erosión epidérmica en abanico, la lesión del pliegue final del labio, es un ambiente de humedad propicio para la colonización de la *Cándida* y forma una membrana blanquecina,¹⁹ que al limpiarla con una gasa deja un fondo nacarado y brillante, es muy rebelde y sujeta a recidivas incesantes¹⁹, involucra el fisuramiento y ruptura de los ángulos de la boca¹⁹, es frecuente y se observa en niños, diabéticos, etílicos cirróticos, en personas con pérdida de dimensión vertical y en pacientes con carencia de vitaminas del complejo B. En un alto porcentaje de los casos provocados por candidiasis, el hongo se encuentra por debajo de las dentaduras postizas lo cual hace crónica la presencia de estos microorganismos, provocando un alto índice de recidivas. En la **infección por VIH**, la *Queilitis angular* con *Candidiasis*, es una manifestación de la enfermedad que se presenta en uno de cada 10

pacientes con VIH, ¹⁹ donde la Cándida se presenta sola o asociada al estafilococo aureus. Se presentan otros signos como sensibilidad leve, ardor o ambas cosas, algunas veces en conjunto con xerostomía.

e) DE CONTACTO

Queilosis del lápiz de labios, aparece bruscamente después de una o más aplicaciones de un agente, se inicia una reacción inflamatoria en el labio por mecanismos de hipersensibilidad. La exposición adicional al agente sensibilizante en concentraciones suficientes conduce dentro de un plazo de 24 a 48 horas una reacción clínica o eritematosa ¹⁹. Se inicia con sensación de sequedad o quemazón en los labios con eritema. Esta Queilitis puede infectarse secundariamente con estreptococo siendo el edema más intenso formándose fisuras en los labios y en la comisura, acompañados de adenopatías submaxilares o submentonianas. Su etiología se le adjudica a colorantes (eosina, eritrosina), perfumes, excipientes (cuerpos grasos, cera blanca, manteca de cacao).

Queilosis por pasta dentrífica presenta las mismas características que la Queilitis anterior y se le atribuye a sustancias como hexilresorinol, solución de formaldehído, timol, etc., también puede aparecer con enjuagues o coluturios.

Queilitis alimentaria se presenta después de la ingestión de ciertos alimentos o bebidas (alcoholes, especias, berros, higos frescos, etc.). También éstas sustancias pueden estar contenidas en los alimentos como preservadores. En estas Queilosis para su diagnóstico debemos cumplir los siguientes criterios ¹⁹.

- 1- La Queilosis debe tener características clínicas consistentes con la alergia de contacto.

- 2- Los cambios deben resolverse rápidamente al retirarse el alérgeno.
- 3- Al renovarse el contacto con el alérgeno los signos de la reacción reaparecerán en pocas horas ¹⁹.

f) **OTRAS CAUSAS** algunos de los que se saben son la irritación causada por humedecimiento con la lengua sobre las comisuras bucales (hipersalivación) como en el síndrome de Down, a los materiales dentales, los cosméticos. Los **medicamentos** también pueden contribuir negativamente por algunos de sus efectos secundarios produciendo alteraciones en la digestión, en la absorción, en el apetito, en el flujo salival, el gusto y el olfato, etc.; los **antiácidos** impiden la absorción de las vitaminas B1, B12, el ácido fólico, el hierro, el calcio y el fósforo¹⁹; los **antibióticos** que modifican la flora microbiana predominante; el uso del hilo dental; fistulas congénitas en los ángulos de la boca además de una asociación con la queilitis facticia.

SINTOMATOLOGÍA

Las lesiones siguen una evolución peculiar que comienza con la palidez de los labios, particularmente en los ángulos, respetando temporalmente las zonas húmedas de la mucosa bucal vecina. La palidez continua durante algunos días y sigue después la maceración y la descamación blanquecinas sobre un fondo rosado. Las fisuras superficiales invaden después los pliegues naturales de las comisuras de la boca, las fisuras son solitarias o múltiples y ocurren habitualmente en los dos lados. Después pueden secarse las lesiones maceradas y se forma de este modo una costra amarillenta en los ángulos, que se cae sin dar sangrado.

Conforme progresa la enfermedad, las lesiones en los ángulos profundizan y se extienden a lo largo del borde rojo hacia la mejilla, hasta una distancia de más de 10 mm., y hacia la mucosa bucal por 1 ó 3 mm. Las comisuras

constantemente irritadas, se desnudan y aparecen como zonas sangrantes, costrosas y escamosas. En algunos casos las comisuras bucales son muy dolorosas en la etapa aguda, y permanecen así durante toda la evolución del padecimiento, pero en general, las lesiones son bien toleradas por el enfermo. Cuando recurren, muchas veces son más profundas, y dejan cicatrices que imparten aspecto atrófico a la zona afectada.

Para la Queilosis Angular en muchos de los enfermos, actúan juntos los factores mecánicos y dietéticos, lo que vuelve a los caracteres diferenciales de valor clínico dudoso.

TRATAMIENTO

Como la Queilosis obedece a causas múltiples, el tratamiento es en ocasiones complejo, y consiste principalmente en encontrar la causa del problema, y por ende dar el tratamiento indicado, lo cual en estos casos muchas veces es difícil, pero con mayor frecuencia se utiliza el tratamiento local²³. Se ha mencionado en forma muy general que la asociación de un esteroide, antibiótico y antimicótico pueden dar buen resultado. En una publicación reciente¹⁹ se muestran los diferentes porcentajes de efectividad de varios medicamentos en la queilitis angular a la **penicilina** fue sensible el 24% de los paciente, 74% a la **tetraciclina**, 93 % al **ácido fusídico**, 96% a la **eritromocina**. En ocasiones puede requerirse valoración y tratamiento **psicológico** en los casos de asociación con queilitis facticia. La recurrencia es la regla en caso de no resolverse el problema etiológico. Pueden emplearse tanto la **nistatina** como la **anfotericina B**, que se encuentran disponibles en forma de colutorios o tabletas para disolver en la boca, y suelen aplicarse 4/d. Si el paciente usa prótesis dentarias, debe enjuagarlas con suspensión de nistatina, puesto que siempre son contaminadas por *Candida albicans*. La crema de **miconazol** al 2% o de nistatina, aplicada 3/d durante 7 d, suele proporcionar una mejoría local rápida.

