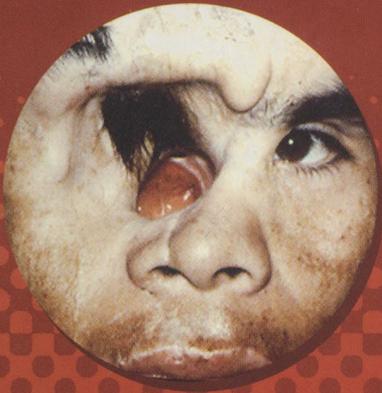


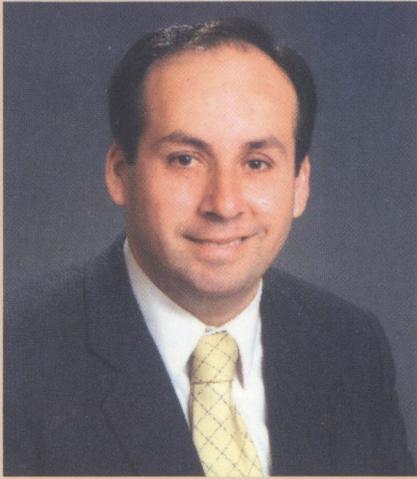


UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
Facultad de Ciencias de la Salud

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LAS ENFERMEDADES BUCALES



Mg. CD. Raúl Botetano Villafuerte



Mg. CD. Raúl Botetano Villafuerte.

CURRÍCULUM

Mg. CD. Raúl Botetano Villafuerte.

- Especialista en Cirugía Bucal y Máxilo Facial.
- Magíster en Docencia e Investigación en Estomatología.
- Doctorado en Salud Pública U.N.F.V.
- Estudios completos de Doctorado en Educación U.N.M.S.M.
- Egresado de la Facultad de Odontología - Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Docente responsable de Cirugía Estomatológica II y III. Escuela de Estomatología Universidad Alas Peruanas.
- Profesor Asociado - Facultad de Odontología, Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Autor del libro *Enfermedades Estomatológicas en la Costa, Centro y Sur del Antiguo Perú*.
- Autor del libro *Atlas de Cirugía Oral* - Editorial Ripano (España).
- Director de la revista *Tópicos Clínicos en Odontología*.
- Autor de 64 artículos científicos publicados en la especialidad.
- Posdecano del Colegio Odontológico de Lima

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LAS ENFERMEDADES BUCALES

Raúl Botetano Villafuerte



Título del Libro

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LAS ENFERMEDADES BUCALES

© **RAÚL BOTETANO VILLAFUERTE**

primera edición 2009

© **UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**

Av. Cayetano Heredia 1092 - Lima 11

Website: www.uap.edu.pe

E mail: webmaster@uap.edu.pe

Teléfono: 266 0196

Facultad de Ciencias de la Salud

Decano: Dr. Arítdoro Cáceres Velasquez

Paseo de la República 1773 La victoria, Lima, Perú

Teléfono: 2655022

E mail: a_caceres@uap.edu.pe

Fondo Editorial. Centro de Investigacion

Director: Jaime Deza Rivasplata

Av. Cuba 301 - Jesús María, Lima, Perú

Telefono: 471 0346 Anexo: 106

E mail: j_deza@uap.edu.pe

Hecho en depósito Legal de la Biblioteca Nacional

Nro. 2009-02184

ISBN: 978-9972-210-77-8

Impreso en el Perú

Impresión:

Talleres Gráficos de la Universidad Alas Peruanas Abril 2009. Lima, Perú



DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LAS ENFERMEDADES BUCALES

Raúl Botetano Villafuerte



UAP
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS



ÍNDICE

PARTE I: EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO.....	7
PARTE II: DIAGNÓSTICO CLÍNICO.....	17
CAPÍTULO I	
Diagnóstico y tratamiento clínico.....	19
Bases ontológicas de la odontología.....	21
Diagnóstico clínico.....	22
CAPÍTULO II	
Tipo de lesión elemental de la mucosa bucal.....	27
Lesiones planas.....	31
Lesiones deprimidas.....	37
Lesiones elevadas.....	45
CAPÍTULO III	
Características individuales de la lesión.....	65
CAPÍTULO IV	
Características de los grupos de lesiones.....	77
CAPÍTULO V	
Distribución de la patología	83
CAPÍTULO VI	
Naturaleza de la lesión o enfermedad	91
CAPÍTULO VII	
Diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	97
Reflexiones finales.....	99
PARTE III: ATLAS CLÍNICO DE ENFERMEDADES.....	101
BIBLIOGRAFÍA.....	128



A mi esposa Carmen Plasencia Campos,
fuente de amor y comprensión en mi vida.

A mis padres Juan y Nelly
por sus sabios consejos.

A mis hijas Gloria y Sandra
de quienes espero lo mejor.



PRÓLOGO

Es un privilegio que agradezco, el que se me haya pedido que escriba unas palabras introductorias a esta valiosa obra académica titulada: “**Diagnóstico Clínico de las Enfermedades Bucales**”, que el profesor y magister Raúl Botetano Villafuerte, generosamente ha depositado en manos.

Estoy seguro de la importancia de su contenido y reconozco el esfuerzo de ponerlo en circulación.

Mis sinceras felicitaciones al autor, a la universidad Alas Peruanas que ha facilitado la publicación su edición y a los alumnos a quienes se les facilita el aprendizaje de esta área del conocimiento.

Dr. Artidoro Cáceres Velásquez
Decano Facultad de Ciencias de la Salud
Director de la Escuela Académico Profesional de
Psicología Humana



PRESENTACIÓN

El doctor Raúl Botetano Villafuerte es profesor principal de cirugía estomatológica de la Escuela Académico Profesional de Estomatología de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Alas Peruanas. Desde 1993 viene brindando a los miembros de la orden y estudiantes de estomatología, una serie de valiosas publicaciones que indudablemente contribuyen a la actualización y al aprendizaje en nuestro campo profesional.

Hoy nos brinda un libro titulado *Diagnóstico Clínico de las Enfermedades Bucales*.

Poniendo en juego sus vastos conocimientos académicos a los que aúna sus habilidades didácticas. Nos presenta este libro cuyos contenidos parten del Examen Clínico Estomatológico y el Diagnóstico Clínico de las diversas lesiones que afectan la cavidad bucal y brinda sus características, naturaleza de las lesiones y el Diagnóstico Diferencial entre ellas. A través de innumerables fotografías, nos presenta casos clínicos que permiten visualizar las características propias, facilitando la percepción y fijación de conocimientos.

Estamos seguros que este libro contribuirá a elevar el nivel académico tanto de los estudiantes de estomatología como de nuestros colegas odontólogos. Gracias por esta obra doctor Botetano.

Dr. Víctor Pizarro Serván
Director de la Escuela Académico Profesional de Estomatología
Facultad de Ciencias de la Salud



INTRODUCCIÓN

Los pacientes y sus enfermedades son un reto permanente dentro de la práctica clínica en odontología. Abordar su diagnóstico y manejo desde un enfoque académico tampoco es una tarea fácil de realizar.

Hay que tener en cuenta que no existe un criterio ni metodología única; es más, la bibliografía abunda en términos y clasificaciones que poco ilustran la relación entre el hallazgo clínico y el diagnóstico diferencial de las distintas entidades nosológicas.

Este manual, presentado con un estilo académico y práctico, intenta establecer una relación dinámica entre el empleo de los fundamentos semiológicos y el diagnóstico de las enfermedades de la mucosa bucal.

A pesar del desarrollo científico y tecnológico alcanzado por el hombre, el examen clínico continúa siendo el elemento valorativo más importante en las ciencias médicas. Es así, en los últimos años la medicina basada en evidencias ha postergado los estudios de laboratorio *in vitro* y ha puesto límite a los resultados obtenidos en investigaciones en modelos con animales, por lo que es imperativo refrescar en nuestra memoria algunos principios del diagnóstico.

La cavidad bucal y su contenido no son ajenos a estos cambios en la visión de la investigación clínica actual, motivo que justifica este contenido bibliográfico el cual es presentado en forma clara, concisa y didáctica.

Ingresemos entonces en el fascinante mundo de la semiología estomatológica.



PARTE I

**EXAMEN CLÍNICO
ESTOMATOLÓGICO**
(Tejidos blandos normales)

I. CARA

El examen ectoscópico se inicia con la evaluación de la facie y su aspecto general; el reconocimiento del estado general del paciente y su orientación en el tiempo, espacio y persona también es una de las piedras angulares en el diagnóstico.

Aunque ambos lados de la cara no son perfectamente simétricos, la simetría relativa de la cara es un elemento básico en el diagnóstico.

La evaluación ectoscópica considera el color natural de la piel, como una adecuada hidratación de los tegumentos, la ubicación central de la pirámide nasal así como una mucosa labial brillante y de color rosado.

Algunos pacientes de ascendencia negra y andina pueden presentar pigmentaciones melánicas de origen étnico, las cuales tienen que distinguirse de otras manchas melánicas normales (léntigos o lunares, y efélides o pecas).

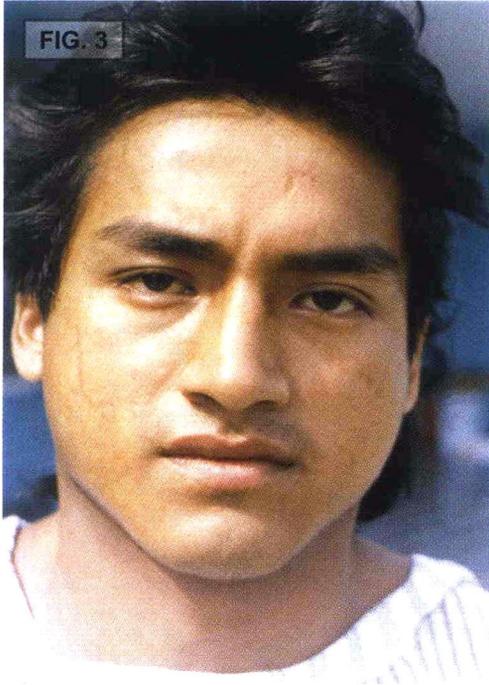


En este caso se observa una asimetría facial acompañada de una deformidad del orificio nasal derecho. La paciente tenía un tumor central de células gigantes, y éste había deformado el reborde maxilar anterior y se extendía hasta el piso nasal derecho.

También se nota un borramiento del surco naso-geniano derecho.

La ausencia de fiebre, secreción purulenta o algún foco infeccioso dentario indican la existencia de un quiste o de un tumor de asiento maxilar o mandibular.

II. CUELLO



En condiciones normales (FIG. 3), el cuello posee una forma cilíndrica y simétrica. La masa ganglionar del cuello no se evidencia clínicamente en personas sin enfermedad. La evaluación cervical incluye la localización de los músculos cervicales y la palpación del pulso carotídeo.

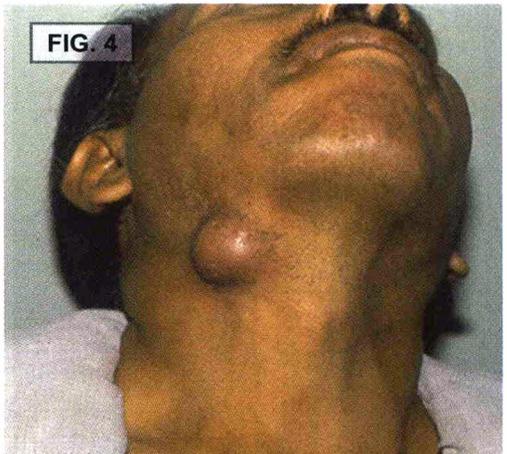
La glándula tiroides se encuentra en la parte anterior y baja del cuello; el examen de esta glándula debe realizarse manualmente, debiendo palparse una masa blanda y depresible. Su evaluación se realiza colocando la mano izquierda sobre la frente del paciente y solicitando a éste que ejerza presión sobre nuestra mano para provocar la contracción de la masa muscular de la parte anterior de cuello, hecho que proyecta superficialmente la glándula tiroides.

No deben palparse nódulos, calcificaciones o zonas glandulares, fijas a los demás tejidos blandos.

El paciente (FIG. 4) presenta una tumoración blanda en la región submaxilar derecha provocada por la extensión superficial de un absceso en la glándula submaxilar.

La flecha indica la presencia de un nódulo linfático del grupo ganglionar cervical alto al cual drena el contenido linfático del piso de la boca, amígdalas, faringe y los molares inferiores.

El drenaje mediante un abordaje extraoral bajo anestesia local es una parte importante en el manejo inicial de estos pacientes.

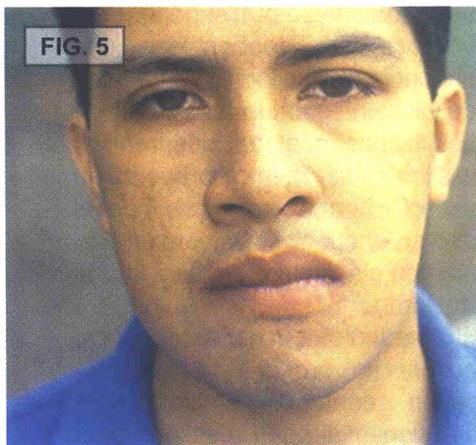


III. LABIOS

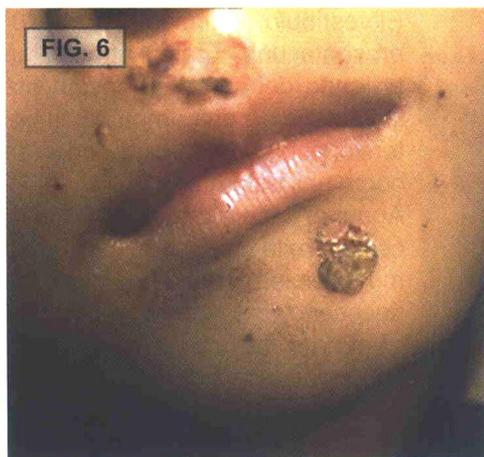
La forma, el color y la textura son criterios que el clínico debe tomar en cuenta en su evaluación. El examen incluye la mucosa, semimucosa (límite muco-piel) y la piel que recubre ambos labios.

La humedad y el brillo de la mucosa de los labios son rasgos que reflejan una hidratación adecuada de los tejidos faciales.

La forma de los labios puede ser variada, desde unos labios en forma ovalada y hasta en forma de corazón como el que aparece en la fotografía.



Las lesiones pustulares y costrosas alrededor de los labios corresponde a una infección de impétigo. Los labios se observan resecos y la piel alrededor de ellos presentan signos de deshidratación leve.

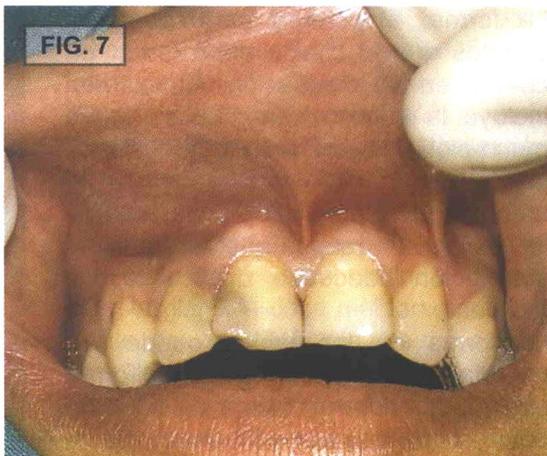


IV. VESTÍBULO

Los vestíbulos superior e inferior (FIG. 7) deben tener una profundidad similar a la longitud de los dientes naturales.

Las flechas muestran dos frenillos vestibulares; el central presenta un aspecto normal, mientras que el otro se encuentra muy próximo al margen gingival del incisivo lateral izquierdo.

El vestíbulo bucal de aspecto normal no presenta fistulas de origen dentario, abultamientos o lesiones superficiales sobre la mucosa bucal.



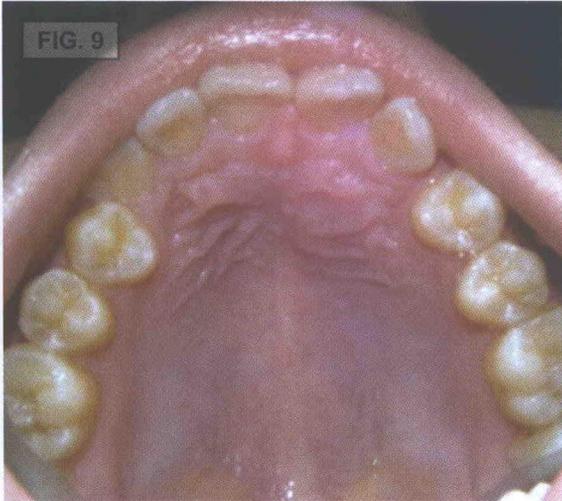
El vestíbulo de una joven (FIG. 8) presenta una cicatriz atrófica en el fondo del surco. La lesión era la secuela de una amputación del tercio apical de la raíz conocida como apicectomía.

Aunque generalmente las cicatrices sobre la mucosa bucal no son muy visibles, en ciertos casos es necesario realizar una plástica gingival para mejorar el aspecto y la textura de la mucosa del vestíbulo bucal.

Las fistulas de origen dentario son lesiones comunes en dientes con infecciones dentarias crónicas.



V. PALADAR DURO Y BLANDO



El paladar (FIG. 9) puede tener una forma ovoidea, cuadrangular o triangular ovoidea (como en el caso). El paladar cuadrangular tiene relación con pacientes que poseen un marcado desarrollo muscular facial y desarrollan una gran potencia masticatoria.

Los paladares de forma triangular ovoidea pueden estar relacionados más bien con un pobre desarrollo de la musculatura facial.

El paladar muy profundo u ojival se presenta en pacientes con respiradores bucales crónicos.

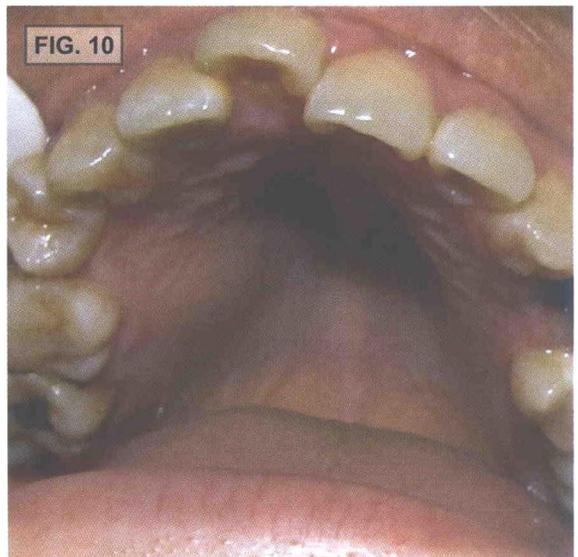
El paladar de este paciente (FIG. 10) tiene una asimetría producida por un aumento de volumen en el lado derecho.

El abultamiento era producido por el primer premolar retenido por debajo de la mucosa palatina.

La existencia de asimetrías en el paladar puede ser producto de dientes retenidos, tumores o quistes de los maxilares.

La evaluación imagenológica e histopatológica complementan el diagnóstico final.

En el lado izquierdo aparece el alveolo de un premolar extraído recientemente.





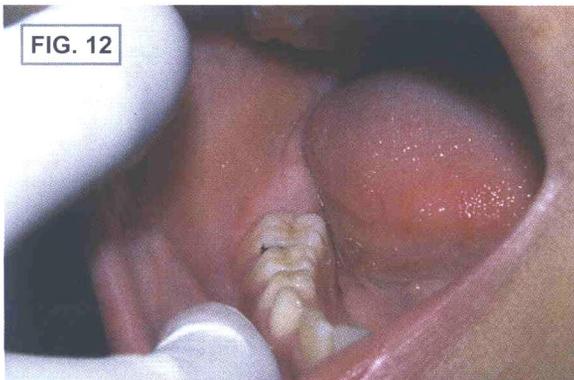
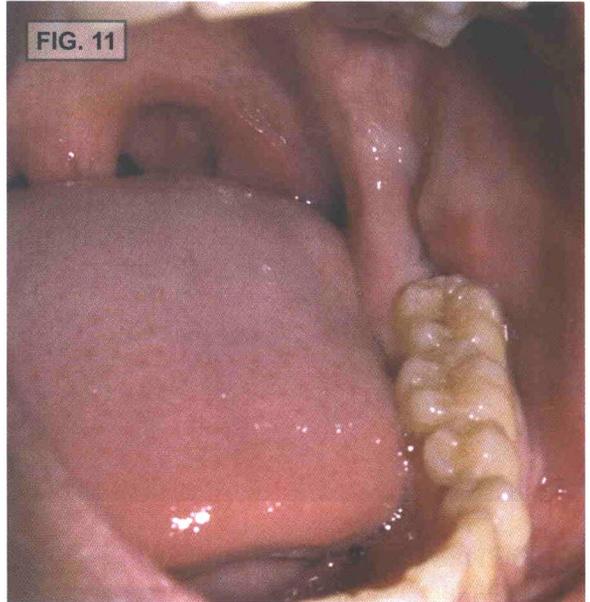
VI. ZONA RETROMOLAR E ISTMO DE LAS FAUCES

El istmo de las fauces (FIG. 11) es el límite anatómico entre la cavidad bucal y la faringe.