- Queilosis microbiana: se plantea en estos casos la utilización de antisépticos (crema Dalibour) y antibióticos locales como **Neomicina** y **Aureomicina**²³.

- Queilosis por contacto: detectar el elemento causal (sustancia química) es difícil en ocasiones, pero la primera medida es **supresión del cuerpo nocivo**, antihistamínicos en caso de que lo requiera, aplicación de linimentos **oleocalcáreos** o cold cream y/o crema de **Ictiol**²³.

- Queilosis angular por otras causas: el tratamiento consiste en antisépticos alcalinizantes, si hay **Candidiasis** se utilizan antifúngicos locales y en dependencia de la etiología se puede administrar **hierro, vitaminas**, según al caso, previa comprobación e indicación médica. Puede realizarse control de factores predisponentes y rehabilitación práctica con el restablecimiento de la **dimensión vertical** oclusiva.

Agentes tópicos: los agentes tópicos incluyen nistatina en tabletas para chupar (1 ó 2 pastillas disueltas en la boca 4 ó 5 veces al día. Clotrimazol oral y nistatina suspensión oral, su alto contenido de azúcar, y el corto tiempo de contacto con la mucosa oral lo hace menos efectivo²³.

Crema o ungüento de Nistatina, Clotrimazol, Ketoconazol, una de ellas 3 ó 4 veces al día durante 5 días²³.

En los pacientes con VIH cuando las lesiones recidivan pueden ser tratados con Ketoconazol oral (entre 200 y 400 mg al día)²³.

Otros medicamentos utilizados son **Straconazol** y **Flucanól** en dosis 200 mg/día los que permiten un rápido alivio de los síntomas²³.

- Soluciones orales de Anfotericina B en concentración de 0,1 mg/ml enjuagatorios 3 ó 4 veces al día.
- Buches alcalinos: agua bicarbonatada
- Gluconato de clorexidina al 0,2 %²³.

A los pacientes que utilizan rehabilitaciones protésicas, se les aconseja combinar los enjuagatorios y lavado de la prótesis con solución de gluconato de clorexidina, con la aplicación en la lesión de cremas. Pueden realizar también enjuagatorios con hipoclorito de sodio, o también agua bicarbonatada²³

Láser: En el tratamiento de la Queilitis angular, se ha establecido la utilización de láser terapia, con el equipo Lasermed 101 MD de baja potencia, utilizando el efecto regenerativo o biomodulador y antiinflamatorio, que consisten en la reparación hística por el incremento de la multiplicación celular.

La producción de sustancia colágena, activa la fosfatasa alcalina y el endotelio vascular, e induce la revitalización de células a partir de las células epiteliales adyacentes a la lesión.

También el efecto antiinflamatorio, que tiene una acción normalizadora sobre la microcirculación, con incremento del riego sanguíneo, oxígeno y elementos celulares de defensa del tejido afectado.

La utilización de láser terapia, ha sido con los parámetros antiinflamatorios y regenerativos, por lo que este tratamiento se realiza con la presencia de otros tratamientos en dependencia del origen de la Queilosis, como son por ejemplo, antifúngicos, antianémicos, rehabilitaciones protésicas, etc.

Dosificación:

Equipo Lasermed 101 MD (24)

Potencia: 0,8 mw

Tiempo: 30seg.

Sesiones: 3 – 5 frecuencia diaria

Técnica de irradiación:

Puntual local: circuncubriendo la lesión

Láser puntura: IG4, E 36, B6²³

Se dispone en general de las siguientes alternativas terapéuticas:

1. Control de factores predisponentes.
2. Colutorios.
3. Antimicóticos específicos tópicos **y/o** sistémicos en uso tópico:
 - Derivados poliénicos: Nistatina, Anfotericina B.
 - Derivados imidazólicos: **Miconazol**, Ketoconazol, Clotrimazol, Econazol.
 - Derivados triazólicos: Fluconazol, Itraconazol.
4. Tratamiento sistémico: se utilizan los derivados imidazólicos y triazólicos, así como en casos muy excepcionales la Anfotericina B.²¹.

El primer apartado consistirá en extremar la higiene y controlar los factores locales y sistémicos antes mencionados. Las prótesis dentales se pueden colocar en una solución de hipoclorito sódico diluido (5-10 %) durante la noche después de haberlas cepillado enérgicamente con detergente. Si presentan depósitos calcáreos se pueden dejar unas horas en ácido acético diluido²¹.

Si la causa detectada es local, se deberán eliminar estos factores (pérdida de la dimensión vertical, suspensión de antibioticoterapia, si es posible; adaptación de prótesis, etc.)²¹ Para el control de cualquier alteración sistémica es imprescindible la derivación a un médico²¹.

Los buches alcalinos (agua bicarbonatada, etc.) mejoran los cuadros leves. También se puede usar hidróxido de magnesio y gluconato de clorhexidina al 0,2 %, la violeta de genciana en solución acuosa al 0,5- 1 % o en pincelaciones del 1 al 5 % al igual que el azul de metileno²¹, con el inconveniente de que estos últimos manchan antiestéticamente los tejidos bucales.

ANTIMICÓTICOS

- **Derivados poliénicos:**

a) **Nistatina:** se puede emplear en suspensión, comprimidos ginecológicos, pomadas o grageas masticables. Es fungicida y se absorbe poco por vía digestiva. Actúa básicamente por contacto directo prolongado.

Se emplea de 4 a 6 veces al día, y se debe mantener la aplicación hasta una semana después de desaparecer las lesiones. No está contraindicada ni en las embarazadas ni en los lactantes.

Es importante tener en cuenta que las formas de presentación llevan lactosa y abundante azúcar y que tiene poca absorción sistémica. Así pues, es el fármaco de primera elección prácticamente en todos los casos.²¹

b) **Anfotericina B:** es básicamente de uso endovenoso, pero se puede utilizar el preparado endovenoso en forma de colutorio. Tiene varios

inconvenientes. Por un lado, la solución endovenosa para enjuagues es estable pocas horas después de prepararla y, por otro, la administración sistémica puede ocasionar daño en el riñón, sistema nervioso y médula ósea. Además, no se puede utilizar en mujeres embarazadas ni en niños, por lo tanto, es un medicamento de segundo orden.²¹

- **Derivados imidazólicos**

Se presentan en forma de gel, pomadas, suspensión o comprimidos. El de mejor acción local y también de buen uso sistémico es el ketoconazol. Este fármaco tiene una cierta hepatotoxicidad y necesita para su acción una buena secreción gástrica (no administrar anticolinérgicos, antiácidos o antagonistas H2). Hoy en día está superado por los compuestos triazólicos en el uso por vía sistémica²¹.

- **Derivados triazólicos**

Son fármacos potentes, pero caros. Un estudio reciente aboga por la utilidad de productos más clásicos y reservar los más nuevos para casos más comprometidos o pacientes inmunodeprimidos²¹.

Desde la introducción de los azoles orales, han aumentado las evidencias de la resistencia que desarrolla la *C. albicans* a ellos, particularmente al fluconazol. Por ello, para minimizar el riesgo de la resistencia, la terapia tópica debe ser considerada la primera línea de elección para el tratamiento de candidiasis bucal inicial o recurrente y no complicada. La terapia sistémica con los azoles debe ser reservada para los casos donde la terapia tópica no haya dado resultados o para los casos más severos de candidiasis oral que incluyan también al esófago²¹.

La solución oral de itraconazol es una terapia útil en el tratamiento de pacientes con SIDA y en los VIH (+) donde haya fallado la terapia con fluconazol²¹.

MEDICINA NATURAL Y TRADICIONAL

- 1- *Salvia de castilla crema*: acción antiinflamatoria, antifúngico. Aplicar 2-3 veces en el día en la región afectada.
- 2- *Manzanilla crema 1*: acción antiinflamatoria, antifúngico, antibacteriana. Aplicar 1-2 al día.
- 3- *Propóleo crema con base inerte*: acción antifúngico, cicatrizante antiinflamatorio. Aplicar 2 ó 3 veces al día²³.

También se puede utilizar la homeopatía como tratamiento: conocemos de casos tratados con éxito por esta terapéutica, pero creemos que los profesionales homeópatas son los únicos capacitados para emplear diluciones adecuadas en cada caso.

CAPÍTULO IV

RIBOFLAVINA (VITAMINA B2)

Los primeros trabajos sobre propiedades de las vitaminas en la levadura y otros alimentos demostraron que los factores antineuríticos se destruían por el excesivo calor, pero que un factor promotor del crecimiento no se perdía de ésta manera. Éste factor, la riboflavina, se aisló después de la porción resistente al calor. Se sintetizó en 1935²⁶.

PROPIEDADES

El grupo de vitaminas B tiene una función especial en relación con el sistema nervioso. La vitamina B2 participa en los procesos de respiración celular, desintoxicación hepática, desarrollo del embrión y mantenimiento de la envoltura de los nervios²⁰. También ayuda al crecimiento y la reproducción, y mejora el estado de la piel, las uñas y el cabello. La riboflavina es una sustancia cristalina amarilla. Es mucho menos soluble en agua y más resistente al calor que la tiamina. La vitamina es sensible a la luz solar; por ejemplo, si la leche se deja expuesta, puede perder cantidades considerables de riboflavina. La riboflavina actúa como coenzima comprometida en la oxidación tisular y se mide en miligramos²⁶.

Para actuar en forma activa desde el punto de vista metabólico, la riboflavina necesita convertirse en sus derivados fosforilados: flavinamononucleótido (FMN) y flavinadenin-Dinucleótido (FAD) Estas coenzimas son esenciales para³⁰:

- El sistema enzimático respiratorio
- La degradación oxidativa de ácidos grasos de cadenas cortas
- El transporte de oxígeno de los tejidos

- La oxidación y conversión de aminoácidos en alfa-cetoácidos
- La oxidación de las purinas
- El mantenimiento del epitelio y de las mucosas³⁰.

NECESIDADES EN LOS HUMANOS

La riboflavina se absorbe fácilmente en el intestino delgado, experimentando luego el proceso de fosforilación para posteriormente ser conducida al hígado donde es convertida en FAD. Los requerimientos diarios son de aproximadamente 1,6 mg diarios para el hombre y 1,3 mg/d para la mujer, aumentando este valor en caso de embarazo y lactancia³⁰.

Su excreción se produce por vía renal y en menor proporción por la bilis.

FUENTES ALIMENTARIAS

Las fuentes más ricas de riboflavina son la leche²² y sus productos no grasos, las hortalizas verdes, la carne²⁰ (sobre todo el hígado²⁶, el riñón y el corazón son los que poseen las mayores concentraciones de este elemento), el pescado²⁰ y alimentos ricos en proteínas en general, los huevos contienen cantidades útiles²⁶. Esta vitamina se encuentra por lo general en las capas externas de los granos de cereales. Sin embargo, las principales fuentes en la mayoría de las dietas asiáticas, africanas y latinoamericanas, que no incluyen muchos de los productos que se mencionaron antes, son por lo general granos, cereales y semillas. Como sucede con la tiamina, la cantidad de riboflavina se reduce mucho con la molienda²⁸. Los alimentos ricos en almidón, como yuca, plátanos, ñame y batatas son fuentes pobres²⁶.

CARENCIA

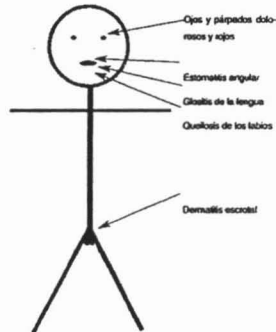
En general la arriboflavinosis se presenta asociada con carencias de otras vitaminas del grupo B²⁵. Su carencia se manifiesta como lesiones en la piel, dermatitis seborreica²⁴ y ²⁵, acné, lesiones de las mucosas²⁰ y ²⁷, grietas²⁸

dolorosas en los labios (queilosis), en las esquinas de la boca (queilosis angular)²⁶, glositis, retraso mental, alteraciones hematológicas (anemia microcítica normocrómica), lesiones oculares (ardor, fotofobia²², opacidad corneal, cataratas preseniles)³⁰, vascularización de la córnea y dermatitis escrotal²⁴.