Está limitado por el pilar anterior, el pilar posterior y el límite posterior del paladar blando.

Aquí se ubican las amígdalas palatinas que debido a su contenido linfático pueden presentar aumentos de volumen por inflamaciones, infecciones o neoplasias malignas.

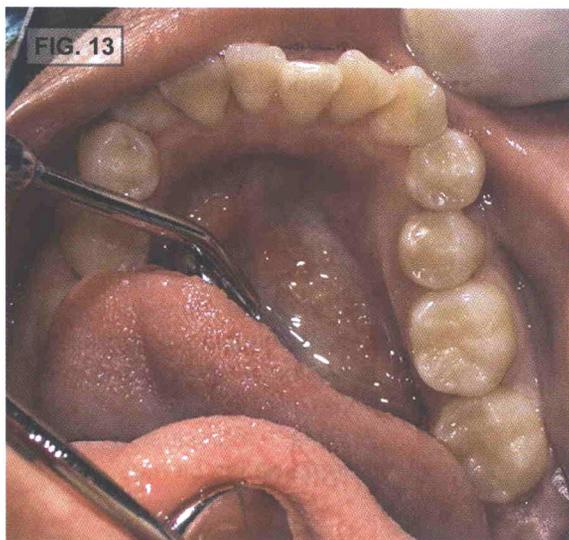
En ocasiones, las infecciones dentarias pueden diseminarse a través del istmo de las fauces hacia el espacio faríngeo lateral y producir flemones que ponen en riesgo la vida del paciente.



Las infecciones alrededor de la corona de los últimos molares (FIG. 12) pueden producir severos cuadros de amigdalitis, faringitis y eventualmente diseminarse a través de los planos cutáneos hasta el mediastino.

El aspecto normal del istmo de las fauces es el de una mucosa de turgencia conservada, hidratación normal y de un color rosado o rosa pálido.

VII. LENGUA Y PISO DE BOCA



El piso de la boca (FIG. 13) está recubierto de mucosa bucal de color rosado debido a que el epitelio de recubrimiento tiene poco grado de queratinización. Esto produce una traslucidez de la vascularidad del piso de la boca que toma un color más bien rojo pálido.

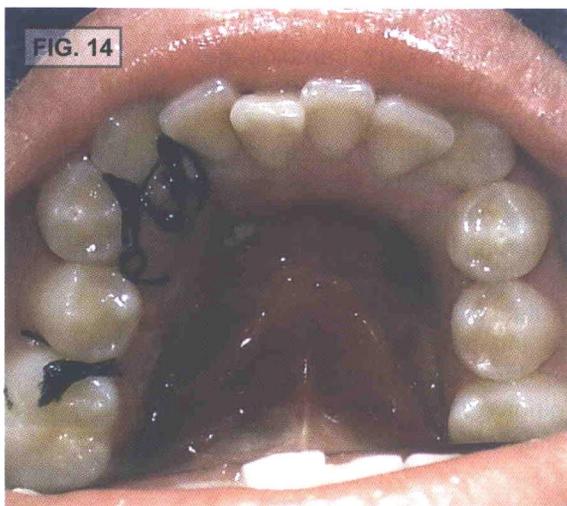
Las irregularidades presentes se deben a la presencia de las glándulas sublinguales y en las partes laterales al trayecto del conducto de Wårthon.

En pacientes de avanzada edad el piso de la boca deja traslucir varicosidades.

Enrojecimiento en el piso de la boca (FIG. 14) por un hematoma postoperatorio luego de la extracción de un premolar supernumerario a través de un abordaje lingual en una joven de 19 años.

Esta mancha de color rojo vinoso desaparece después de 10 días, una vez que se completa la reabsorción del hematoma.

Cuando la lesión es permanente puede ser ocasionada por la presencia de un angioma en el piso de la boca.





VIII. ENCIAS Y DIENTES



Los dientes en la boca (FIG. 15) pueden variar en su forma y disposición en la arcada maxilar.

La superficie de los dientes debe ser uniforme, sin defectos ni cavidades.

La coloración puede variar según el color de la dentina o el grosor del esmalte, y puede ser blanquecino o ligeramente amarillento en circunstancias normales.

En la maloclusión existe ectopía de los dientes.

Las encías deben tener un color rosado y un aspecto regular (FIG. 16).

No deben existir cambios de coloración o fístulas en toda su extensión.

El contorno de las encías debe guardar similitud con el cuello de los dientes. En este caso se observan las encías inflamadas después de haber retirado una prótesis fija mal adaptada.

La inflamación de las encías se denomina gingivitis o ulla (gingivo / ulla = encías; itis = inflamación).





PARTE II

DIAGNÓSTICO CLÍNICO



CAPÍTULO I

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CLÍNICO



BASES ONTOLÓGICAS DE LA ODONTOLOGÍA

El arte de la odontología se enmarca en los recursos humanos y materiales destinados a estudiar y comprender con criterio semiótico, los diferentes estados de salud y enfermedad del sistema estomatognático.

Como se sabe, la odontología se fundamenta como ciencia, en el desarrollo y evolución de dos grandes bases dependientes una de otra: la medicina estomatológica y la oclusión dentomaxilar.

La primera, nos sitúa en el plano sistémico humano, interpretando las acciones del aparato masticatorio (sistema estomatognático) a manera de unidades funcionales corporativas integradas y destinadas para el desarrollo de las funciones de respiración, fonación, masticación, deglución y postura corporal.

La segunda, destaca la funcionalidad de este aparato masticatorio como parte individual y única del concierto homeostático del organismo humano.

Ya en 1922, Elmer Best y Carl Wäldrom señalaron que “el ejercicio de la odontología se divide en dos ramas fundamentales e igualmente importantes e

íntimamente relacionadas entre sí: la estomatología y la odontología restauradora. La primera depende de la segunda, y el éxito de la estomatología aplicada está subordinado a nuestros conocimientos de salud general”.

Otras concepciones han mostrado a la odontología como una ciencia original y unívoca, es decir, única y fuera de toda discusión. Esta concepción determinista ha traído consigo una visión “integralista de nuestra profesión”, inspirada en un conocimiento totalitario de parte del profesional odontólogo.

Si bien es cierto, la profesión odontológica tiene una estructura esencial como disciplina médica, hay que precisar que sus contenidos se sostienen de un conocimiento profundo de la medicina aplicada a la región orofacial en íntima relación con técnicas de reconstrucción y rehabilitación de los dientes y la oclusión dentaria.

Por tanto, el contenido de este libro está centrado en el primer pilar señalado claramente por Best y Wäldrom, es decir, aquel conjunto de conocimientos que busca en la medicina y la cirugía los fundamentos para la práctica odontológica integral y especializada.

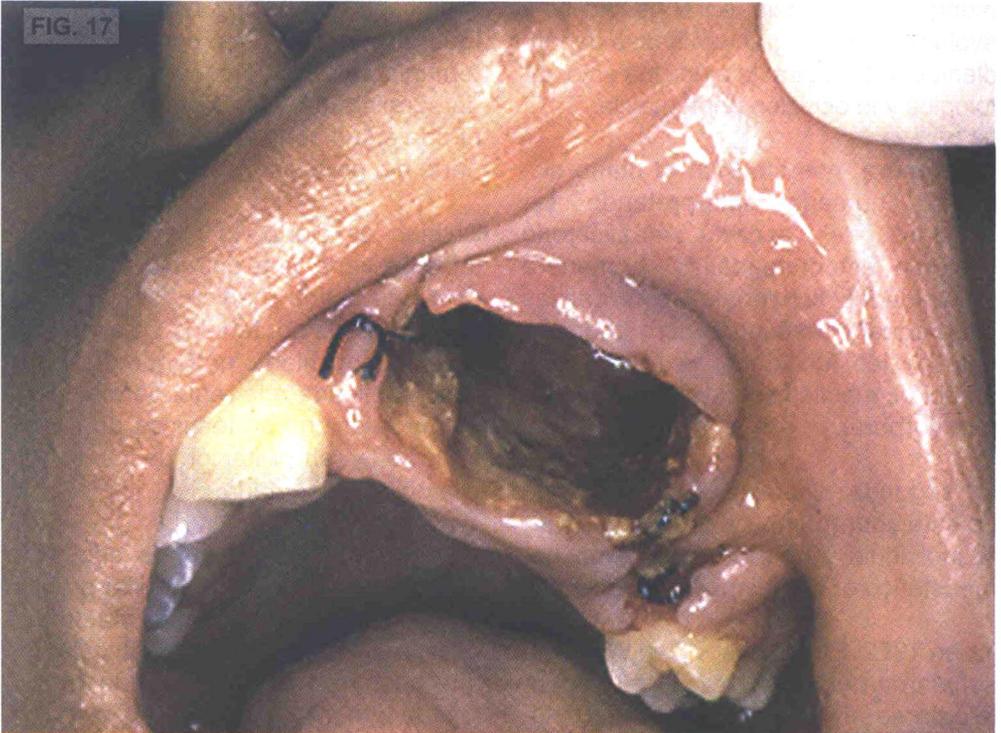


DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Cuando el operador aplica sus conocimientos médico - odontológicos para rea-lizar una terapia que respete los tegumentos naturales de protección orgánica, llámese piel o mucosas, se está realizando un tratamiento mé-dico.

Cuando el mismo operador irrumpe a través de un corte, punción u otros métodos para conseguir los mismos objetivos el tratamiento se denomina quirúrgico. Es de vital importancia establecer un buen criterio diagnóstico ya que éste es el eje en torno al cual el dentista establecerá las medidas de tratamiento.

FIG. 17



Cavidad postquirúrgico en paciente con tumor central de células gigantes.



Mucho se especula respecto a la importancia del pronóstico en medicina y cirugía oral; es más, varios autores lo consideran en un nivel similar al diagnóstico y tratamiento. Empero esta visión no es correcta. El pronóstico es simplemente un juicio adelantado con mayor o menor grado de acierto respecto a las consecuencias del tratamiento y en relación a un diagnóstico determinado. El diagnóstico y el tratamiento son hechos concretos sin los cuales es incompatible el éxito clínico o quirúrgico; estas consideraciones deben estar contenidas en la historia clínica respectiva.

En medicina estomatológica se estudia la importancia del diagnóstico presuntivo, diferencial, definitivo y el tratamiento paliativo, curativo, sintomático en la resolución de la enfermedad. Como se sabe, el diagnóstico presuntivo se obtiene al término del examen clínico y brinda un marco referencial acerca de una posibilidad de hallar la naturaleza de la enfermedad de manera correcta. Este tipo de diagnóstico sirve únicamente para adoptar las medidas complementarias de los denominados exámenes extraclínicos, laboratorio, imagenológico, histopatológico, análisis de modelos.

El diagnóstico diferencial sirve para contrastar los resultados iniciales a la luz del reconocimiento de otros signos y síntomas detectados luego de los exámenes extraclínicos. Sirve por

lo tanto, para comparar el diagnóstico presuntivo con otras probables enfermedades.

El diagnóstico definitivo se obtiene luego de identificar plenamente la enfermedad y sus causas; entonces el operador (clínico o cirujano) indica el tratamiento etiológico adecuado.

Los tipos de tratamiento están referidos al momento y el tipo de diagnóstico realizado. Si el paciente acude a la consulta con signos y síntomas de patología de naturaleza aguda acompañado de fiebre, dolor intenso, náusea, malestar general, entre otros el clínico, y menos aún el cirujano harán el máximo esfuerzo por reducir la sintomatología a pesar de contar únicamente con un diagnóstico presuntivo. El tratamiento prescrito en estas circunstancias especiales toma el nombre de tratamiento sintomático.

El tratamiento curativo es la terapia recomendada por el clínico o cirujano estomatólogo en circunstancias en que el diagnóstico definitivo sea realizado en forma final. Dicho tratamiento debe resolver de manera progresiva y definitiva la enfermedad. Cuando el diagnóstico definitivo es concluyente al identificar una enfermedad degenerativa, neoplásica maligna, gerontológica o similar, cualquier tratamiento servirá de manera principal para paliar o disminuir la sintomatología o prolongar perentoriamente la vida del



paciente; el propósito es por lo tanto, mejorar la calidad de vida del individuo, por lo que la terapia asume el nombre de tratamiento paliativo. En odontología la obtención del diagnóstico definitivo es capital para establecer las prioridades en el tratamiento a seguir por el paciente. El manejo quirúrgico tiene la noble misión de resolver las necesidades de salud del paciente enfermo. Así, por ejemplo, la exodoncia del tercer molar

mandibular retenida en una ubicación intraósea no es importante por sí misma, sino porque a través de ella se evitan complicaciones inflamatorias o infecciosas alrededor del opérculo pericoronario; dicha extracción también previene o intercepta las maloclusiones dentarias cuando dicha anomalía es detectada por el especialista en ortodoncia u odontopediatría.



FIG. 18

Abscesos periapicales en los incisivos centrales superiores. Su manejo puede requerir tratamiento antibiótico, endodóntico y quirúrgico.



Las infecciones faciales odontógenas de origen bacteriano son un ejemplo peculiar. De acuerdo con el estadio de la enfermedad, el paciente puede requerir un tratamiento sintomático o curativo.

De este modo, el drenaje quirúrgico es un tratamiento sintomático ya que disminuye ostensiblemente el dolor mientras se concluye con la identificación de la bacteria causal; y es a la vez curativo en la medida en que sumado al efecto antibiótico tiene que resolver definitivamente la infección.

El diagnóstico clínico de las enfermedades de la mucosa bucal constituye el eslabón entre la teoría y la práctica de la odontología. Obtener el diagnóstico definitivo es entonces, el eslabón final en el estudio de una enfermedad determinada.

Al iniciar la evaluación clínica, una vez que obtenemos el relatos y antecedentes del paciente y su enfermedad, debemos determinar las posibles rutas hacia el diagnóstico definitivo. La Tabla N°1 nos indica una de las estrategias posibles:

TABLA N° 1

PASOS PARA ALCANZAR EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- Tipo de lesión elemental de la mucosa (mácula, pápula, fistula, etc.)
- Características individuales de la lesión (coloración, forma, consistencia, contornos, cambios de temperatura, sangrado, dolor, componente de la mucosa afectada).
- Características de grupo (si la lesión es múltiple: lineal, arciforme, corimbiforme, herpetiforme, zosteriforme, etc.).
- Distribución de la patología (local, regional, sistémica).
- Naturaleza de la lesión (congénita, inflamatoria, infecciosa, neoplásica, hereditaria).
- Diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.



CAPÍTULO II

TIPO DE LESIÓN ELEMENTAL DE LA MUCOSA BUCAL



Determinar el tipo de lesión elemental de la mucosa bucal constituye el primer paso para establecer el diagnóstico clínico. Las lesiones elementales constituyen en sí, el alfabeto semiológico de la mucosa bucal, y por lo tanto, su conocimiento es indispensable para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales.

Se han descrito decenas de lesiones básicas de la mucosa. Ningún autor ha establecido la variedad total lo que con-

funde a muchos clínicos y estudiantes de odontología.

Las lesiones primitivas o primarias son aquellas que aparecen directamente; las lesiones secundarias son aquellas que se forman a partir de alguna lesión primaria, tal como ocurre con las ulceraciones que son precedidas por vesículas o ampollas.

La Tabla N°2 clasifica a las lesiones elementales según su altura con respecto a la mucosa bucal normal.

TABLA N° 2

LESIONES ELEMENTALES DE LA MUCOSA: CLASIFICACIÓN

LESIONES PLANAS

- Mancha.
- Mácula.
- Esclerosis.
- Telangiectasia.

LESIONES DEPRIMIDAS

- Atrofia.
- Cicatriz.
- Fístula.
- Ulceración.
- Úlcera.

LESIONES ELEVADAS

- | | |
|--------------------|------------------------|
| ■ Placa infiltrada | ■ Tumor |
| ■ Pápula | ■ Vesícula-ampolla |
| ■ Nódulo | ■ Pústula |
| ■ Tubérculo | ■ Costra |
| ■ Vegetación | ■ Escama |
| ■ Verrucosidad | ■ Escara |
| ■ Hipertrofia | ■ Esfacelo |
| ■ Hiperplasia | ■ Necrosis-necrobiosis |
| | ■ Gangrena |



La agrupación de las lesiones en tres grandes grupos no excluye que éstas puedan expresarse clínicamente bajo otras formas.

Así, una telangiectasia puede presentarse de forma plana en unos casos, y como lesión elevada en otros pacientes. Sin embargo, sólo un estudio de cada uno de los pasos descritos para el diagnóstico (Tabla N°1) permitirá llegar a conclusiones definitivas.

Las distintas lesiones pueden estar presentes en distintas patologías; es decir, la denominación de cada lesión no indica necesariamente un diagnóstico por sí mismo; se trata más bien de reunir datos clínicos que relaciones cualquiera de estas lesiones elementales con otros signos

y síntomas que presente el paciente.

Cuando realizamos la evaluación clínica del paciente buscamos signos y síntomas que agrupados representen algún cuadro clínico o enfermedad. Cada uno de estos rasgos (signos y síntomas) se denominan hallazgos positivos.

Los hallazgos positivos son los pilares del diagnóstico clínico e imagenológico, y nos permiten diagnosticar enfermedades o diferenciarlas entre sí. Estos datos clínicos deben ser encontrados por el odontólogo durante la inspección clínica o durante la evaluación imagenológica (radiografía, tomografía o estudios similares). Por lo tanto, la presencia de hallazgos positivos significa la existencia de algún trastorno o enfermedad.

LESIONES PLANAS

Las lesiones planas son aquellas cuya presencia no produce cambios significativos sobre el volumen total de la mucosa. Es decir, no existe hundimiento ni aumento en la altura de la mucosa bucal afectada.

MANCHA: Es un cambio en la coloración de la mucosa. Suele producirse por modificación en el pigmento melánico, pigmento hemático, influencia de factores exógenos (tatuajes, metales), influencia de factores endógenos (funcionales, endocrinos, neoplásicos) o cambios estructurales en la mucosa. Cuando la lesión secundaria es permanente se denomina mácula.