Al conjunto de síntomas se le llama arriboflavinosis.

Esta carencia es común en muchos países pero no provoca una enfermedad que amenace la vida²⁶ o produzca una seria morbilidad²⁸.

Características de la carencia de riboflavina (arriboflavinosis)²⁸



LA ARRIBOFLAVINOSIS PUEDE TENER ORIGEN EN DISTINTAS SITUACIONES:

Por ingesta inadecuada Se observa en países orientales y en aquellos que persisten en dietas absurdamente inadecuadas con el objeto de mejorar su silueta³⁰.

Alcoholismo crónico Da lugar a una disminución de la absorción y de su biodisponibilidad³⁰.

Secundaria a la ingesta de medicamentos Tales como cloropromacina, amitriptilina, y ciertas **drogas anticancerígenas** que alteran el metabolismo de la proteína.

Sepsis, politraumatizados y pacientes en diálisis (Por aumento de la excreción)

Hipotiroidismo, Diabetes, Beta talasemia.

Fototerapia Utilizada para el control de la hiperbilirrubinemia neonatal, fenómeno que causa la destrucción de la riboflavina³⁰.

Suelen ser deficitarios Los bebedores o fumadores crónicos y las personas que siguen una dieta vegetariana estricta y no toman suplementos de levadura de cerveza o germen de trigo²⁰, personas que toman una alimentación exenta de proteínas. Los pacientes en tratamiento de hemodiálisis deben recibir cantidades suplementarias de vitaminas del complejo B.

PRUEBAS DE LABORATORIO Un adulto normal excreta en 24 horas 120 microgramos de vitamina B2 por día. Cuando la excreción es inferior a 40 microgramos de riboflavina por gramo de creatinina, se puede afirmar que existe un estado cierto de deficiencia³⁰.

TRATAMIENTO

El déficit clínico se trata con 10 a 15 mg. de riboflavina por día, vía oral. La vía endovenosa se utiliza cuando existen problemas intestinales que dificultan su absorción³⁰.

No han sido descritos casos de toxicidad por efectos de sobredosis de riboflavina³⁰.

El tratamiento consiste en altas dosis orales de riboflavina por unos cuantos días, seguidas de dosis más bajas que se pueden necesitar durante un período prolongado, excepto si se consume una dieta rica en riboflavina. Una dosis de 10 mg de riboflavina dos veces al día durante una semana, seguida por 4 mg diarios por varias semanas es la dosis recomendada. El consumo dietético de aproximadamente 1 a 1,5 mg por día será protector²⁸.

RIBOFLAVINA (vitamina B2) Tableta 5 mg.

Indicaciones: prevención y tratamiento de la deficiencia de riboflavina.

Contraindicaciones: hipersensibilidad conocida a riboflavina.

Precauciones:

- Embarazo y lactancia materna: los estudios realizados no han demostrado problemas en dosis terapéuticas.
- Categoría de riesgo: C.
- En niños y adulto mayor: los estudios realizados no han demostrado problemas.
- Insuficiencia renal.

Reacciones adversas: las dosis elevadas pueden producir un color amarillo en la orina.

Interacciones:

- alcohol: inhibe la absorción de riboflavina.
- Antidepresivos tricíclicos, fenotiazinas y probenecid: pueden incrementar requerimientos de riboflavina.

Posología: recomendaciones diarias de riboflavina.

- Niños: de 0 a 3 años, 0,4 a 0,8 mg; de 4 a 6 años, 1,1 mg; de 7 a 10 años, 1,2 mg.
- Mujeres: de 1,2 a 1,3 mg.

-Hombres: de 1,4 a 1,8 mg.

-Gestantes: 1,6 mg.

-Madres lactantes: 1,7 a 1,8 mg.

La dosis por vía oral debe ser individualizada de acuerdo con la severidad de la deficiencia.

Prevención de la deficiencia: dosis: 2,5 mg/d, durante la 2da mitad del embarazo y 3 mg/d, durante la lactancia. Las dosis varían de 2 a 10 mg/d, según la severidad del caso.

El proceso a sido eliminado en diversas regiones mediante la adopción de acertados programas dietéticos, en especial el enriquecimiento del pan y la harina con B1,B2 y niacina⁹.

DIAGNÓNTICO DIFERENCIAL

Anemia por déficit de hierro

Deficiencia de niacina

Disfagia sideropénica

Eccema por mojamiento de labios

Carcinoma de labio

Síndrome de Sjörger

Herpes labial

Micosis por candida albicans

Ulceración comisural causada por el espejo en la consulta dental

Leucoplasia comisural precancerosa

CAPÍTULO V

SENSIBILIZACIÓN HACIA EL PACIENTE ADULTO MAYOR

Pocas profesiones permanecen estáticas ante los avances del siglo XXI. En el ramo de la medicina, los practicantes deben actualizarse y renovar continuamente sus conocimientos, reunirse e intercambiar información a través de revistas publicadas y de otras formas. Compartir información, debería ser regla general para todas las profesiones, puesto que es necesario vivir en un permanente proceso de educación, para ser capaces de desempeñarnos en nuestra profesión, en todas las áreas y en todos los niveles.

Los odontólogos necesitamos tener una percepción exacta sobre cómo el adulto mayor se siente acerca de sus dientes y en general de su cavidad bucal y del impacto (valor) que esto tiene en su vida diaria, en los aspectos fisiológicos, sociales, psicológicos y en su calidad general de vida, con el fin de mejorar las estrategias usadas en el trabajo con esta población.

La prestación de servicios odontológicos a los adultos mayores, no sólo es una aplicación de la odontología general, ésta debe darse con base en principios científicos que partan del conocimiento, entendimiento y manejo del proceso de envejecimiento del individuo y de su cavidad bucal. Por esto tenemos la necesidad de continuar actualizándonos e introducirnos en el ramo de la odontogeriatría en todas sus facetas.

También hemos encontrado en nuestro trabajo que uno de los padecimientos más comunes en los adultos mayores es la desnutrición. Una buena nutrición es muy importante a cualquier edad pero mucho más en la senectud, en

donde se calcula que entre el 33 y el 50% de los problemas de salud se relacionan con ella.

Los problemas bucales u odontológicos, son de los más importantes en este aspecto, pues hacen que los ancianos comiencen a seleccionar sus alimentos, eligiendo los más blandos, los que no siempre son los más nutritivos. Además de estos problemas, existen a esta edad, una enorme cantidad de factores que contribuyen a empeorar esta situación, como la depresión, vivir solos, problemas económicos y familiares, duelos, medicamentos que producen anorexia, enfermedades sistémicas, etc.

Todo esto repercute en gran forma en la salud del anciano, ya que además, las características propias del envejecimiento no les permiten asimilar los alimentos en la misma forma que cuando eran jóvenes.

Como consecuencia de lo anteriormente mencionado, se crea un círculo vicioso que hace que la mala nutrición incida sobre los problemas sistémicos y bucales de los adultos mayores, y al tener una relación directa con la función de las células, acelera el envejecimiento.

Por eso es fundamental, que los profesionales que están en contacto con ancianos, no sólo conozcan estos factores, sino que además incluyan en la historia clínica un breve cuestionario sobre la alimentación de sus pacientes, e insistan en lo posible, en mejorar su alimentación.

Valorar, mantener y mejorar el estado de nutrición de los adultos mayores es todo un desafío, ya que todos los valores culturales: hábitos, gustos y costumbres alimentarias que estas personas, han aprendido a lo largo de su vida, si bien, no siempre son correctas técnicamente hablando, son las que

estos individuos han utilizado y en muchos casos forman una parte importante de su vida y personalidad.

Cuando el adulto mayor se enferma, pide una remedio, tal vez por la magia que encierra la cápsula o la inyección, pero es muy raro que pida y menos aún que cumpla el régimen prescrito por el médico.

Muchos piensan que en esas etapas de la vida, cuando ya las ilusiones se esfuman y los seres queridos parten, uno de los pocos placeres mundanos permitidos es una buena mesa.

En otros, la soledad, las enfermedades, el aislamiento, la pobreza, la institucionalización y la marginalidad los convierte en meros autómatas, sin posibilidades de pensar o de actuar por sus propios medios.

Evitar la malnutrición de los ancianos, tanto en más (obesidad y enfermedades asociadas) como en menos (desnutrición), es un problema actual que nos compete como odontólogos para mejorar la calidad de vida, de una creciente franja de población y para prevenir, desde el punto de vista sanitario, la aparición de un buen número de enfermedades, que provocan un gran costo socioeconómico y que menoscaban los últimos años de la vida de muchos seres humanos.

Después de una comida opípara, el excedente se deposita en forma de grasa. Se aconseja que el volumen de las comidas sea moderado, particularmente la cena, y tener en cuenta que los alimentos hervidos o cocinados al horno y con bajo contenido graso, son digeridos fácilmente; por esta razón las frituras deben espaciarse o evitarse, y no volver a usar el aceite a menos que sea de oliva, ya que éste no se degrada al calentarse formando acroleína.

Si se desea rebajar de peso se puede utilizar este método con una disminución calórica lenta.

Las recomendaciones nutricionales han variado mucho a través de los años. Todavía hay mucha gente que sigue con el viejo esquema de los cuatro grupos de alimentos, carnes, lácteos, frutas, verduras y cereales.

En la actualidad se consideran alimentos fundamentales, a los cereales integrales en primer lugar, seguidos de cerca por las frutas y las verduras. Las carnes y los lácteos pasaron a ser más bien un complemento, son importantes, pero en cantidades menores que las que se recomendaban antes, los jugos exprimidos se deben consumir inmediatamente.

Los líquidos deben aumentarse en forma moderada; además, es muy recomendable el uso mesurado de bebidas alcohólicas, como el vino, condimentos suaves e infusiones, que contribuyen a realzar el placer de comer.

Así pues, al interesarse por la nutrición del adulto mayor, nos estamos interesando en su calidad de vida.

La palabra calidad, se deriva de cualidad, que significa cada una de las circunstancias o caracteres que hacen de una persona o cosa superior y excelente. Distinguen a las personas o cosas.

Según el diccionario enciclopédico ilustrado, vida significa: "Fuerza interna substancial en virtud de la cual obra el ser que la posee. Conducta o método de vivir con respecto a las acciones de los seres humanos".

La calidad de vida es un concepto que va mas allá de lo físico pues implica valores y actitudes mentales. Su búsqueda es una constante en la vida del hombre desde el comienzo de los tiempos. Poetas y filósofos han intentado definir, explicar y analizar lo que verdaderamente hace feliz al hombre.

Porque el sentido de la felicidad no solamente se diferencia en cada persona, sino que se vuelve diferente en cada etapa y hasta en cada momento de la vida de esa misma persona. Un juguete, viajes, amor, juventud eterna, dinero, etc. el hombre ha perseguido a lo largo de la historia esta plenitud a la que llaman felicidad. Pero ésta es sólo un instante fugaz que a veces, justifica nuestra propia existencia. Sin embargo, la calidad de vida es muy semejante a la felicidad y mucho más duradera, cuyo logro depende de cada uno, y en nuestras manos está de forma relativa, que nuestros adultos mayores logren alcanzar una buena calidad de vida.

La calidad de vida es un estado positivo desde todos los puntos de vista. Es estar en la plenitud, es poder funcionar ciento por ciento. Físicamente, significa encontrarse en buenas condiciones, fuerte, resistente a las enfermedades o poder sobreponerse rápidamente a ellas. Desde el punto de vista psíquico, es poder disfrutar, hacerse cargo de las responsabilidades, combatir la tensión nerviosa y el estrés. Desde el punto de vista emocional, es estar en paz. La persona que mantiene su calidad de vida, es una persona que se siente bien, vigorosa, entusiasmada, con la sonrisa propia del que se siente bien en todas sus dimensiones.