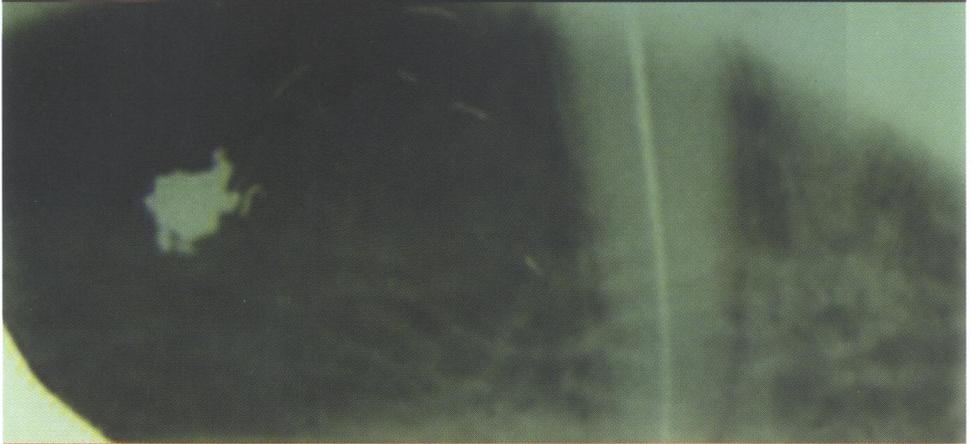
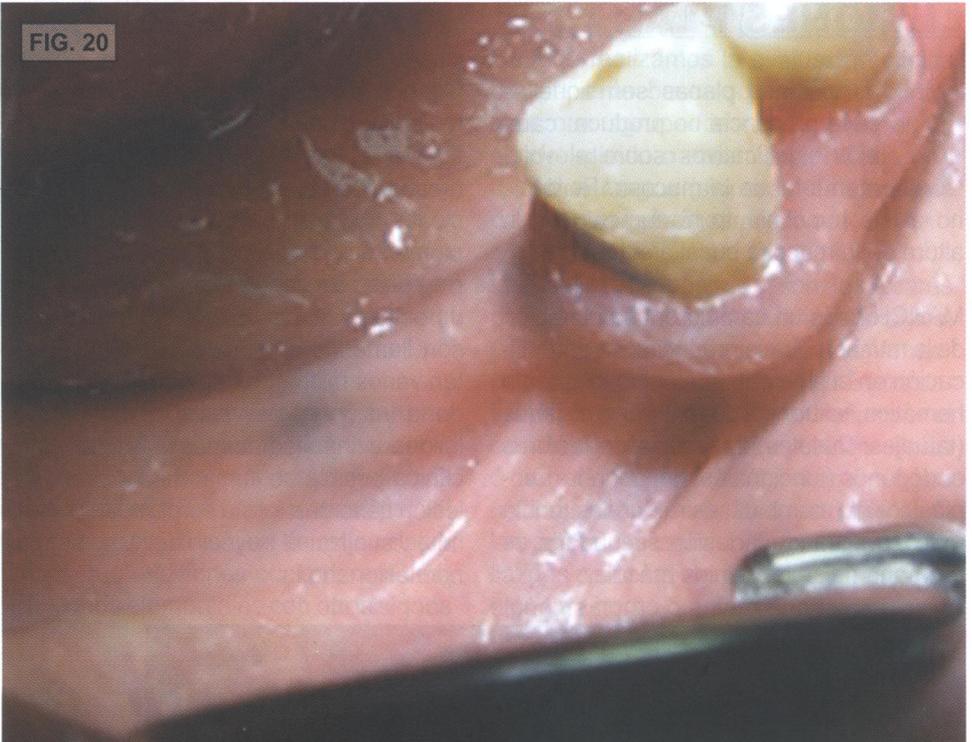
Cuando las lesiones poseen un pigmento melánico hipercrómico se denominan léntigos (mal llamados “lunares”), o efélides (pecas). También se producen pigmentaciones en la mucosa cuando ocurre una pigmentación de tipo hemático o hemorragíparo. Se denominan petequias cuando estas lesiones son de tipo puntiforme; son llamadas equimosis cuando presentan varios milímetros de dimensión; cuando la lesión es de varios centímetros se le denomina hematoma; la última forma clínica posible se llama víbice, cuando la lesión tiene una forma serpenteante y permite visualizar el trayecto del vaso sanguíneo lesionado.



Léntigo en la región frontal. Nótese la presencia de satelitosis debajo del borde inferior.



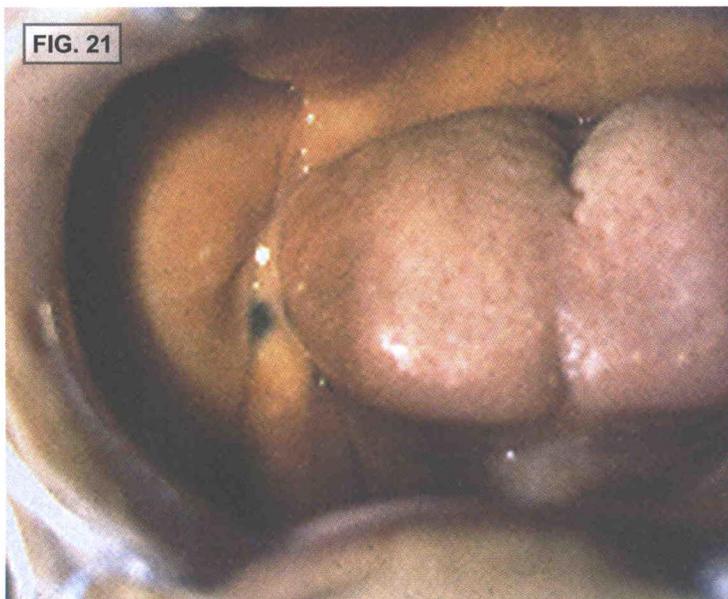
FIG. 20



Tatuaje por resto de amalgama por debajo de la mucosa. La radiografía periapical muestra el fragmento metálico ubicado por encima del reborde alveolar inferior.



FIG. 21



Léntigo ubicado sobre el reborde edéntulo de la zona retromolar. Estas lesiones deben ser biopsiadas para descartar la existencia de melanomas malignos sobre la mucosa bucal.

FIG. 22

Petequias distribuidas en todo el paladar de paciente con leucemia.





Hematoma postquirúrgico en la región geniana y mentoniana.

FIG. 23



FIG. 24

Hematoma postquirúrgico en el cuadrilátero colector de Chompret. Este espacio es una vía natural de drenaje linfático y hemático.



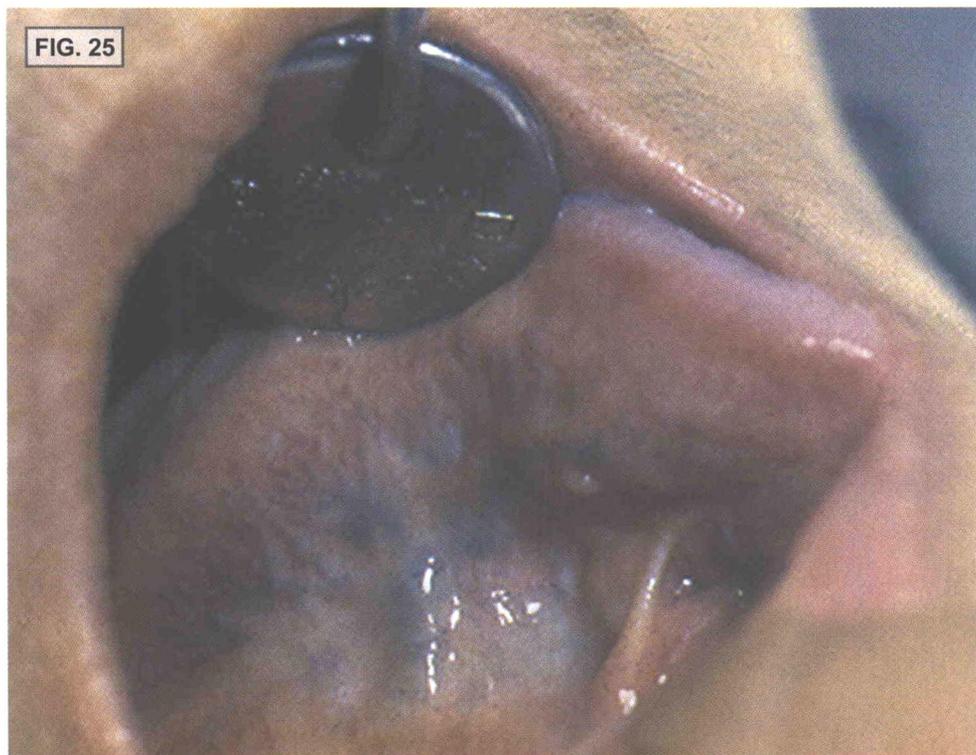


ESCLEROSIS: Es un aumento en la consistencia de la mucosa, tornándose dura y fibrosa. En ciertos casos se observa un acartonamiento del tejido afectado. En la esclerodermia la lesión es primaria; es secundaria en aquellos casos de lesiones cicatrizales.

TELANGIECTASIA: Esta lesión se produce por la dilatación permanente de un vaso sanguíneo. Cuando el vaso

afectado es una vénula se le denomina varicosidad.

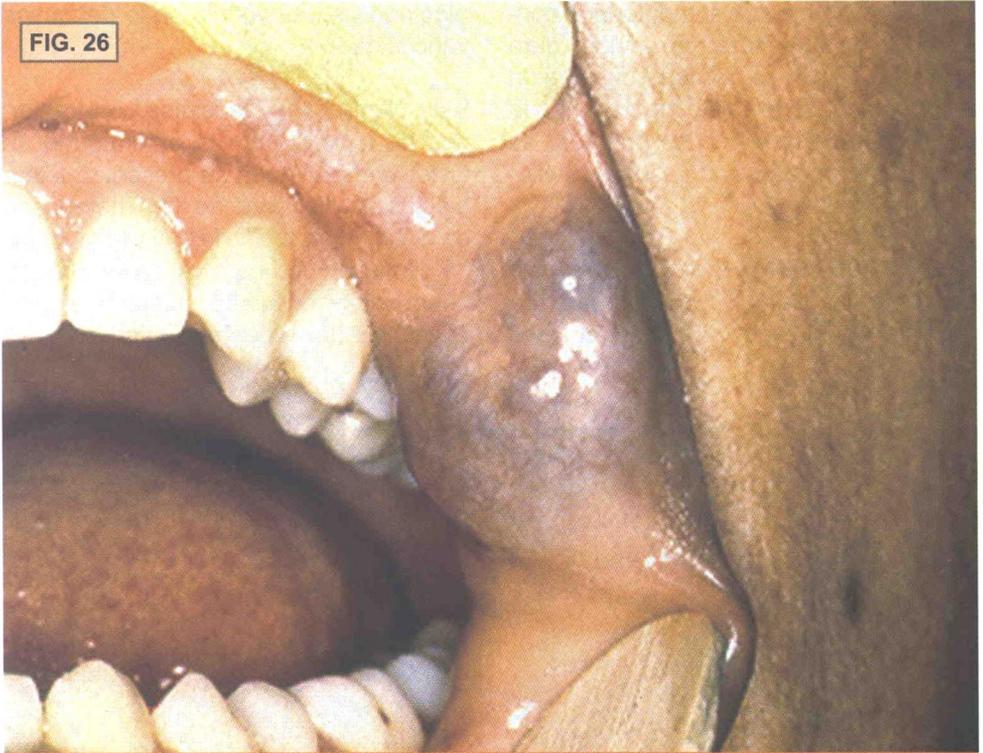
Esta última suele asociarse con trastornos de la vejez. En la enfermedad de Osler-Weber-Rendu se presentan telangiectasias múltiples de tipo hereditario en distintas partes de la piel y la mucosa. La dilatación de una o varias vénulas se denomina varicosidad, mientras que la vena dilatada se denomina várice.



Telangiectasia (color rojo) y varicosidades (color violáceo) de la región sublingual en paciente de la tercera edad.



FIG. 26



Angioma del labio superior. Se observa cambio de la coloración. Estas lesiones pueden ser planas o elevadas.

LESIONES DEPRIMIDAS

ATROFIA: Es una disminución en el grosor y la consistencia de la mucosa. Esta lesión se puede apreciar en la enfermedad de Romberg, denominada hemiatrofia facial progresiva; esta patología se caracteriza por la existencia de una atrofia de la hemicara. La enfermedad se inicia con un adelgazamiento e induración de la piel, la cual se adhiere fuertemente a los planos profundos.

La atrofia también cursa con atrofas congénitas, como sucede en la microsomía hemifacial o síndrome del primer y segundo arcos branquiales, así como en alteraciones de distinta naturaleza como las quemaduras de 2o y 3o grado, lengua geográfica y algunas formas de avitaminosis. Estas atrofas pueden producir severos cuadros de asimetría facial con el transcurso de los años.



FIG. 27

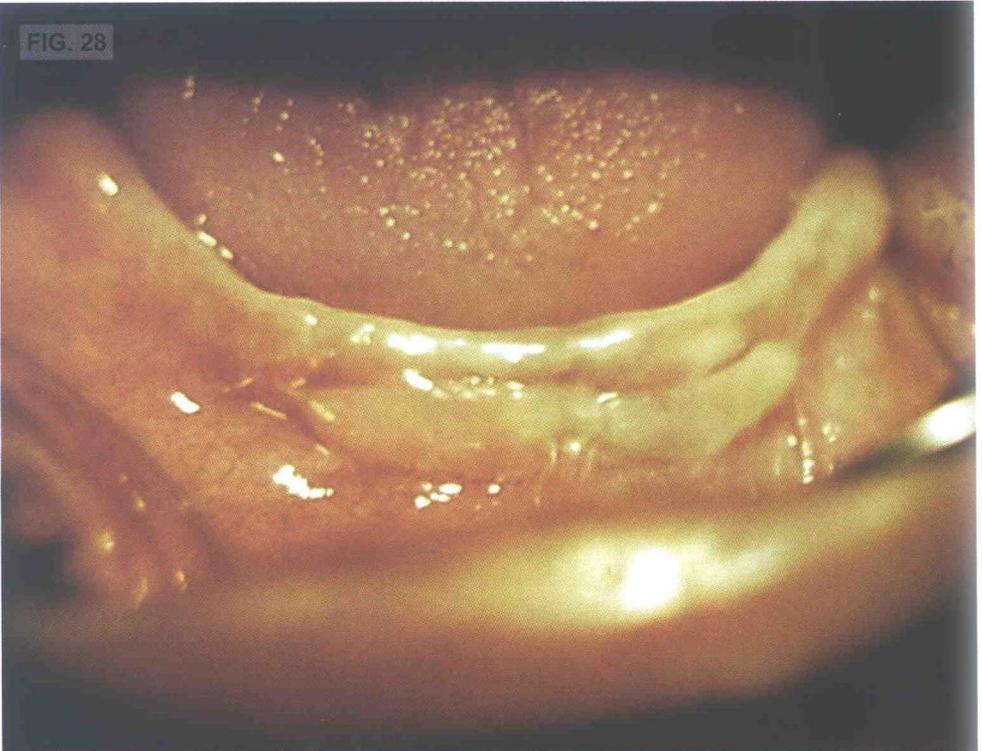
Lengua geográfica en la que se observan zonas de atrofia (color rojo) y zonas de tropismo papilar conservado.



CICATRIZ: Es una secuela de procedimientos quirúrgicos o traumas físicos y químicos. Clínicamente se presenta como una masa retráctil que en casos extremos puede limitar los movimientos, en cuyo caso se le denomina sinequia cicatrizal.

También puede observarse como un cúmulo de tejidos hipertróficos por alteración en la submucosa y tejidos profundos, que se denomina queloide.

FIG. 28



Cicatriz postinjerto de mucosa palatina en paciente edéntulo.



FIG. 29

Cicatriz en fondo vestibular postresección de displasia fibrosa.

FÍSTULA: Es una solución de continuidad entre un foco séptico y el medio externo. A través de ésta se drenan o vierten las secreciones purulentas en los abscesos y flemones

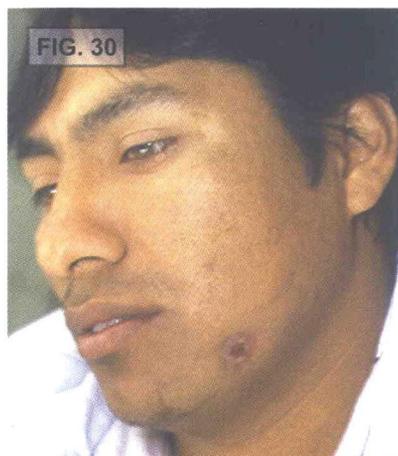


FIG. 30

Fístula cutánea en paciente portador de osteomielitis crónica en la mandíbula.



FIG. 31



Fistula por absceso dentario crónico a nivel premolar.

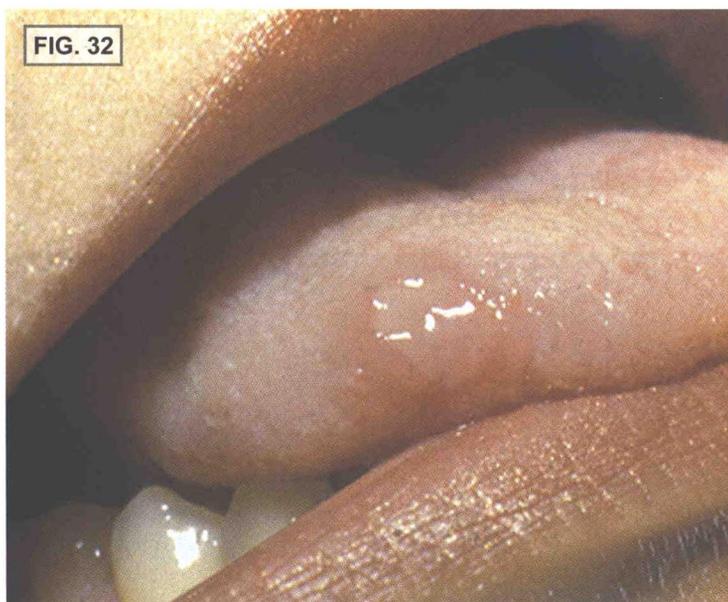
Las fistulas se producen únicamente en las infecciones, en donde se origina un variamente temporal o permanente de la secreción producida al interior del absceso o infección.

ULCERACIÓN: Se denomina así a la pérdida de sustancia en la superficie mucosa o cutánea. Esta es una lesión temporal que se caracteriza por ser una lesión dolorosa y que tiende a la cicatrización.

Las ulceraciones son lesiones secundarias a vesículas, flictenulas o ampollas; las enfermedades que cursan con estas dos formas de lesiones elementales se denominan vesículo-ulcerativas, tal como sucede en el aftas mayor y aftas menor, estomatitis herpética primaria, herpangina, glosopeda, pénfigo, penfigoide y liquen plano erosivo. También se presenta asociada a la forma atrófica de la candidiasis bucal.



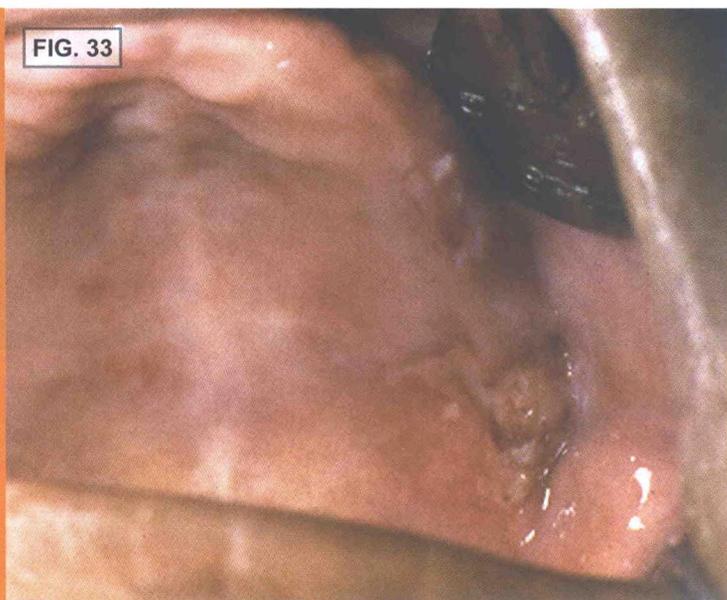
FIG. 32



Aftas menor ubicado en la parte anterior de la lengua. La lesión primaria es una vesícula que al alcanzar la superficie vacía su contenido líquido y se forma una ulceración muy dolorosa.

FIG. 33

Candidiasis atrófica sobre el reborde alveolar en la zona de la tuberosidad maxilar. Estas lesiones tipo ulceración son muy dolorosas y de pocos días de evolución. El tratamiento incluye la administración tópica y sistémica de derivados del iconazol.





ÚLCERA: Es una lesión permanente en la cual la pérdida de epitelio es consecuencia de una alteración neoplásica.

La enfermedad frecuentemente más asociada es el carcinoma epidermoide

y el carcinoma basocelular. Se trata de lesiones totalmente asintomáticas de aspecto vegetante en la cual se alternan zonas blancas (leucoplasias) y rojas (eritroplasias).

FIG. 34



Úlcera sobre la superficie de un tumor de la región mentoniana. El diagnóstico fue carcinoma epidermoide.



FIG. 35



Úlcera en región anterior del cuello en paciente con carcinoma epidermoide en la laringe.

FIG. 36

Úlcera en el piso de boca adyacente al segundo molar mandibular. Nótese la necrosis asociada en un paciente con carcinoma epidermoide.

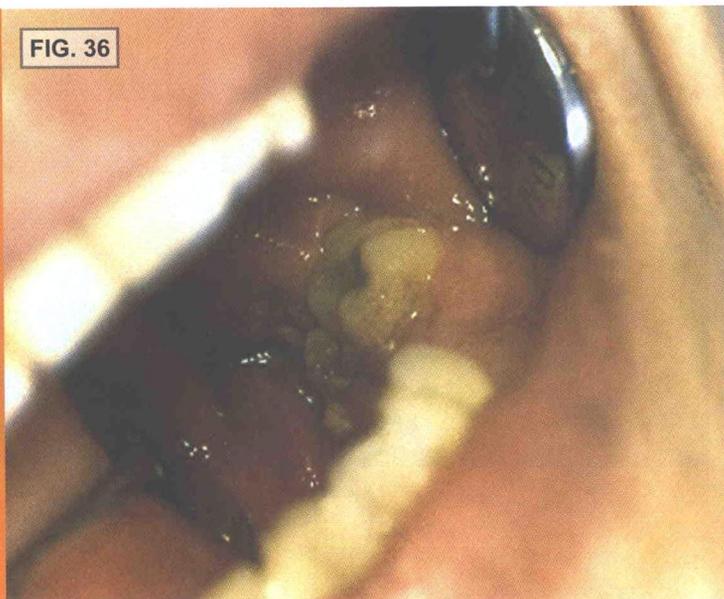
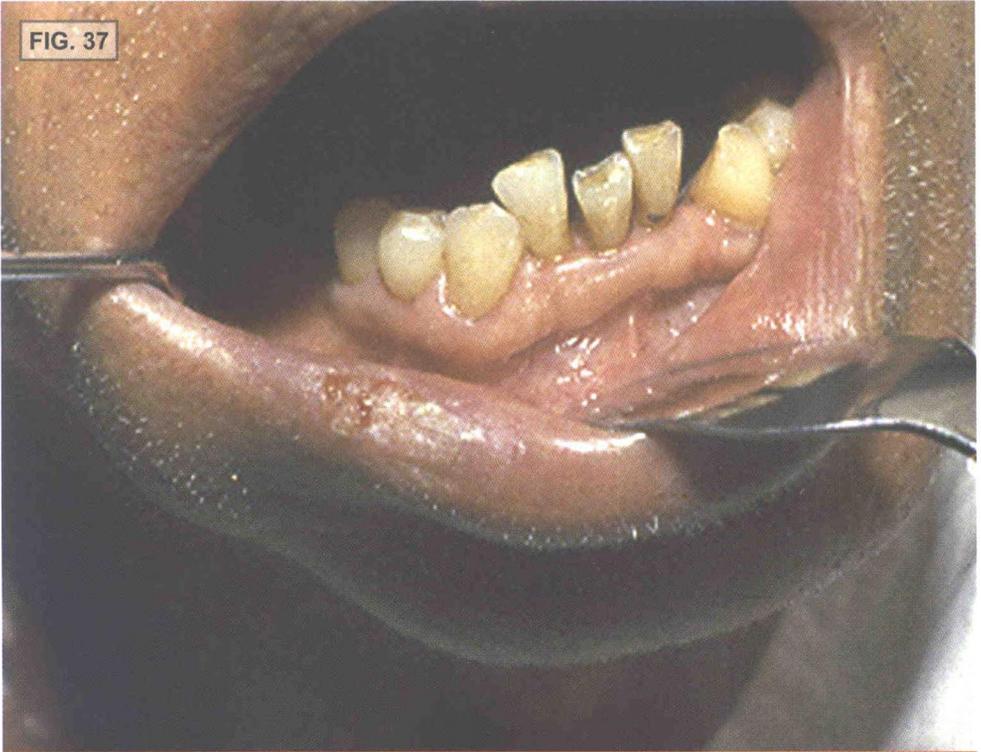




FIG. 37



Úlcera crónica en la semimucosa del labio inferior. La lesión asintomática fue evidente desde hacía 6 meses lo que motivó la ausencia del paciente y su diagnóstico oportuno.

LESIONES ELEVADAS

PLACA INFILTRADA: Es una lesión sólida, poco elevada, de origen no inflamatorio y que presenta contornos palpables. Es más extensa en superficie que en profundidad y tiene una consistencia algo mayor que la mucosa normal adyacente.

Esta alteración se encuentra generalmente asociada con neoplasias malignas mieloblásticas y reticulares, tales como leucemia y linfomas. También tiene relación con cambios estructurales de la mucosa, tal como ocurre en los engrosamientos epiteliales como la leucoplasia.



FIG. 38

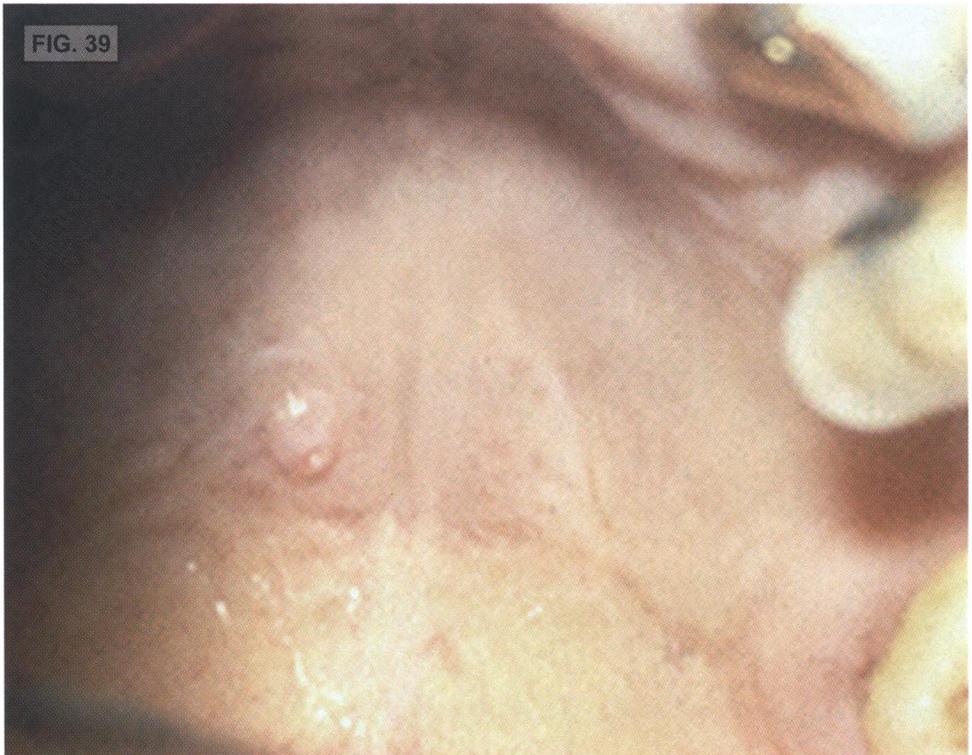
Placa infiltrada en la zona vestibular superior en paciente con linfoma linfocítico. Existe gran enrojecimiento y una úlcera central.



PÁPULA: Es una lesión elevada, sólida y superficial. De acuerdo con la forma de su base puede ser sésil (base ancha) o pediculada (base estrecha y filiforme). Puede producirse por hiperplasia epitelial tal como ocurre en la

verruga. También se produce por una alteración coriónica (submucosa o subcutánea), tal como sucede en la urticaria, sífilis secundaria y la enfermedad de Darier.

FIG. 39



Pápula solitaria en el paladar duro en un paciente con herpes papiloma virus.

BLASTOMA: Es una lesión elevada, sólida y superficial. Su aspecto es el de una masa sólida de un mayor tamaño que la pápula pero más pequeño que

el tubérculo. Su superficie es irregular y puede tener un aspecto sangrante o estar totalmente epitelializado.



Blastoma en la región suborbital. El diagnóstico definitivo fue granuloma piógeno.

NÓDULO: Es una lesión ubicada al interior de la submucosa, la cual tiene forma circunscrita. Tiene consistencia firme o dura y son fácilmente palpables durante el examen clínico. Es característica del goma sífilítico y de las lesiones nodulares

postradiación. Los neurofibromas de la enfermedad de Von Recklinhausen son neoplasias benignas localizadas profundamente, las mismas que se asocian con pigmentaciones melánicas múltiples de tipo léntigo y efélides principalmente.



FIG. 41

Nódulo labial por mucocele en el labio inferior debido a la infección crónica del conducto excretor

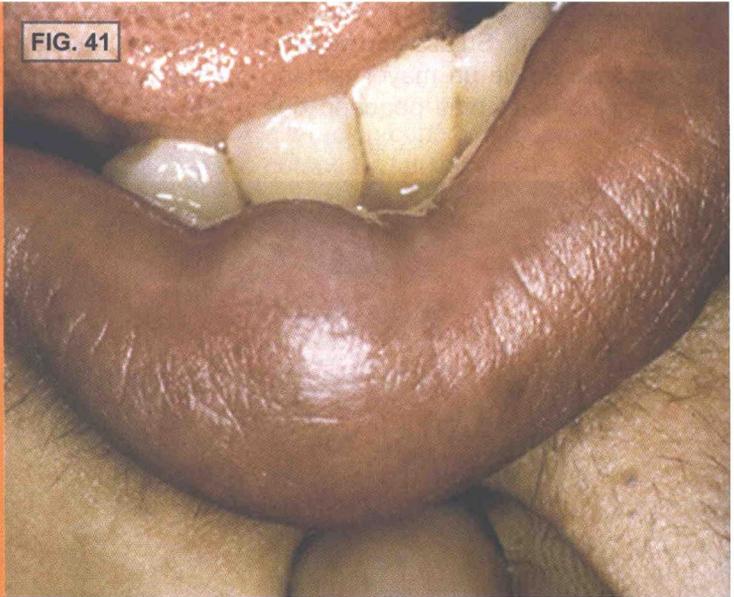


FIG. 42

Nódulo en la región preauricular. El diagnóstico histopatológico fue granuloma piógeno.





TUBÉRCULO: Es una lesión circunscrita, sólida, de superficie irregular y consistencia dura. Suelen tener aspecto vegetativo y su dimensión puede variar según la zona y extensión de la enfermedad causal. Una lesión elevada tiene aspecto vegetativo cuando la lesión es permanente y su su-

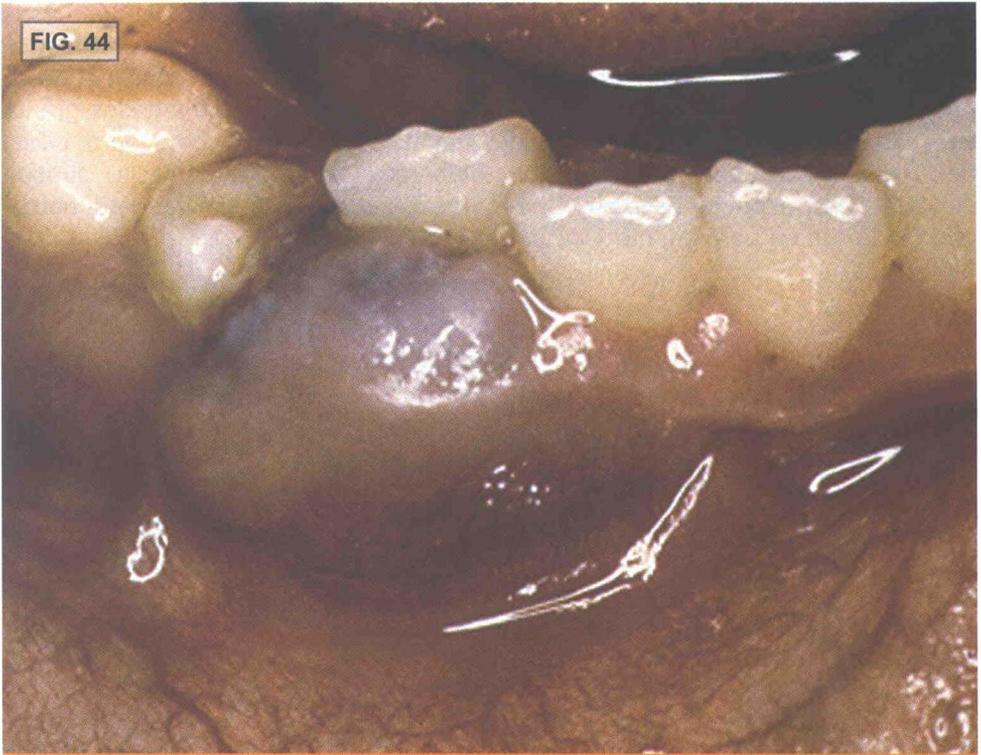
perficie es irregular; en algunos casos tiene múltiples pápulas superficiales lo que le confiere aspecto similar al de un vegetal. Algunas enfermedades granulomatosas crónicas, como lepra, sífilis, tuberculosis y leishmaniasis, pueden presentar lesiones similares a tubérculos.



Tubérculo gingival de aspecto vegetante en un épulis fibroso con calcificaciones.



FIG. 44



Tubérculo gingival en paciente con fibroma odontogénico.

VEGETACIÓN: Es una lesión de aspecto vegetativo que se caracteriza por la presencia de pápulas múltiples dispuestas irregularmente. La forma más característica es la de una coliflor.

La coloración varía desde el rosado pálido hasta el rojo vinoso, de acuerdo con el tipo de patología que la produce. Suele presentarse en casos de verrugas, carcinoma basocelular y granulomas dispnéusicos.



FIG. 45



Vegetación sobre el dorso lingual anterior. La porción distal corresponde a una verrucosidad.

VERRUCOSIDAD: Es la misma vegetación que presenta mayor grado de cornificación o queratinización en la superficie de la lesión. La lesión tiene color blanquecino producida por acantosis y papilomatosis de la mucosa, tal

como sucede en la verruga, condiloma acuminado y el carcinoma verrucoso. Se denomina papilomatosis cuando la lesión presenta múltiples papilomas en su superficie y tiene el aspecto de pequeñas vellocidades.



FIG. 46

Verrucosidad en el borde lateral de la lengua causada por la cornificación de una verruga vulgar.

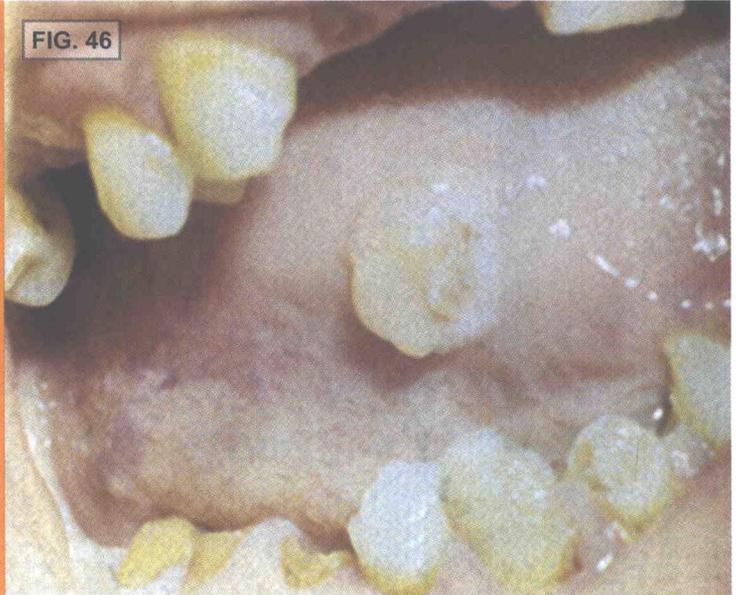
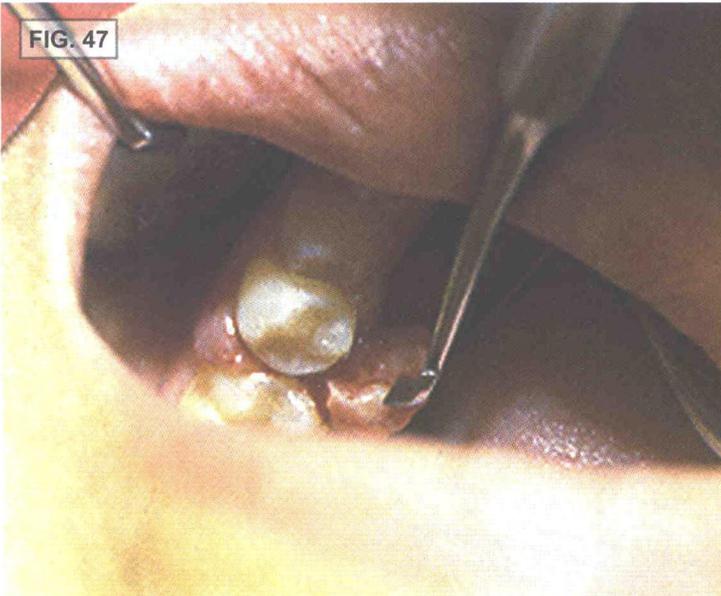


FIG. 47

Hiperplasia fibrosa gingival causada por una prótesis removible mal adaptada.



HIPERPLASIA: Es el aumento de tamaño por incremento en el número y volumen de las células. Es de carácter permanente y muchas veces asintomático. No es una verdadera neoplasia. Se produce por distintos factores irritativos crónicos como en las hiperplasias fibrosas por prótesis mal adaptadas y mordiscos. También se produce como consecuencia de

respuestas endocrinas (hiperplasia gingival gravídica), exceso funcional (torus mandibular y palatino) o como parte de enfermedades familiares en el caso de la fibromatosis gingival. La hipertrofia es un aumento temporal en el volumen de la piel o mucosa por inflamación local y no constituye por sí misma una lesión elemental.



Hiperplasia fibrosa gingival en paciente con fibromatosis gingival hereditaria.



Vista palatina de la paciente de la foto anterior. Nótese el aumento considerable de la masa palatina y vestibular.

FIG. 49

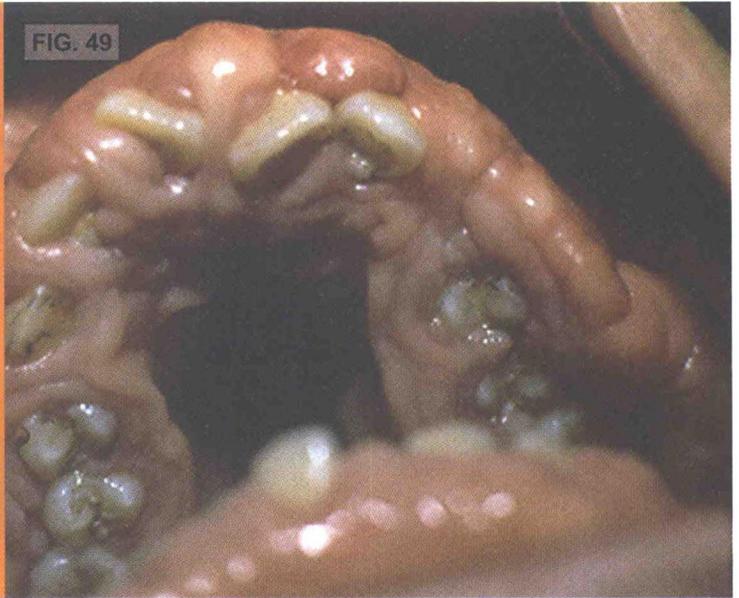


FIG. 50



Vista palatina de la madre de la paciente anterior. Ambas presentaban fibromatosis o elefantiasis gingival.

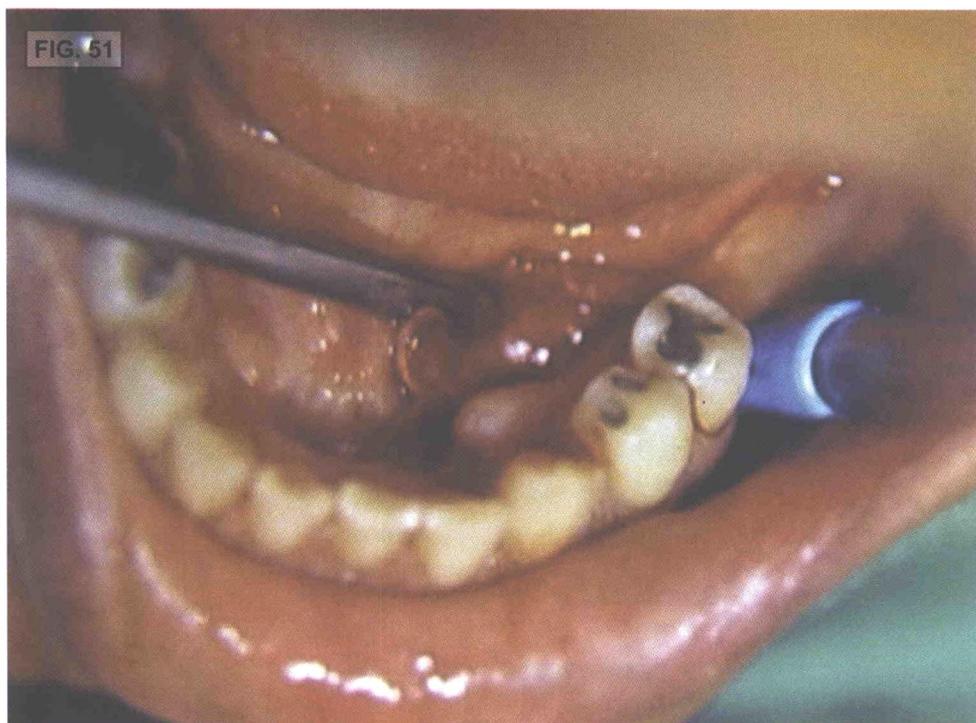


FIG. 51

El torus palatino, mandibular o vestibular, son variedades clínicas de una hiperplasia ósea producida por parafunción oclusal. En este caso, se observa un torus mandibular bilateral en un paciente edéntulo parcial.