Con todo, el individuo que sufre su enfermedad, al reconocer que existe un estado superior, está mucho mejor que aquel que se ha resignado. En efecto, esa persona preocupada está mínimamente consciente de sus propios deseos de superación, lo cual la pone en el camino hacia la auto realización. Lo que le falta, es reconocer sus carencias básicas, satisfacerlas

y alcanzar sus valores perdidos. Al estar en contacto con estos pacientes en el consultorio, podemos inyectar con nuestro trato amable esa fuerza de vida que desafortunadamente muchos han perdido.

Para poder hacer esto con nuestros pacientes, debemos desarrollarnos nosotros primero con calidad humana, realizarnos como personas, alcanzar nuestras metas y vivir plenamente sin egoísmo ni distinciones, formar lazos fuertes con nuestra familia y principalmente con la que decidamos formar nosotros mismos, pues tal vez, en unos años, cuando nuestros hijos sean adultos y nosotros viejos, ellos sin pesar y con agrado se ocuparán de nosotros, si alguna vez lo necesitamos, vigilando que tengamos una buena calidad de vida.

Albert Einstein solía afirmar:

"Considero criticable tratar al individuo como una herramienta inerte. La escuela debe plantearse siempre como objetivo el que el joven salga de ella con una personalidad armónica y no como un especialista...Lo primero debería ser, siempre, desarrollar la capacidad general para el pensamiento y el juicio independientes y no la adquisición de pensamientos especializados".

A modo de conclusión, convendría recordar una sabia historia de autor anónimo que nos ilustra con claridad este tema:

Cuando era joven y libre
y mi imaginación no tenía límites...
...Soñaba con cambiar el mundo
Cuando maduré y me volví más sabio,
descubrí que el mundo
no cambiaría,
así que moderé mis aspiraciones

y decidí cambiar únicamente a mi país.
Pero también descubrí que mi país no cambiaría.
Al llegar a mi vejez.
en un último intento desesperado
Resolví cambiar únicamente a mi familia y mi trabajo
Pero ellos nunca lo permitieron
Y ahora, al final de mi vida,
¡De pronto me doy cuenta!
Si tan sólo
me hubiera cambiado primero a mí mismo...

Entonces con mi ejemplo

habría cambiado a mi familia y mi trabajo
Con su inspiración y aliento,
habría podido mejorar a mi país...
Y quien sabe,
quizá podría haber cambiado
¡incluso el mundo!

Y ese es un alto ideal: Que cada persona deje su huella en este mundo,
amando lo que es, para ser lo que ama; amando lo que hace, para hacer lo
que ama y amando lo que tiene para tener lo que ama y que hace, para
hacer lo que ama.

CONCLUSIONES

- 1 Los términos más utilizados en nuestra revisión para referirse a la afección por agrietamiento comisural fueron: Queilosis, Queilitis, Queilitis angular y estomatitis angular.
- 2 Los términos Queilosis y Queilitis cuando se refieran a la afección comisural, deberán estar siempre acompañados inmediatamente de la palabra angular o comisural.
- 3 La Queilosis angular, puede constituir una manifestación (signo) o aviso de algunas enfermedades generales.
- 4 En la mayoría de los casos, la Queilosis angular se presenta asociada a la *Cándida Albicans*, y son causa de una afección sistémica, por lo tanto, no se tratara como una entidad aislada.
- 5 La queilosis angular es de gran importancia en el adulto mayor, pues muy seguramente, está asociada a una desnutrición, la molestia que le causa al paciente, puede llevarlo a una desnutrición más marcada y complicarse aún más este padecimiento.
- 6 Debemos tener siempre en cuenta, que la principal causa de la Queilosis angular es la arriboflavinosis, y que esta última seguramente está dada por una mal nutrición.
- 7 Al rehabilitar a nuestros pacientes adultos mayores, (y no sólo a ellos sino a todos los pacientes) debemos cuidar, de proporcionar una correcta dimensión vertical, pues de ésta dependerá en mucho la nutrición del paciente.

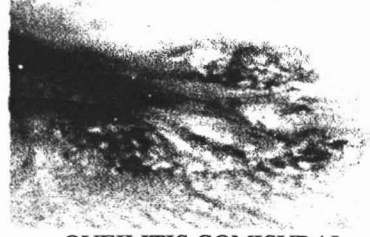
8 Debemos estar capacitados para discernir entre una Queilosis angular y algún otro padecimiento que ponga en riesgo a nuestro paciente, como por ejemplo, la leucoplasia.

9 La Queilosis angular, es una afección, que nunca debe tomarse a la ligera, pues nos puede alertar de la presencia de enfermedades en sus etapas iniciales, y así, iniciar el tratamiento o tratamientos correctivos indicados según el tipo de afecciones.