TUMOR: Es una lesión elevada, de variado tamaño y circunscrita que puede o no ser vegetante; puede ser poco o nada inflamatoria, no nodular y

que no regresiona espontáneamente. Es característica de las neoplasias verdaderas, sean éstas malignas o benignas.



Tumor no odontogéno (fibroma) sobre el reborde alveolar inferior.

FIG. 52

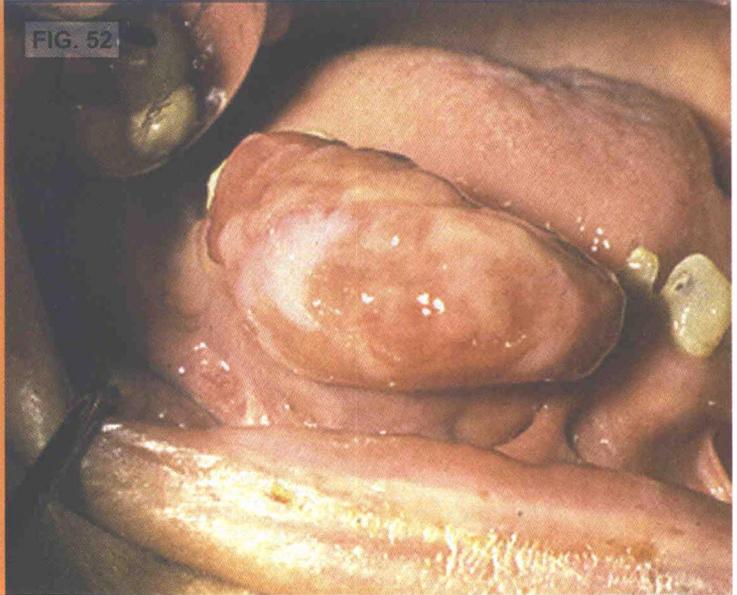


FIG. 53

Tumor en la tuberosidad situado en la maxila de paciente con mieloma múltiple.

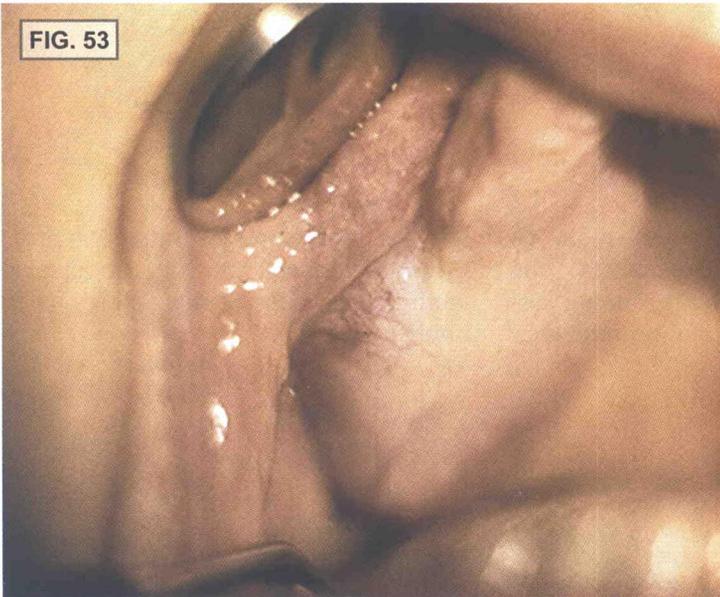
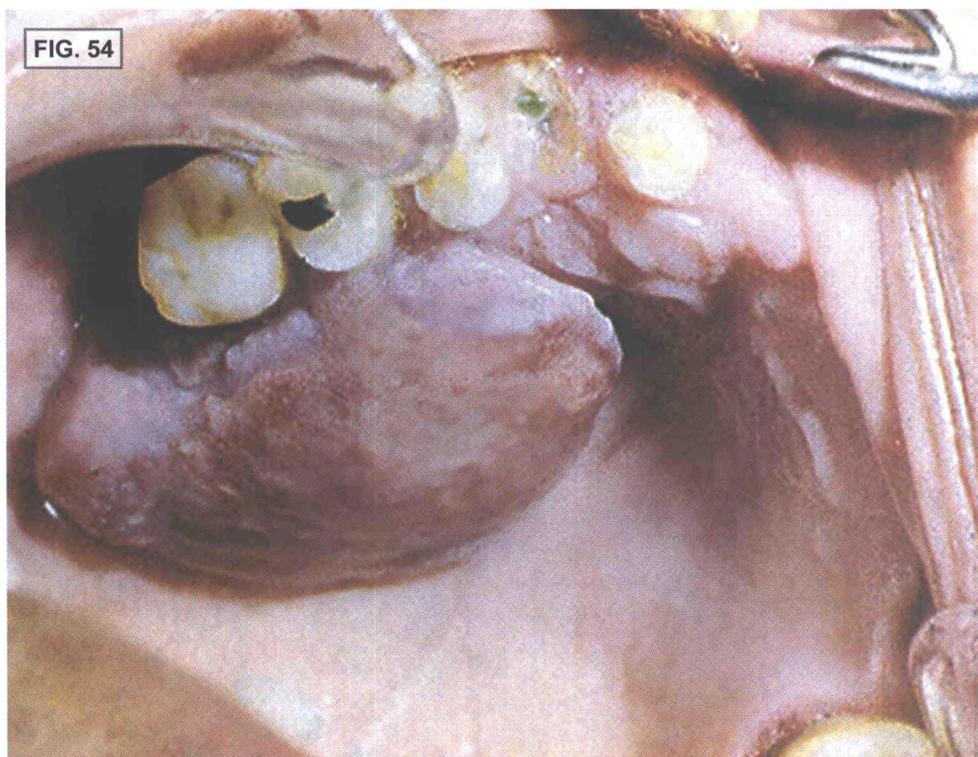


FIG. 54



Tumor palatino en un paciente anciano que tenía el diagnóstico de seminoma metastásico. El foco inicial estaba localizado en uno de los testículos del paciente.

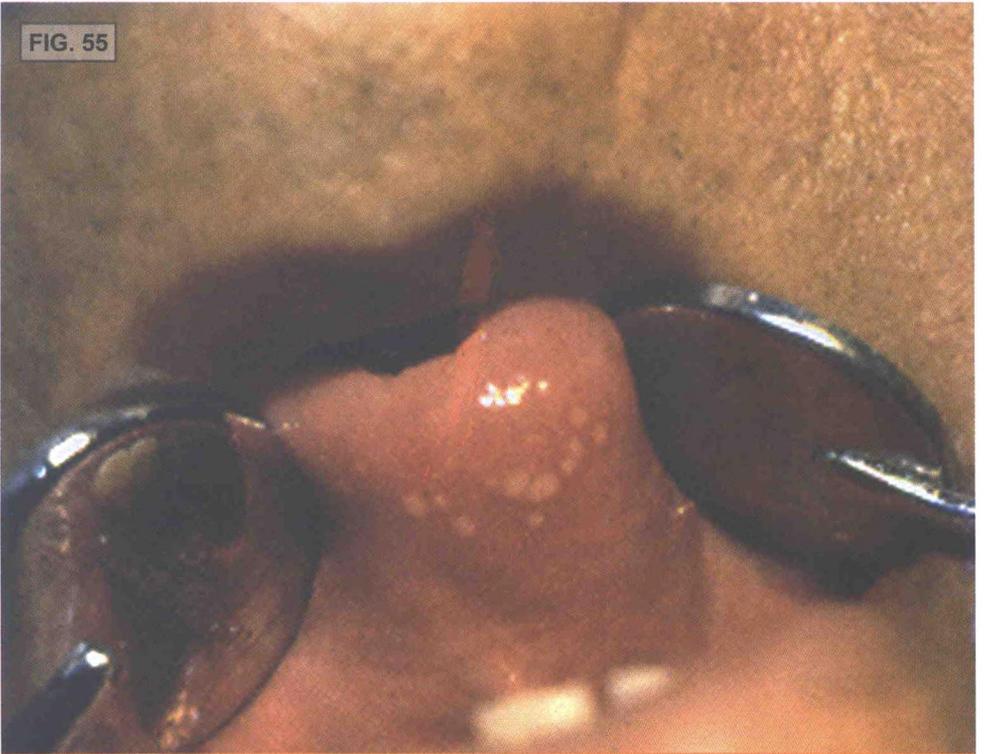
VESÍCULA, FLICTÉNULA Y AMPOLLA: Son elevaciones de la mucosa, circunscritas que tienen contenido líquido. Están alojadas en el grosor del epitelio o debajo de él. Su contenido puede ser seroso o hemorrágico.

Son comunes el afta, estomatitis herpética primaria, pénfigo, penfigoide.

Como parte del proceso de cicatrización se tornan superficiales, perdiendo finalmente su epitelio y vertiendo su contenido, transformándose en ulceraciones. Se diferencian entre sí por su tamaño; las más pequeñas son vesicular, las de pocos milímetros flicténula, y las de mayor dimensión o ampollas.



FIG. 55



Estomatitis herpética primaria. Nótese la multiplicidad de vesículas en la base de la lengua.



FIG. 56



Herpes zoster distribuido en el hombro derecho. Se observan múltiples ampollas distribuidas en forma zosteriforme. Esta enfermedad se caracteriza por iniciarse con lesiones vesiculares y ampollares, las cuales se convierten en ulceraciones cuando la vesícula o la ampolla se abren en la superficie produciendo un intenso dolor en el paciente afectado.

PÚSTULA: Es una lesión elevada, muy parecida a la vesícula pero cuyo contenido es purulento.

Su aspecto es irregular y de color entre amarillo y blanco opaco. Son comunes en el impétigo y otras infecciones previas a su fistulización.



FIG. 57



Impétigo ampollar localizado en la región peribucal. Esta infección pústulo-costrosa es causada por streptococcus que produce pústulas que al cabo de varios días vierten su secreción hacia el exterior convirtiéndose en costras por la desecación de la pus y la acumulación de células epiteliales descamadas y linfocitos.

COSTRA: Es una lesión producida como consecuencia de la desecación de un líquido orgánico que puede ser pus, sangre o serosidad, con células epiteliales adyacente y restos variados.

Se producen al final de la cicatrización de heridas superficiales de la piel y en asociación con infecciones pustulares, como en impétigo, herpes secundario y actinomicosis.



FIG. 58



Lesión costrosa sobre infección secundaria de herpes virus.

ESCARA Y ESFÁCELO: Se denomina escara al tejido necrótico producido por distintas formas de necrosis y gangrenas. Cuando el tejido no se desprende en su totalidad y permanece pendiente de la lesión

central se denomina esfácelo. Ambas lesiones elementales se encuentran en el carcinoma epidermoide, granuloma letal de la línea media y las costras en proceso de eliminación o desprendimiento.



FIG. 59



Necrosis palatina en paciente con granuloma letal de la línea media. Nótese las escaras y esfácelos en la porción central de la lesión.

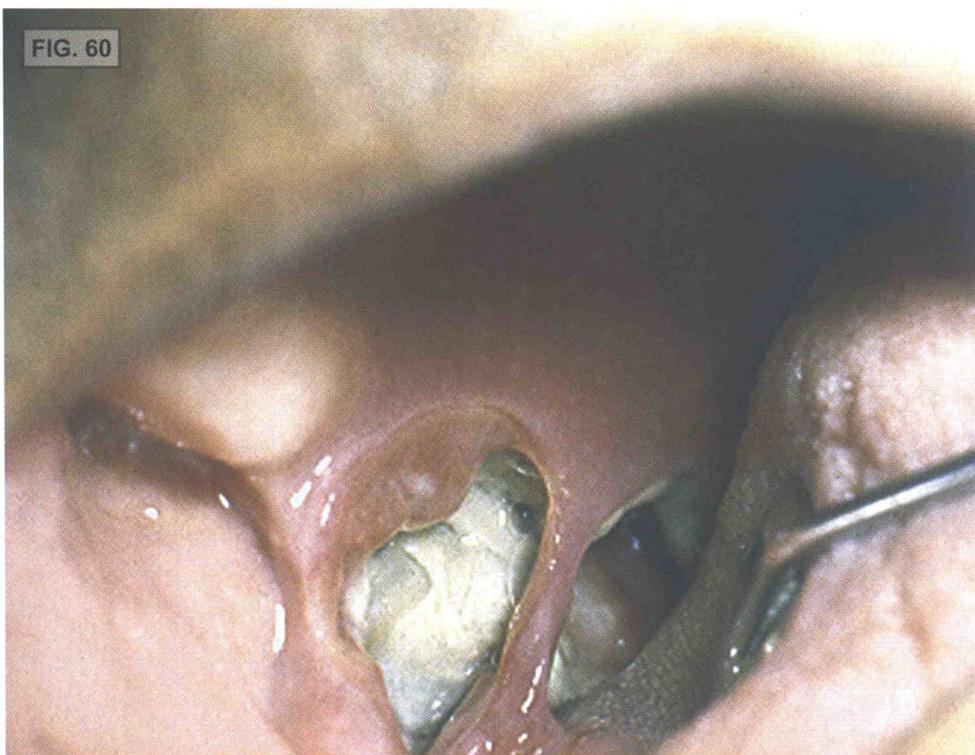
NECROSIS Y NECROBIOSIS: La necrosis es la muerte total del tejido, mientras que en la necrosis se observan algunos elementos vitales. Ambas son conceptos histopatológicos difícil de ser distinguidos clínicamente.

Al examinar se observa una lesión de

color negruzco, amarillo-gris o violáceo. La necrosis suele acompañar a las neoplasias malignas de origen epitelial como es el caso de los carcinomas epidermoides, en los cuales coexisten la necrosis, la úlcera, la leucoplasia y la eritroplasia, todas distribuidas en distintas partes de la lesión.



FIG. 60



Úlcera necrótica en el pilar anterior y la amígdala. Nótese la ausencia total de ambos pilares de la bóveda palatina izquierda.

GANGRENA: Este término significa muerte súbita de un tejido al que se agrega putrefacción microbiana. Es característica de la gangrena gaseosa y los envenamientos locales, tales como la picadura de insectos y la mordedura de araña.

La gravedad de estas lesiones, van acompañadas de sintomatología general como fiebre, malestar total y otros fenómenos de orden tóxico.



FIG. 61



Lesión gangrenosa por mordedura de araña en el labio inferior. Se observan fístulas múltiples por actinomicosis sobreagregada.



CAPÍTULO III

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES DE LA LESIÓN



La lesión elemental representa la unidad del diagnóstico inicial. Todas sus características clínicas son importantes se deben de tener en cuenta. En la práctica clínica no existe ningún aspecto clínico desechable, ya que cualquier lesión puede tener distintas formas o manifestaciones clínicas que caractericen a la enfermedad y puedan determinar su naturaleza.

La coloración juega un papel primordial en

la consulta inicial. Es necesario observar detenidamente cualquier cambio de tonalidad, alguna discromía entre las consultas, el incremento o la disminución de la intensidad de su color así como la presencia de pigmentaciones en zonas poco frecuentes.

Hay que observar si los cambios son indicativos de variaciones temporales o permanentes en la superficie de la mucosa bucal.

TABLA N° 3

MODIFICACIONES DEL PIGMENTO MELÁNICO

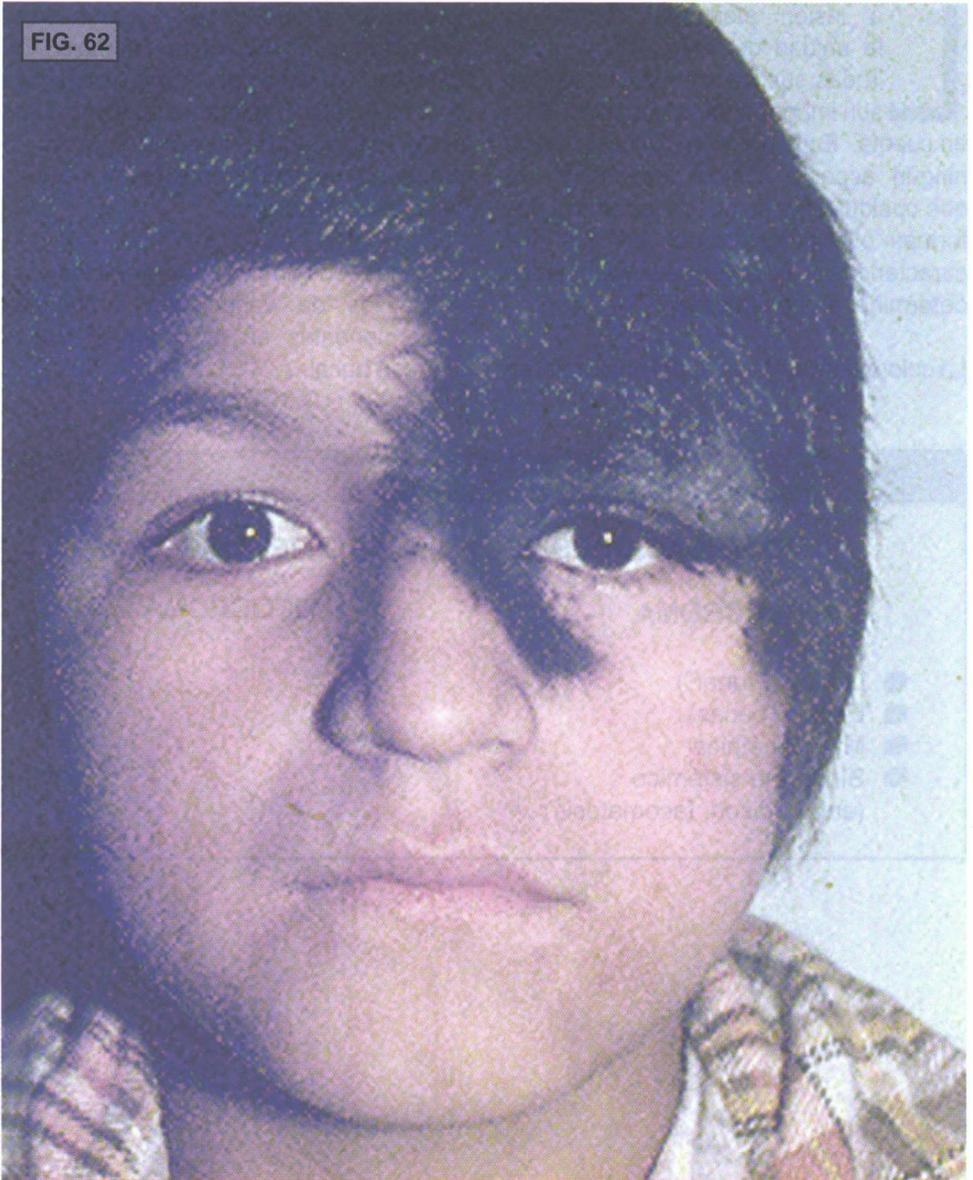
HIPERCROMA

- Léntigo ("lunar")
- Efélide (peças)
- Mancha étnica
- Síndrome sistémico
(enf. Addison, facomatosis)

HIPOCROMA



FIG. 62



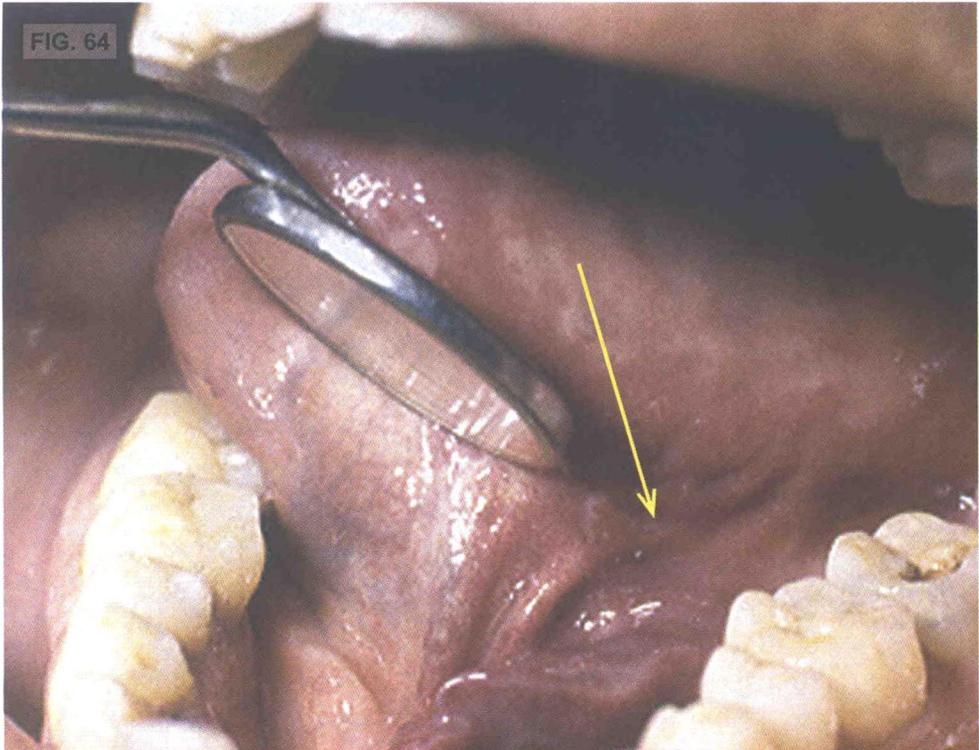
Léntigo piloso gigante que compromete la región periorbitaria y frontal izquierda en un niño de 10 años.