ANEXOS



CARCINOMA DE LABIO



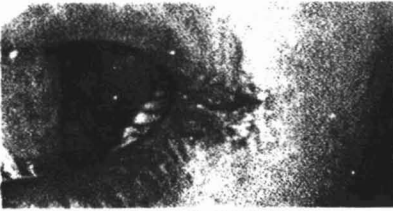
QUEILITIS COMISURAL,
RÁGADES



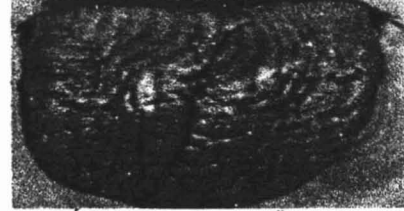
QUEILITIS EXFOLIATIVA



SINDROME DE SJÖRGEN



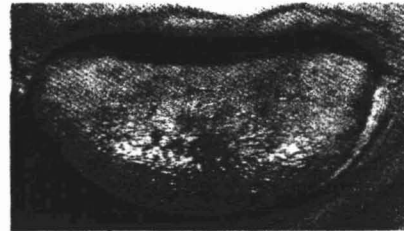
QUEILOSIS ANGULAR



SINDROME DE SJÖRGEN

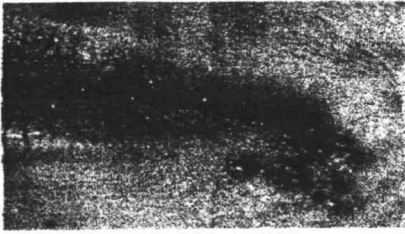


LEUCOPLASIA COMISURAL

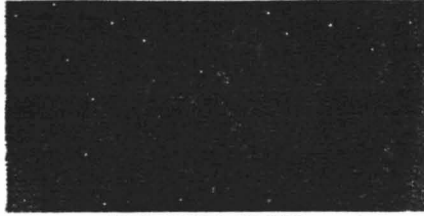


DÉFICIT DE NIACINA

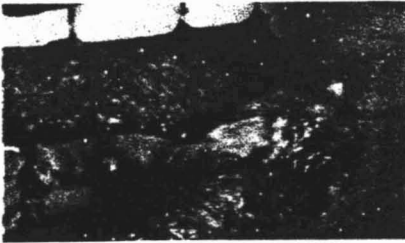
ANEXOS



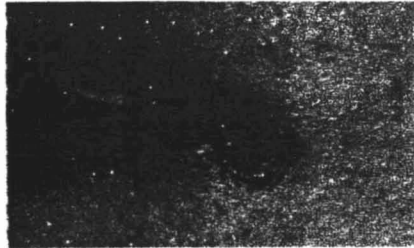
HERPES LABIAL



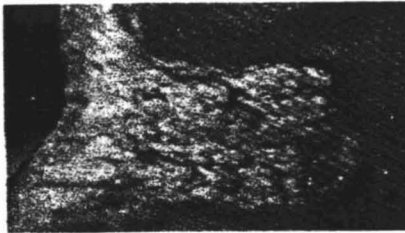
HERPES LABIAL



CARCINOMA DE LABIO



HERPES LABIAL



LEUCOPLASIA DE LA COMISURA
LABIAL



QUELOSIS POR LAMER LAS
COMISURAS



ÁNGULO INFECCIOSO
ESTREPTÓGENO

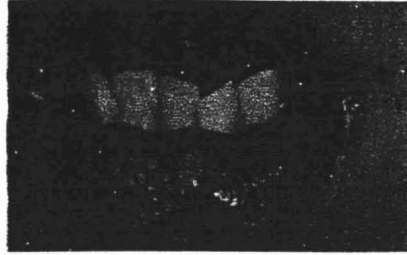


RAGADE DE UNA PACIENTE DE
65 AÑOS POR CAUSA DE LA
POSICIÓN DENTAL UNIDA

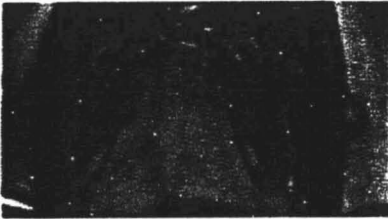
ANEXOS



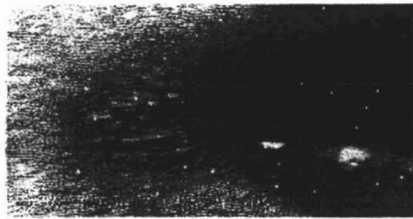
PACIENTE DE 69 AÑOS CON
COMISURAS
ENROLLADAS HACIA ADENTRO



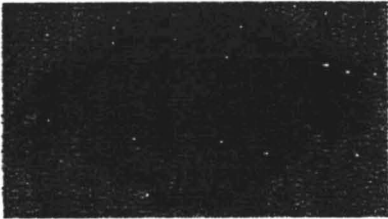
DERMATOSIS ERITEMATOSA
CON ERITEMA EXUDATIVO
MULTIFORME



MISMA PACIENTE ANTERIOR



MISMA PACIENTE ANTERIOR



MICOSIS INTERLABIAL POR
CANDIDA ALBICANS CRÓNICO
ATROFICA



ANGULO INFECCIOSO A CAUSA
DE UNA DIABETES SENIL

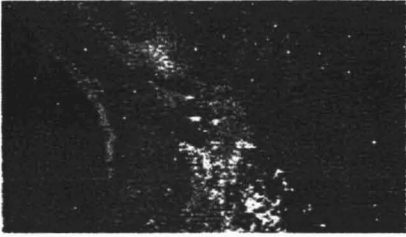


MICOSIS POR CANDIDA
ALBICANS FORMA CRÓNICA
HIPERPLASICA

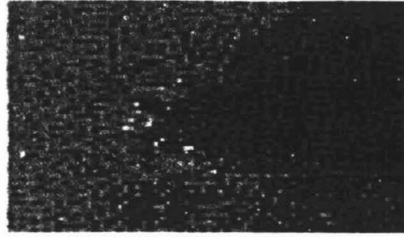


RAGADES POR PERDIDA DE
DIMENSIÓN VERTICAL

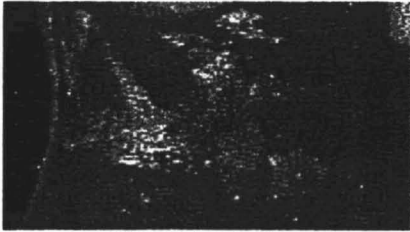
ANEXOS



CICATRICES PRONUNCIADAS
EN LA ZONA ANGULAR A
CAUSA DE UN PENFIGO
BENIGNO EN UNA PACIENTE DE
51 AÑOS



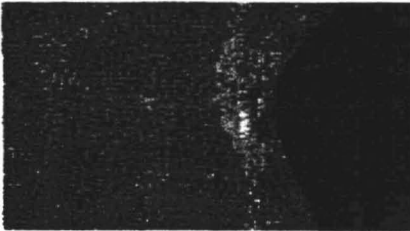
RAGADES DE LA COMISURA
LABIAL PERSISTENTE DESDE
HACE DOS AÑOS TRAS LA
ADAPACION DE UNA PRÓTESIS
NUEVA



LEUCOPLASIA SIMPLE



LIQUEN PLANO



LEUCOPLASIA PRECANCERISA



ALTERACIONES DE LAS
COMISURAS LABIALES SOBRE
LA BASE DE UN A LEUCOPLASIA
PRECANCEROSA EN LA
COMISURA LABIAL , EL
TERRENO INFLAMATORIO-
FISURADO DE LA LEUCOPLASIA
PRECANCEROSA ESTÁ
RECUBIERTO PARCIALMENTE
POR UNA INFECCIÓN DE
CANDIDA