FIG. 63



Pigmentaciones melánicas múltiples (efélides o pecas) en una niña con enfermedad de Von Recklinhausen.



Mancha de color rojo en la región sublingual y piso de boca en un paciente portador de angioma.

Como se mencionó en el Capítulo III, las modificaciones en el pigmento melánico producen lesiones clínicas conocidas como léntigo, efélide o manchas étnicas. En ciertos casos, la coincidencia de pigmentaciones lentiginosas o efelidinosas múltiples con tumoraciones sistémicas y antecedentes familiares orientan a un diagnóstico sistémico.

Van der Hoeven (1898) describió como facomatosis (facoma = tumor) o geno-

dermatosis (geno = origen) a este grupo de enfermedades en las que se asocian lesiones pigmentarias dérmicas y tumoraciones de naturaleza hereditario-familiar.

Dichas enfermedades se presentan como la asociación de lesiones pigmentarias y nodulares (enfermedad de Von Recklinghausen), efélides y pólipos colónicos (enfermedad de Peutz-Jehgers) o léntigos, múltiples querato-

quistes y quistes dermoides (síndrome del nevo basocelular o enfermedad de Gorlin).

Otras facomatosis se presentan como

asociación de tumoraciones y angiomas hemifaciales, tal como sucede en la enfermedad de Sturge-Weber. Todas ellas presentan antecedentes hereditario familiares.



FIG. 65

Múltiples efélides en el rostro de paciente portadora de la enfermedad de Gorlin. Esta enfermedad se caracteriza por queratoquistes múltiples asociados con lesiones cutáneas que suelen degenerar en carcinomas basocelulares en la piel.

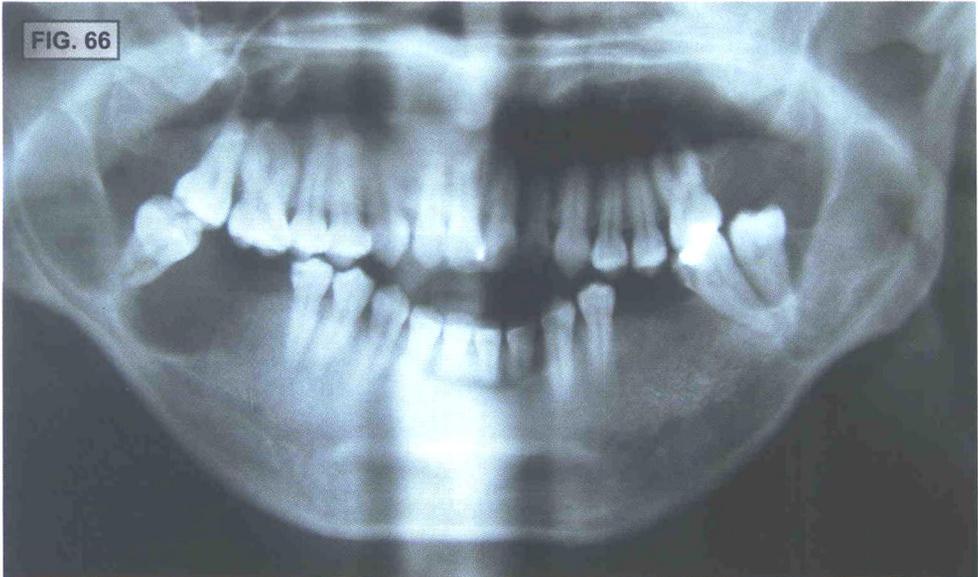


FIG. 66

Ortopantomografía de la paciente anterior. Se observan dos queratoquistes en ambas zonas molares mandibulares.

TABLA N° 4

FACTORES HEMÁTICOS Y VASCULARES ASOCIADOS CON PIGMENTACIONES

- Poliglobulia
- Ectasias (telangiectasia y varicosidad)
- Acción de vasoconstrictores
- Pigmentos hemáticos (púrpura)
- Hiperplasias vasculares (angiomas)

La Tabla N° 4 establece algunos parámetros que el clínico debe tomar en cuenta frente a la presencia de manchas de etiología hemática o vascular. Hay que señalar, que las discrasias sanguíneas no constituyen

la única causa de pigmentación mucosa. La existencia de alteraciones sistémicas como la poliglobulia, púrpura y leucemia representan otro grupo importante de factores pigmentarios.



Igual concepto puede decirse de las malformaciones vasculares disembrionarias conocidas como angiomas, en los que se asocian distintas tonalidades de color rojo-violáceo (rojo, rojo vinoso y violeta) en relación con la naturaleza de los tejidos comprometidos, sean és-

tos capilares, arteriolas o vénulas. Las disembrionoplasias no son verdaderos tumores sino más variaciones o distorsiones en el desarrollo de ciertos tejidos, como sucede en el caso de los dientes supernumerarios, geminaciones y odontomas.

TABLA N° 5

PIGMENTOS ENDÓGENOS Y EXÓGENOS DE LA MUCOSA BUCAL

ENDÓGENOS

- Hemoglobina (rojo)
- Oxi-hemoglobina (azul)
- Bilirrubina (amarillo)
- Lipocromo (caroteno: naranja)
- Siderina (pardo-verdoso)

EXÓGENOS

- Ingestión de metales y metaloides: oro, plata, bismuto, mercurio, arsénico y carbón.
- Tatuajes.

La presencia de pigmentos endógenos o exógenos, tal como indica la Tabla N°5, puede ser determinante para identificar la existencia de cambios cromáticos de la mucosa bucal. Así, la acumulación de bilirrubina en los tejidos bucales produce una coloración amarillenta, a diferencia de los lipocromos que produce un color amarillo o naranja. Por su parte, el colesterol produce una pigmentación de color blanco, la siderina de color bronce y la enfermedad de Addison se caracteriza por producir una pigmentación parda.

La tinción con pigmentos exógenos, como los metales y metaloides, produce una coloración distinta según el mineral y la cantidad acumulada de la sustancia al interior de la piel o la mucosa.

El tamaño de la lesión es otro aspecto importante desde el punto de vista semiológico. Lo fundamental no es la dimensión en sí, sino más bien la tendencia de crecimiento y la profundidad de su desarrollo, es decir, su desarrollo interno o profundidad del mismo.



En estos casos, pueden existir lesiones pequeñas en superficie, aunque profundas en extensión, teniendo en estos casos mayores posibilidades de daño tisular que aquellas lesiones grandes pero superficiales.

La forma de la lesión puede guardar re-

lación con los contornos y la consistencia de la misma. Las lesiones más circunscritas pueden ser indicativas de un crecimiento poco agresivo localmente. La irregularidad de sus contornos, será por el contrario, una señal de crecimiento activo en alguno de sus bordes.

FIG. 67



Carcinoma epidermoide en la región del mentón. La lesión inicial se localiza en el piso de boca. Se observa una úlcera en la parte externa de la lesión.



La consistencia de las lesiones está sujeta a la naturaleza de su contenido, así como a la mayor cantidad de estratos tisulares comprometidos. Las formas inflamatorias e infecciosas agudas suelen ser preferentemente blandas, no así las crónicas, las cuales pueden variar en su consistencia de acuerdo con su etiología. Sólo los flemones se presentan clínicamente como

masas sólidas de origen infeccioso.

Por otro lado, la presencia de sintomatología es también frecuente en los procesos inflamatorios o infecciosos agudos. Los trastornos de origen neoplásico benigno o maligno, suelen más bien variar en su consistencia de acuerdo con la estirpe histológica de cada tumor.

FIG. 68



Carcinoma epidermoide que compromete la lengua y el piso de la boca. Nótese la presencia de una úlcera acompañada de necrosis, leucoplasia y eritroplasia.



Hay que tener en cuenta, que además de cualquiera de las características mencionadas, éstas pueden variar si acaso ocurriera la instalación de un proceso infeccioso o inflamatorio sobre la lesión inicial. En estos casos, el clínico debe discriminar entre la naturaleza de fondo neoplásico y la infección sobregregada. Esto es importante para iniciar de inmediato el tratamiento an-

tiinfeccioso, previo a cualquier tratamiento sobre la enfermedad de fondo.

Una vez determinadas las características individuales de cada lesión, será posible establecer si su crecimiento responde a su desarrollo intrínseco, o si acaso existen factores predisponentes o agravantes a la lesión misma.



Mordedura del labio inferior. Se aprecian zonas de necrosis gangrenosa sobre la superficie mucosa.



CAPÍTULO IV

CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS DE LESIONES



Cuando se observa la multiplicidad de las lesiones elementales de la piel o la mucosa bucal es posible determinar cuál es la disposición de las mismas dentro del conjunto. Ante los ojos de un clínico acucioso, las lesiones suelen guardar cierto “ordenamiento”, lo cual permite clasificarlas de acuerdo con su modo de agrupamiento.

Según la relación que guardan las lesiones múltiples entre sí, la disposición general puede ser:

- Lineal, si la disposición es recta.
- Anular, si las lesiones se distribuyen en forma circular.

- Corimbiforme, si la agrupación es en forma de racimo.
- Arciforme, cuando las lesiones se agrupan en forma de arco.
- Herpetiforme o zosteriforme, si la disposición de las lesiones sigue el trayecto de un nervio periférico.

Algunas formas de ordenamiento de las lesiones son características de alguna enfermedad, tal como sucede con la estomatitis herpética primaria (corimbiforme respetando la encía adherida) y el herpes zoster (vesículas y ampollas siguiendo el trayecto evidente de una terminación nerviosa en particular).



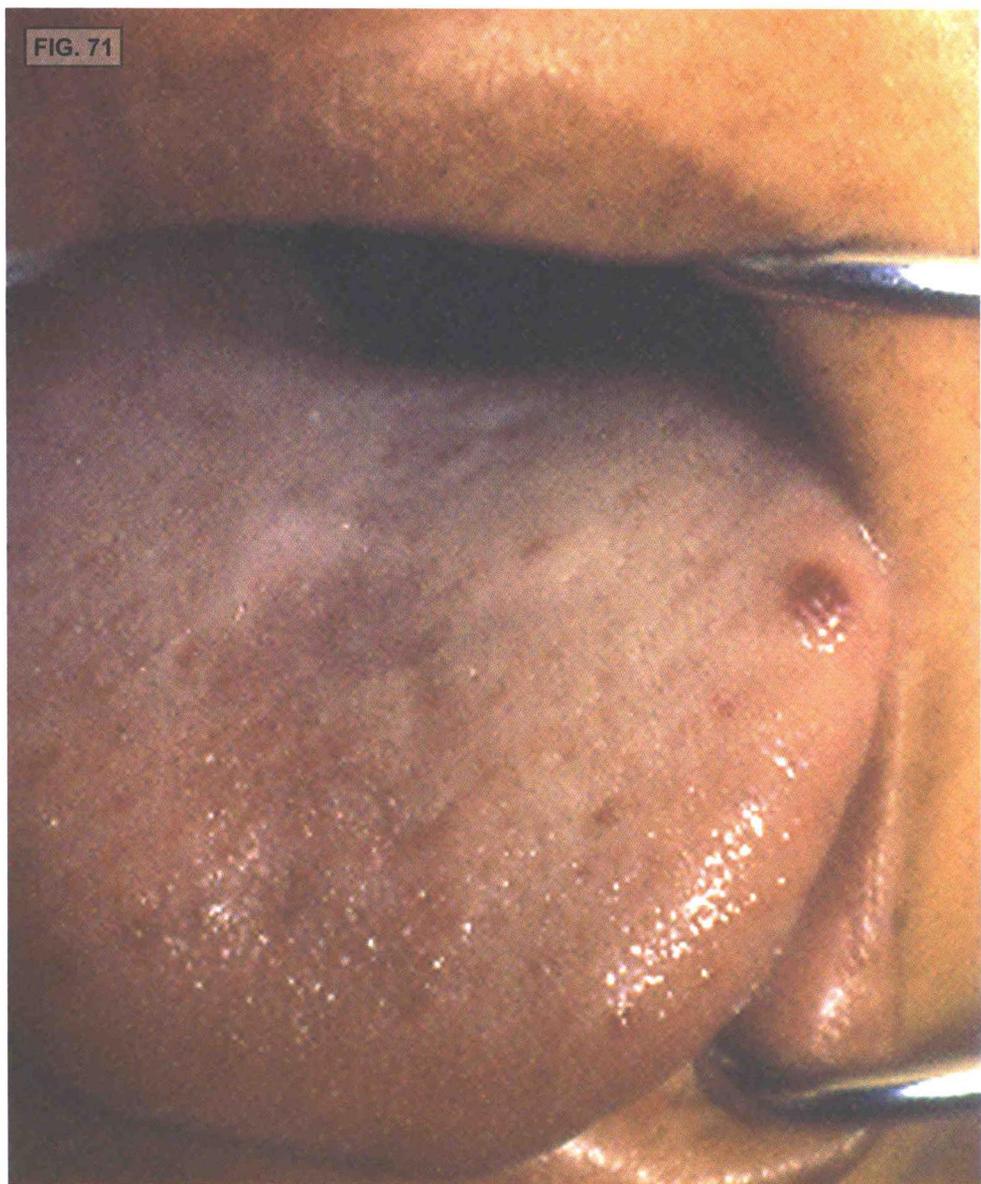
FIG. 70



Herpes zoster. Nótese la presencia de agrupaciones lineales y corimbiformes.



FIG. 71



Telangiectasias múltiples de tipo puntiforme sobre el dorso lingual un paciente con la enfermedad de Osler-Weber-Rendu.



CAPÍTULO V

DISTRIBUCIÓN DE LA PATOLOGÍA

De acuerdo con su distribución, las lesiones pueden ser locales, regionales o sistémicas. Por definición, son locales aquellas cuya extensión se reduce a la zona de origen; son regionales cuando la amplitud de la lesión compromete una o varias zonas anatómicas adyacentes; y es sistémica o general, cuando la lesión forma parte de una enfermedad mayor en la cual existen varias lesiones

en una o varias zonas distantes de la lesión bucal.

Cuando se trata de neoplasias malignas de origen epitelial, por ejemplo carcinomas, la presencia de adenopatías en los distintos grupos ganglionares puede ayudar a establecer el carácter local, regional o sistémico de la enfermedad.

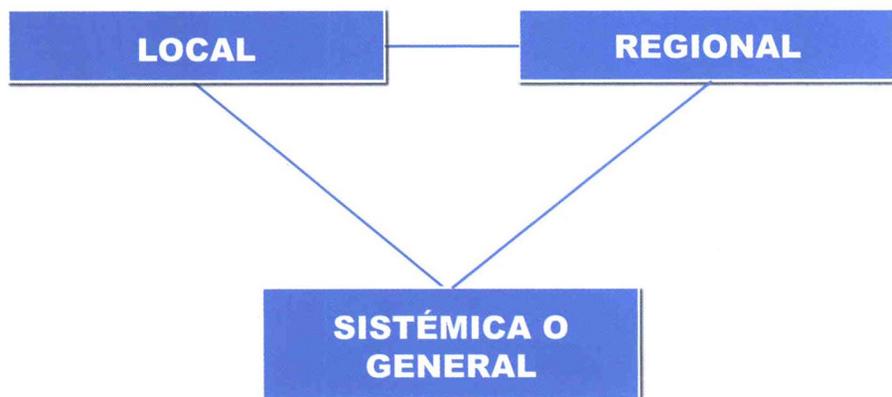
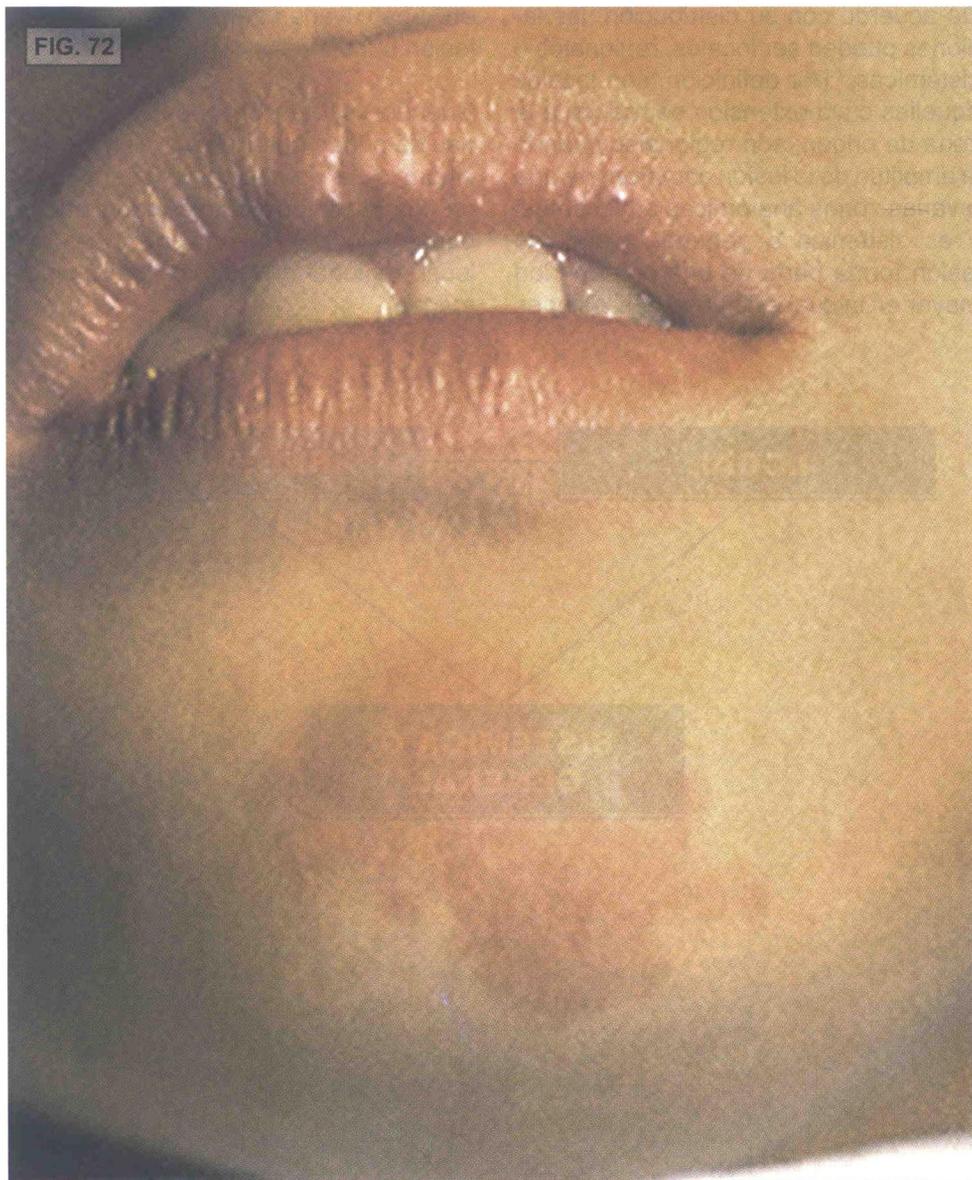




FIG. 72



Distribución local de una telangiectasia hereditaria (mancha en vino de Oporto) sobre la región mentoniana de un niño de 6 años (lesión local).



FIG. 73



Distribución regional de un hematoma de la región pectoral surgido como complicación postoperatoria de la extracción de un tercer molar mandibular. La extensión de una lesión a otras regiones es posible debido a la comunicación existente entre los distintos planos anatómicos del piso de la boca, región cervical y región pectoral.



FIG. 74



Múltiples efélides en el rostro de paciente portador de la enfermedad de Gorlin. Esta enfermedad se caracteriza por queratoquistes múltiples asociados con lesiones cutáneas que suelen degenerar en carcinomas basocelulares en la piel.

FIG. 75

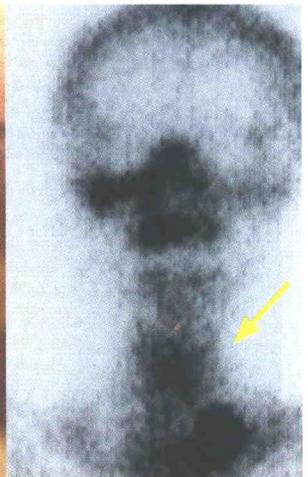
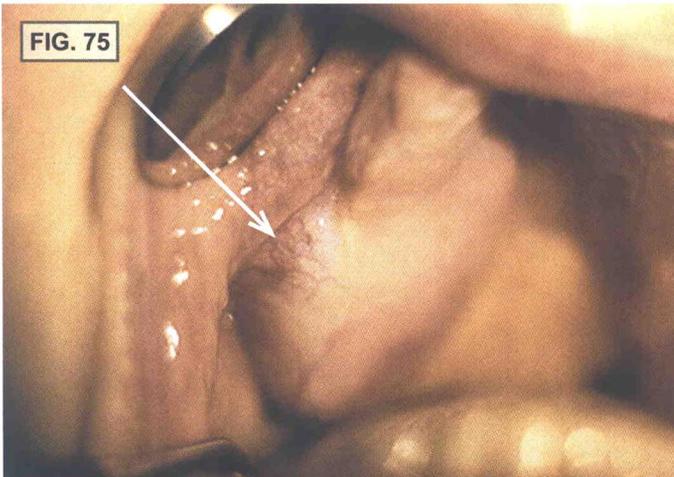
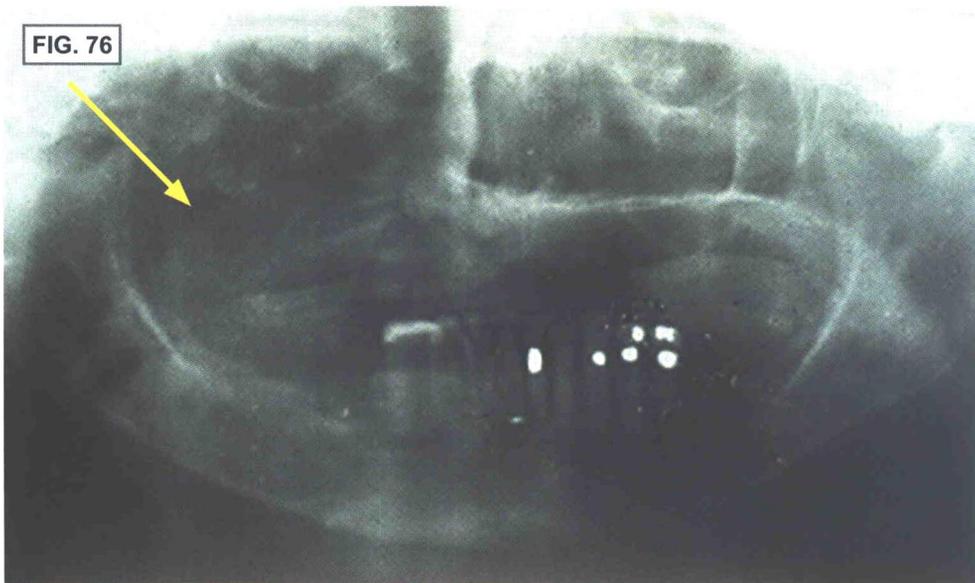


Foto clínica, gammagrafía ósea y panorámica de una paciente de 78 años con mieloma múltiple (enfermedad sistémica). Las flechas muestran la extensión en la zona de la tuberosidad maxilar y el ganglio supraclavicular izquierdo (conocido como ganglio de Virchow).



FIG. 76



La ortopantomografía panorámica del caso anterior muestra la severa destrucción de la maxila y la desaparición del seno maxilar en el lado derecho debido a la diseminación del mieloma múltiple de la fotografía previa.



CAPÍTULO VI

NATURALEZA DE LA LESIÓN O ENFERMEDAD



Debemos considerar que las lesiones de la mucosa suelen asociarse con problemas genéticos, congénitos, inflamatorios (debido a traumas físicos o químicos), infecciosos (bacterianos, virales, micóticos), neoplasias benignas o malignas (conocidos cotidianamente como “cáncer”).

Los trastornos genéticos y congénitos suelen expresarse en forma clínica en el paciente generalmente después del parto. Sin embargo, en múltiples ocasiones éstos no se manifiestan sino después de complicaciones secundarias, pasando inadvertidos aún para el paciente durante períodos de varios meses o años. Por ello, es importante investigar la existencia de antecedentes familiares en otros miembros, o si hubo manifestaciones anteriores del mismo problema en otros períodos de tiempo (enfermedades a repetición o enfermedades con varios episodios de la misma).

Los problemas inflamatorios son pasajeros y tienen manifestaciones sintomáticas en el paciente. Se asocian con signos exteriores de enrojecimiento, sangrado, dolor; también cursan con episodios de fiebre y febrículas, así como con adenopatías satélite conocidas como infartación ganglionar cervical.

Acaso los problemas de orden infeccioso son los más frecuentes en la práctica clínica diaria. Su existencia está supe-
ditada a la presencia de un microorganismo causal y factores locales y generales predisponentes.

Es necesario tener en cuenta la presencia de focos sépticos dentarios, heridas faciales producidas por agentes externos, inmunodeficiencia e infecciones idiopáticas. El manejo antiinfeccioso es de primer orden. Las virosis, tales como herpes simple, herpes zoster y herpangina, requieren sólo de tratamiento sintomático y el paciente debe conocer la posibilidad de episodios cíclicos a repetición.

Las neoplasias benignas se distinguen de las malignas en que su crecimiento lento y progresivo no provoca daño permanente y letal en el paciente. El crecimiento de las lesiones benignas se produce por extensión local y no por diseminación linfática o hemática, tal como sucede con las neoplasias malignas.

Las lesiones malignas producen además, linfadenopatía regional con infartación de consistencia pétreo, siendo muchas veces bilateral o asociarse con metástasis (diseminación a distancia) en tejidos y órganos distantes al foco inicial.

Es indispensable determinar la etiología de la lesión problema, en vista que su manejo final y en especial la decisión del momento oportuno para su tratamiento, será realizado de acuerdo con los resultados obtenidos en esta etapa del diagnóstico.

Es preciso recordar, que cada uno de los pasos señalados suelen hacerse de manera inmediata y correlativa una después de la otra. Se recomienda además, que estos cinco pasos descri-

tos sean realizados en la misma sesión de consulta y no sean postergados para la segunda visita del paciente.

Como señalamos al inicio, el examen clínico constituye la primera etapa dentro de la evaluación integral del paciente con enfermedad bucal. Por otra parte, el desarrollo del esquema de diagnóstico sugerido no exime al clínico de realizar los exámenes imagenológicos (radiología, tomografía, etc.) e histopatológicos correspondientes.

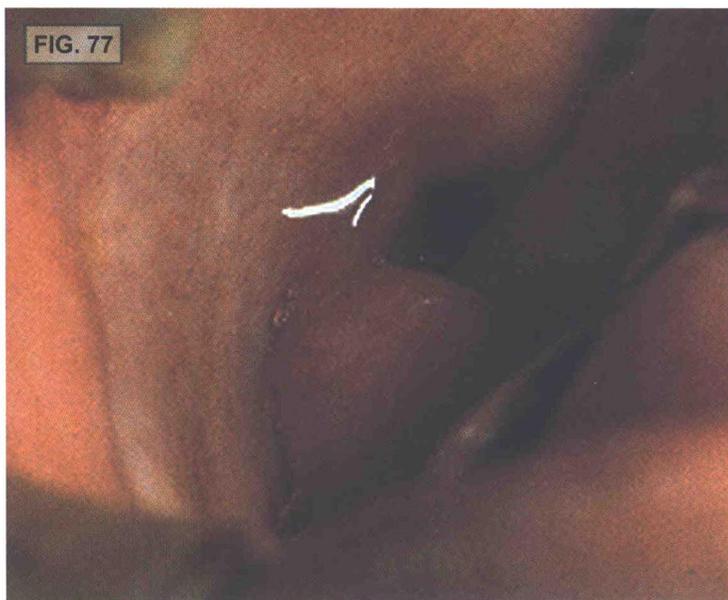
TABLA N° 6

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS ENFERMEDADES SEGÚN SU NATURALEZA.

TIPO DE ENFERMEDAD	FORMA DE INICIO	DOLOR	FIEBRE	ADENOPATÍA CERVICAL
CONGÉNITA	nacimiento	NO	NO	NO
INFECCIÓN	brusco o insidioso	SI	Variable	Blanda
NEOPLASIA BENIGNA	insidioso	NO	NO	NO
NEOPLASIA MALIGNA	insidioso	NO	Variable	Blanda
TRAUMÁTICA	brusco	SI	NO	NO
AUTOINMUNE	insidioso	Variable	NO	NO
DISMETABÓLICA Y/O DEGENERATIVA	insidioso	Variable	Variable	NO



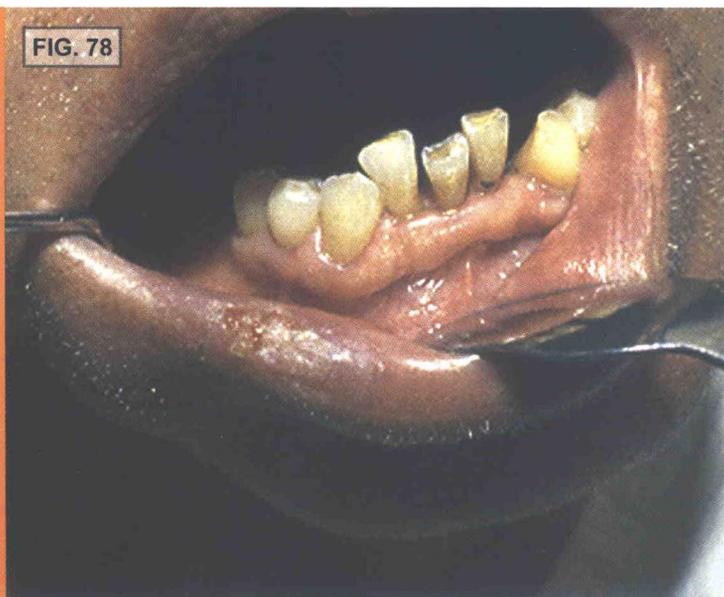
FIG. 77



Eritroplasia ubicada sobre el pilar anterior derecho. Esta lesión es considerada como premaligna y su identificación clínica es fundamental en la práctica odontológica.

FIG. 78

Carcinoma epidermoide sobre el labio inferior en un paciente de 63 años. Esta neoplasia maligna puede tener diversos aspectos clínicos.





CAPÍTULO VII

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO



Según como se estableció en los pasos iniciales, el diagnóstico presuntivo se desprende inmediatamente de la evaluación inicial. Los datos obtenidos deben ser registrados en la historia clínica respectiva especificando todas las características clínicas señaladas.

El diagnóstico presuntivo debe guardar relación con la mayor cantidad posible de hallazgos clínicos obtenidos. Si bien es cierto, que pocas enfermedades tienen signos patog-nomónicos (características únicas de dicha enfermedad), es válido pensar que la mayor coincidencia de datos clínicos obtenidos con el diagnóstico presuntivo dará mayor consistencia a los distintos estudios imagenológicos o de otro tipo que se indiquen previos a la biopsia.

No es completamente válido ni científico, esperanzarse en las bondades del estudio histopatológico como examen único, ya que en muchos casos éste puede ser inespecífico en su diagnóstico. Esto ocurre en los casos de infiltración linfocitaria crónica y la hiperplasia papilar inflamatoria, por citar dos ejemplos. Estos “diagnósticos” no dan una idea clara de la naturaleza de la lesión ni brindan una certeza en el diagnóstico final, por lo que el clínico no debe conformarse con realizar la biopsia, sino abundar en detalles clínicos

para alcanzar el diagnóstico y determinar el curso de la enfermedad. De este modo podrá recomendar el tratamiento más adecuado para el paciente.

Resulta evidente la gran importancia del diagnóstico diferencial, el cual nos brinda una visión comparativa entre los datos que tenemos, el resultado obtenido (diagnóstico presuntivo) y las posibilidades de manejo en caso que el estudio histopatológico no sea categórico.

REFLEXIONES FINALES

La meta de nuestra evaluación clínica ha sido alcanzada. Tenemos ya, un diagnóstico definitivo, el cual ha sido obtenido merced al complemento entre la evaluación clínica, el estudio imagenológico, laboratorístico e histopatológico.

Pero recordemos que dicho logro científicamente alcanzado, no habría sido posible sin la colaboración integral y colectiva de nuestros cinco sentidos puestos a disposición de nuestro raciocinio e inteligencia.

No se ha inventado hasta la fecha, un equipo sofisticado que sea capaz de reemplazar nuestra inteligencia; hagamos votos para que ella siga siendo nuestro gran privilegio.



PARTE III

ATLAS CLÍNICO DE ENFERMEDADES



FIG. 79



Adolescente con enfermedad de Crouzon. Esta patología tiene carácter hereditario y se caracteriza por craneosinostosis temprana, exoftalmia, y falta de desarrollo de los huesos del tercio medio facial.

Su tratamiento temprano es importante para disminuir las deformidades faciales que se acentúan durante los años.

En este caso, la madre era quien portaba la enfermedad inicialmente.

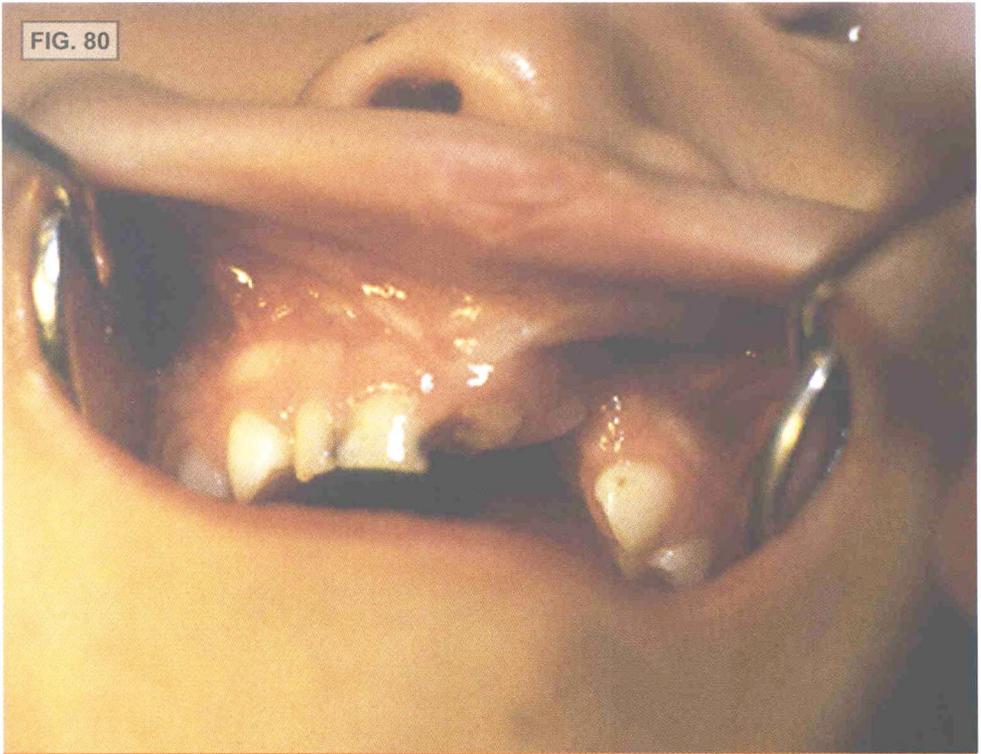
Adolescente con enfermedad de Crouzon. Esta patología tiene un carácter hereditario y se caracteriza por craneosinostosis temprana, exoftalmia, y falta de desarrollo de los huesos del tercio medio facial.

Su tratamiento temprano es importante para disminuir las deformidades faciales que se acentúan durante los años.

En este caso, la madre era quien portaba la enfermedad inicialmente.



FIG. 80



La fisura labiopalatina en sus distintas presentaciones puede estar relacionada con trastornos hereditarios o deformidades individuales en los pacientes. Se han descrito más de cien síndromes asociados con la fisura labio palatina.

Esta patología puede ser unilateral o bilateral, y es más bien rara en forma única o central. Esta última forma es conocida como labio leporino.

La fisura palatina separa la premaxila del proceso maxilar lateral produciendo una deformidad que afecta a la oclusión dentaria, ya que los incisivos superiores se forman en la premaxila y los dientes restantes del proceso maxilar lateral.

Su diagnóstico clínico y cefalométrico no es complejo, mientras que su tratamiento requiere de un manejo integral entre el ortodoncista, odontopediatra, foniatra y el cirujano máxilo facial.



Infección facial de origen aeróbico ocasionada por la extensión de un absceso dentario hacia los tejidos blandos de la cara. En sus inicios esta patología es de carácter local y extenderse regionalmente. En casos extremos, la infección puede diseminarse a través del piso de la boca hacia el espacio faríngeo lateral y extenderse a través de los planos intermusculares del cuello hacia el mediastino. En este último caso, la mediastinitis puede causar la muerte del paciente por sepsis generalizada.

Cuando la infección odontogénica se produce en alguno de los dientes superiores, ésta puede diseminarse hacia la cavidad orbitaria, y a través de la hendidura esfenoidal alcanzar la base craneal produciendo una encefalitis y posteriormente la muerte del paciente debido a una trombosis del seno cavernoso

El tratamiento oportuno de la infección dentaria previene estas complicaciones.



FIG. 82



Drenaje de abundante secreción purulenta desde el interior del seno maxilar durante un curetaje en un paciente a quien le realizaron la extracción de un segundo molar hacía dos semanas. La secreción era sumamente espesa y tenía un olor fétido, características inequívocas de una infección producida por gérmenes anaerobios.

El paciente concurrió inicialmente por un dolor intenso en el segundo molar durante la masticación; este diente tenía una caries profunda y pulpitis irreversible. Al momento de la extracción se produjo un drenaje espontáneo de pus a través del alveolo dentario, lo que evidenció que la sinusitis maxilar crónica estaba instalada desde hace varios meses antes.

El tratamiento consistió en el curetaje radical del seno maxilar mediante un abordaje de Caldwell Luc a través de una trepanación vestibular por detrás de la fosa canina, el lavado con una solución de clorhexidina al 0.12%, cierre plástico de la comunicación buco-antral y una medicación antibiótica con clindamicina de 600 mg, tres veces al día durante quince días.



FIG. 83



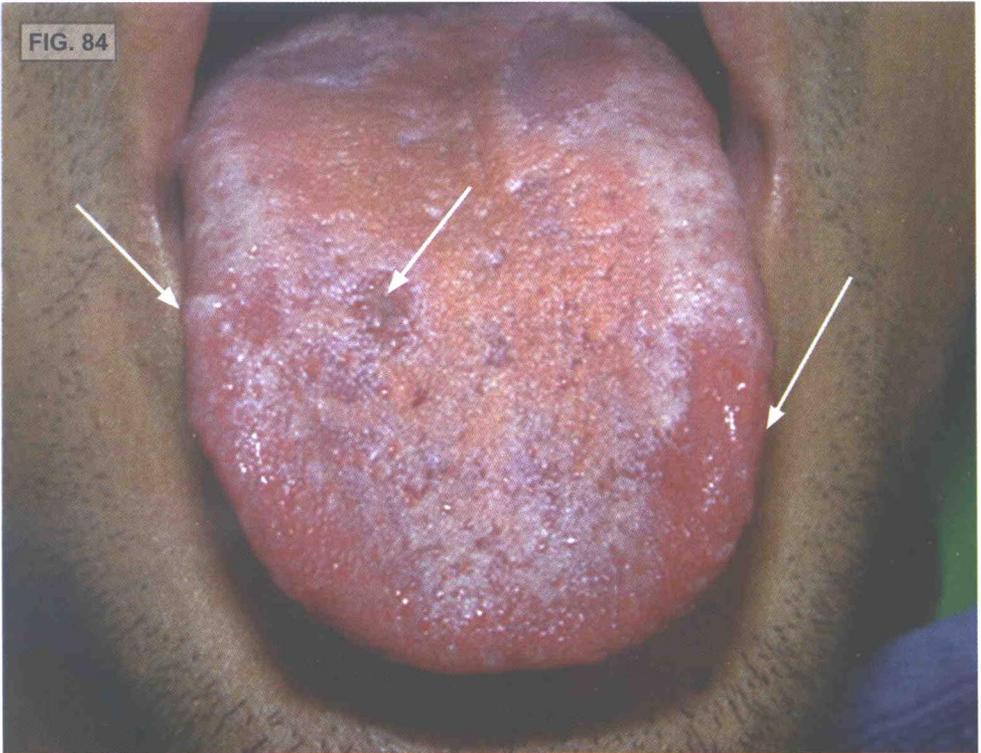
Estomatitis herpética primaria en un joven de 22 años. La primoinfección de esta enfermedad se inicia con la formación de vesículas de distintos tamaños distribuidos en el trayecto de un nervio periférico. En la expresión bucal de esta nosología, existe un pródromo caracterizado por fiebre, malestar general y dolor inubicable en la mucosa bucal.