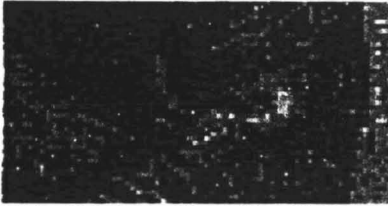
ANEXOS



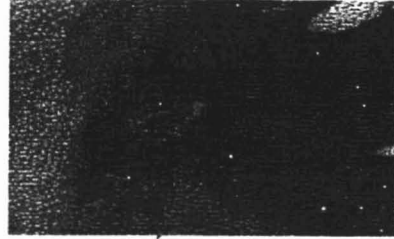
LEUCOPLASIA PRECANCEROSA
BILATERAL DE LA MUCOSA DE
LA MEJILLA EN UN PACIENTE
DE 49 AÑOS QUE ALCANZA
HASTA LA COMISURA LABIAL



ÁNGULO INFECCIOSO
CONDICIONADO POR
ESTREPTOCOCOS, PUEDE
EVOLUCIONAR A UN IMPETIGO
INFECTOCONTAGIOSO.



CARCINOMA QUERATINIZANTE
DEL EPITELIO LAMINADO DE LA
MUCOSA DE LA MEJILLA QUE
CRECE HACIA LA PIEL
EXTERIOR DE LA COMISURA
LABIA IZQUIERDA



ULCERACIÓN RAGADIFORME
POR PRESIÓN DE LA COMISURA
LABIAL, ORIGINADA POR EL
TIRÓN PROLONGADO DE L
ESPEJO DURANTE UN
TRATAMIENTO CONSERVADOR



MANIFESTACIÓN DE UNA
LEUSEMIA MIELOICA AGUDA EN
UNA PACIENTE DE 68 AÑOS

BIBLIOGRAFÍA

1. Farias, Martínez Guillermo. Química clínica. ed. Manual moderno. Méx. 1993. págs. 252-255.
2. Brees, Mark H., el Manual Merck de geriatría. Ed. Ediciones Doyma. Madrid, España. 1990.
3. Brees, Mark H., el Manual Merck. 10ª ed., Ed. Ediciones Harcourt. Madrid, España. 1999.
4. <http://www.odontologia-online.com/casos/part/LOR/LOR03/lor03.html>
5. Langarica Salazar Raquel. Geriología y Geriatría. Ed. Interamericana. México. 1985. págs. 1-16.
6. Benington Jaimes L. Diccionario enciclopédico del laboratorio clínico. Ed. Médica panamericana. USA. 1991. Traducida en Argentina. Pág. 1169.
7. Rubín Manuel. Patología. Ed. Médica panamericana. USA. 1988, México. 1990. 291 pp.
8. Anderson W. A. D. Anatomía patológica básica. Ed. de the C. U Mosby Company. Miami, Florida. Impreso en España. Ediciones Doyma S. A. 1980. 229 pp.
9. Boyd William. Tratado de patología. Ed. El ateneo. USA. 1991. Argentina. 1965. págs. 298 y 299.
10. Guyton Artur C. Tratado de fisiología médica. Ed. Interamericana. Mc Graw hill. España 1988. págs. 861-862.
11. Robbins Stanley L. Patología estructural y funcional. Ed. nueva editorial interamericana. USA. 1984. México 1987. Págs. 414-415.
12. Bayley J. T. Efermedades sistémicas en odontología. Ed. Editorial científica S.A. de C. V. 1984. Englan. México 1985. págs. 138-142.
13. Chandresoma Parakroma. Patología general. Ed. El manual moderno. S. A. de C. V. USA, 1995. México. 1998. 164 pp.
14. Sapp J. Philip. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Ed. Harcourt. USA, 1997. España 1998. PÁGS. 230-231.
15. Nicola Piero de. Geriatría. 1985. págs. 1-3, 143.
16. Velásquez Tomas. Anatomía patológica dental y bucal. ed. La prensa mexicana. México. 1966. págs. 322-323.
17. Navarro Beltrán Estanislao. Diccionario terminológico de ciencias médicas. 13ª ed. Ed. Masson S. A. Barcelona, España. 1992.

18. Regezi Joseph A. Patología bucal. ed. Interamericana Mc Graw hill. USA. 1989. México 1991.
19. Medina Bojorquez Armando. Tesis: Queilosis, diagnóstico diferencial e intento de clasificación. Clasificación 001-11 21 2- M1-1993- 1 M. Facultad de Medicina. Biblioteca Central UNAM.
20. http://www.biopsicologia.net/fichas/page_1034.html
21. http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol39_2_02/Est07202.htm
22. <http://www.red-dental.com/ot005001.htm>
23. <http://www.odontologia-online.com/casos/part/LOR/LOR03/lor03.html>
24. <http://www2.udec.cl/~ofem/remedica/VOL3/nutrir.htm>
25. http://www.fao.org/documents/show_cdr.asp?url_file=/DOCREP/006/W0073S/w0073s11.htm
26. http://www.fao.org/documents/show_cdr.asp?url_file=/DOCREP/006/W0073S/w0073s00.HTM
27. <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualCabezaCuello/Expresionenfermedades.html>
28. http://www.fao.org/documents/show_cdr.asp?url_file=/DOCREP/006/W0073S/w0073s11.htm
29. http://www.saludnutricion.com/scripts/salud.dll/alimentos_deficiencias_de_vitaminas_y_salud.htm
30. <http://www.infomedica.com.ar/info-medica/numero31/vitaminab2.htm>
31. Atlas de enfermedades de la mucosa oral J: J: Pindburg 5ª edición. Ed. Ediciones científicas y técnicas masson y salvat medicina. Copenhagen, Dinamarca, 1992. Barcelona, España, 1994.
32. Atlas de enfermedades orofaciales 2ª edición W. R. Tyldesley. Ed. Mosby- year book wolfe publishing españa. 1992 Trad. Germán Carlos Esparza Gómez.