Poco a poco las vesículas se agrupan en forma corimbiforme (forma de racimo de uvas) como se observa en la fotografía. Cuando las vesículas se hacen superficiales en el epitelio mucoso, se rompen y se pierde el epitelio formando ulceraciones muy dolorosas para el paciente. El pródromo puede durar 4 ó 5 días, mientras que vesículas, ulceraciones y la curación de éstas puede tomar entre 10 y 12 días, haciendo un total de aproximadamente 15 días que puede durar en total todo el proceso de esta enfermedad.

Debido a la aparición de lesiones primarias (vesículas) que se transforman en secundarias (ulceraciones) esta patología es agrupada con otras denominadas enfermedades vesículo-ulcerativas. El diagnóstico diferencial se realiza con la herpangina, aftas simple, glosopeda, enfermedad de Behcet entre otras.



FIG. 84



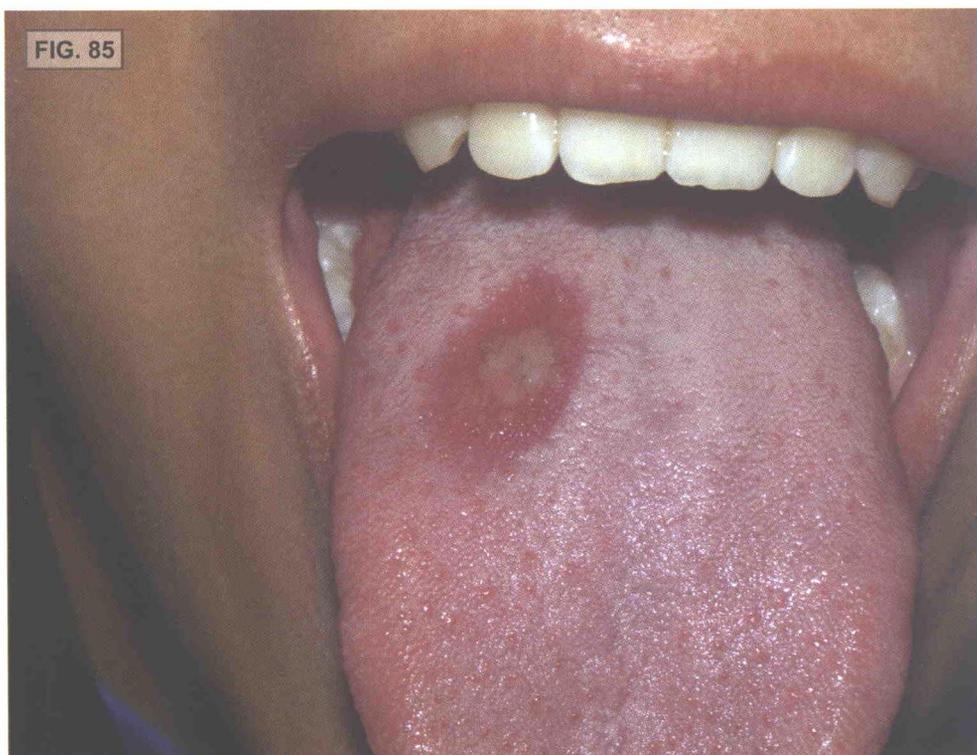
Etapa tardía de una estomatitis herpética primaria donde se observa una lengua con heridas múltiples ocasionadas por ulceraciones en proceso de remisión. Estas ulceraciones son muy dolorosas para el paciente y la enfermedad en sí sólo tiene un tratamiento sintomático.

La forma vesículo-ulcerativa de la estomatitis herpética es característica de la primoinfección; la demás ocurrencias o episodios de esta enfermedad presentan más bien lesiones vesículo-costrosas y se localizan sobre la semimucosa de los labios y el vestibulo nasal. Estas lesiones costrosas son generalmente únicas y el tratamiento consiste en evitar su sobreinfección con bacterias locales que pueden provocar cuadros severos de infección local.

Herpangina, afta simple, glosopeda, enfermedad de Behcet entre otras.



FIG. 85



Afta mayor localizada sobre el dorso de la lengua. La lesión tenía una evolución de aproximadamente 10 días, observándose la ulceración en proceso de remisión. El contorno eritematoso representa la extensión inicial de la lesión, la misma que producía un dolor insoportable al paciente durante la deglución y el habla.

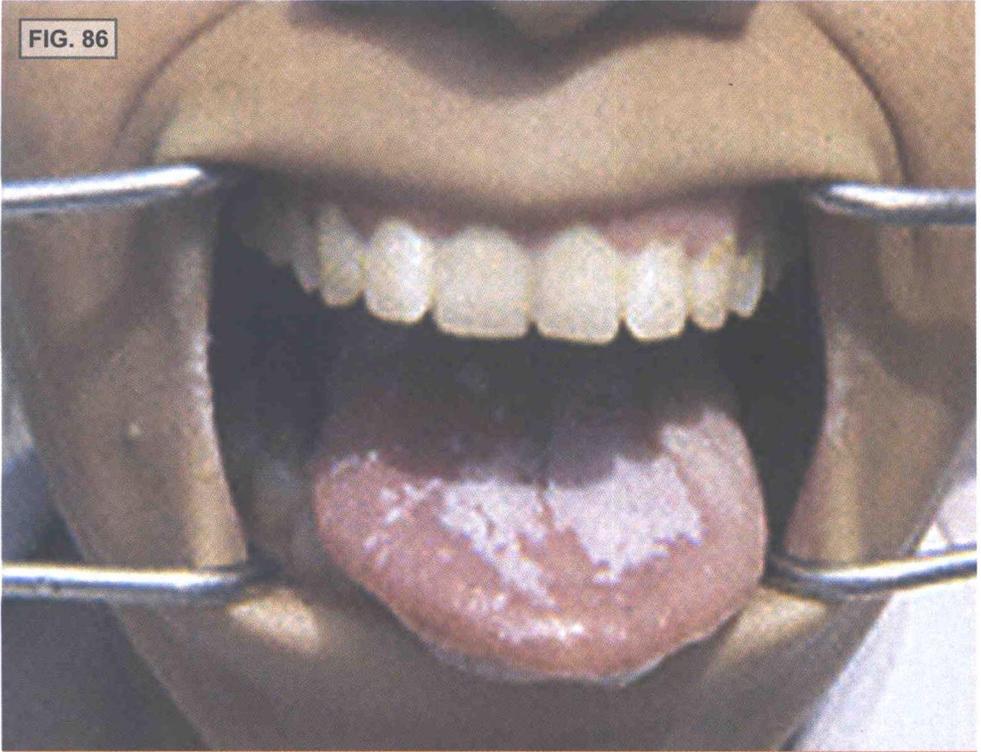
Estas lesiones, a diferencia de la denominada afta menor, suelen ocurrir con poca frecuencia y se localizan generalmente sobre la mucosa de los carrillos.

El tratamiento es sintomático y es de esperar su remisión progresiva en el término de pocos días. En ciertos casos, estas lesiones pueden remitir después de muchas semanas, con la consiguiente sintomatología dolorosa en los pacientes.

El tratamiento con Solcoseryl puede ser beneficioso para la curación de las heridas ulcerativas ya que este fármaco tiene como propiedad el adherirse fácilmente sobre la mucosa expuesta.



FIG. 86



La candidiasis local tiene tres presentaciones clínicas comunes: hiperplásica, pseudomembranosa y atrófica. La hiperplásica tiene como características el aumento de volumen de la encía y mucosa bucal en general por debajo de la prótesis dental poco higienizada. También se presenta en aquellos portadores de prótesis parcial con excesivo tiempo de uso.

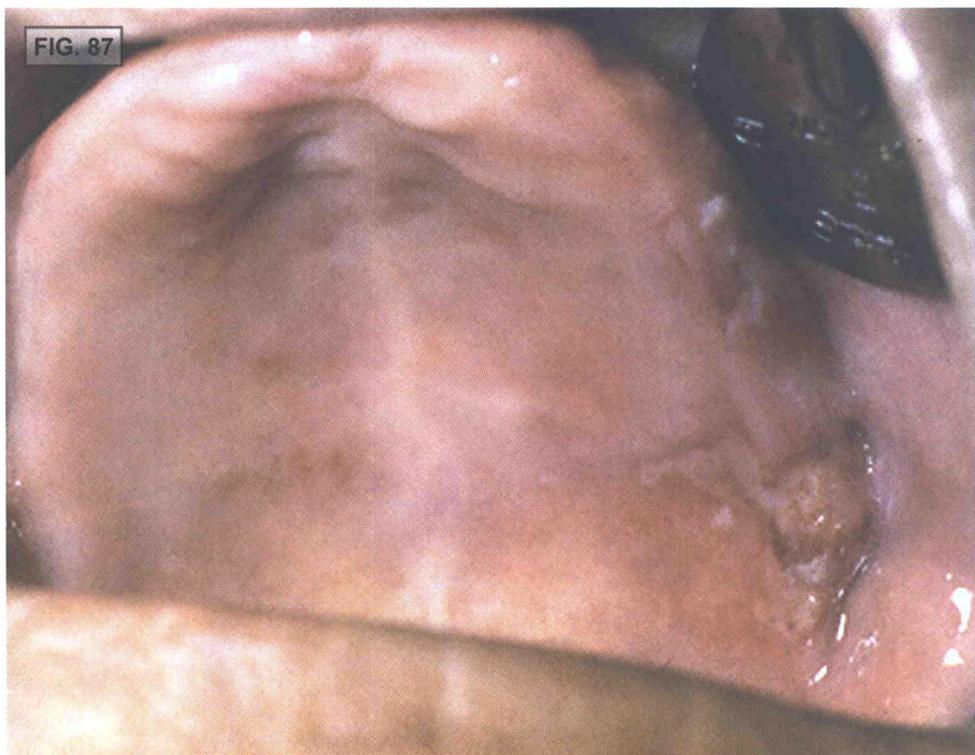
La presentación atrófica (ver Figura 86) es poco frecuente y la ulceración que la caracteriza se acompaña de dolor intenso sobre la mucosa lesionada.

La candidiasis pseudomembranosa o muguet (como en la presente foto) debe su nombre a la presencia de hifas que se desprenden de la mucosa. Esta pseudomembrana tiene un color blanquecino y se utiliza como diagnóstico después de un raspado superficial para el estudio en frotis de la muestra.

El tratamiento consiste en el uso tópico de antimicóticos derivados del iconazol. Las formas profundas requieren de un tratamiento prolongado



FIG. 87



En la candidiasis atrófica se presenta una ulceración que se manifiesta clínicamente por un intenso dolor que puede confundir su diagnóstico con herpes o formas extensas de aftas.

La foto muestra una lesión característica en una anciana edéntula, quien portaba una prótesis completa hacía muchos años. Se observan zonas de candidiasis atrófica a nivel de los premolares y otra a nivel de los molares del lado izquierdo.

También se observan lesiones de candidiasis hiperplásica en la superficie del paladar de esta paciente.

El retiro de la prótesis y la farmacoterapia con derivados del iconazol son fundamentales para lograr un éxito en el tratamiento de estos pacientes.



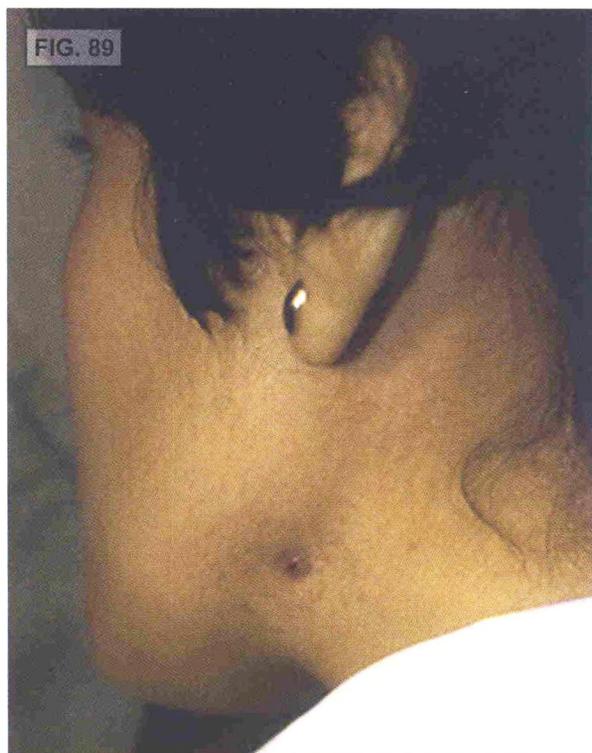
FIG. 88



Blastomycosis sudamericana en un varón proveniente de una zona selvática. La lesión granulomatosa crónica ha producido una destrucción de los cartílagos nasales y el paladar produciendo una comunicación buco-nasal.

Se aprecian zonas de gran destrucción de tejidos nasales; en la narina derecha se observa una necrosis en el ala externa. También existen lesiones erosivas en la mucosa labial superior.

La úlcera crónica en el paladar era absolutamente asintomática. Esta infección es producida por una especie de paracoccidioides.



Fístula cutánea producida por la diseminación de una infección crónica de origen dentario. El trayecto desde el foco dentario hasta el ángulo de la mandíbula indica la extensión regional de un proceso infeccioso local.

Cuando la fístula tiene pocas semanas no requiere de tratamiento específico, siendo la eliminación del foco principal el tratamiento más eficaz.



FIG. 90

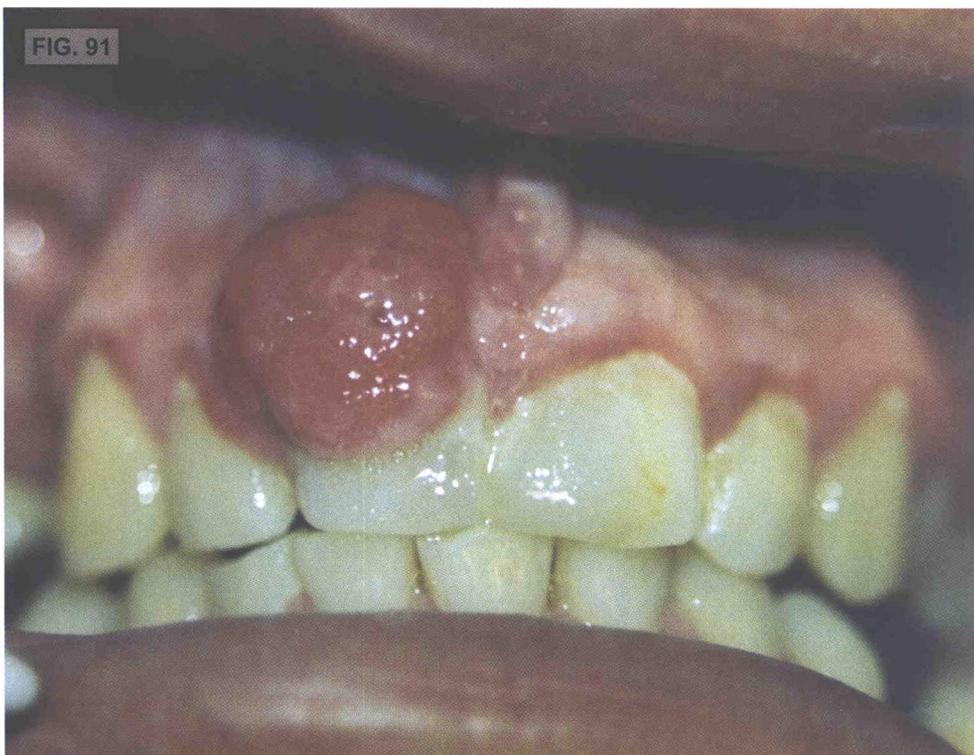


El tumor central de células gigantes tiene el aspecto de una masa dura y consistente, revestido de un tejido de cubierta que lo hace disecable durante la cirugía. Se trata de una imagen mixta algunas veces multiloculada que puede extenderse destruyendo amplias zonas del tejido óseo. Los dientes afectados terminan formando parte de la lesión por lo que se requiere la extracción dentaria.

En este caso, la lesión se extendía hasta el piso de la fosa nasal y había desplazado el piso del seno maxilar derecho. El tratamiento consiste en la extirpación de la lesión bajo anestesia local o general, dependiendo del tamaño de la patología.



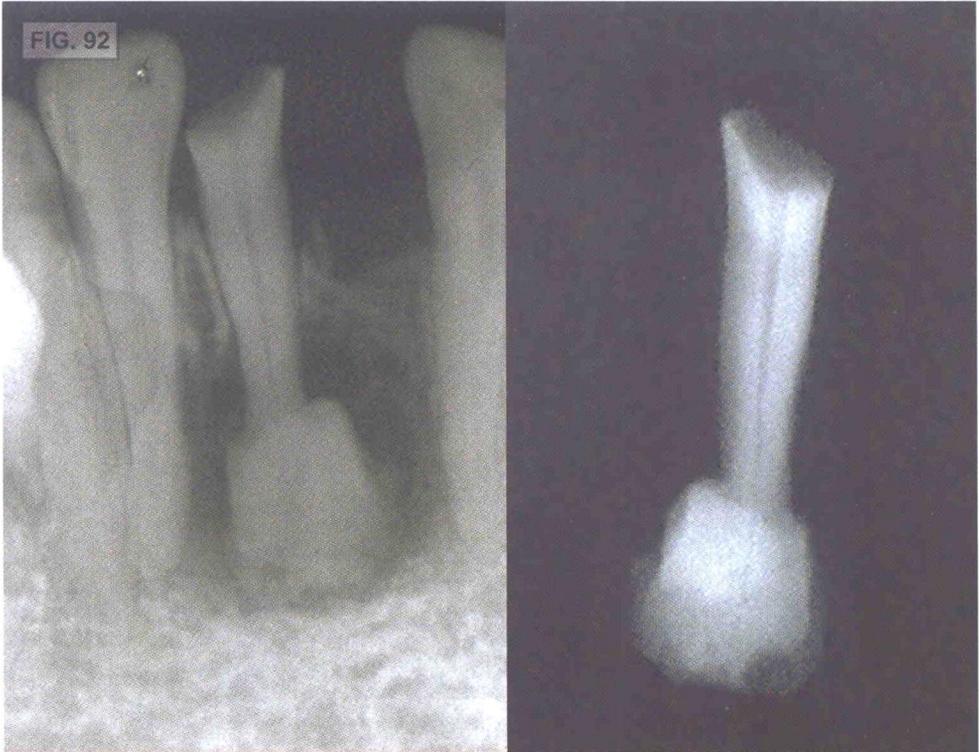
FIG. 91



Este épulis aparece clínicamente como una lesión blastomatosa en relación con el periodonto del incisivo central. La íntima relación de los épulis con el ligamento periodontal de los dientes afectados es una característica de esta lesión que desafortunadamente requiere de la extirpación conjuntamente con los dientes comprometidos.

El tratamiento conservador, preservando los dientes con movilidad, puede ocasionar recidiva y la reaparición de la lesión, por lo que durante su extirpación se requiere de la eliminación de una porción de encía sana del contorno.

La falta de higiene, como en este caso, puede exacerbar la magnitud de la patología haciéndola más sangrante.



El cementoma verdadero o cementoblastoma es una neoplasia benigna odontogena localizada en el ápice de los dientes. Tiene el aspecto de una masa sólida de tejido dentario calcificado rodeada de una zona radiolúcida; esta última corresponde a la porción del tumor no calcificado.

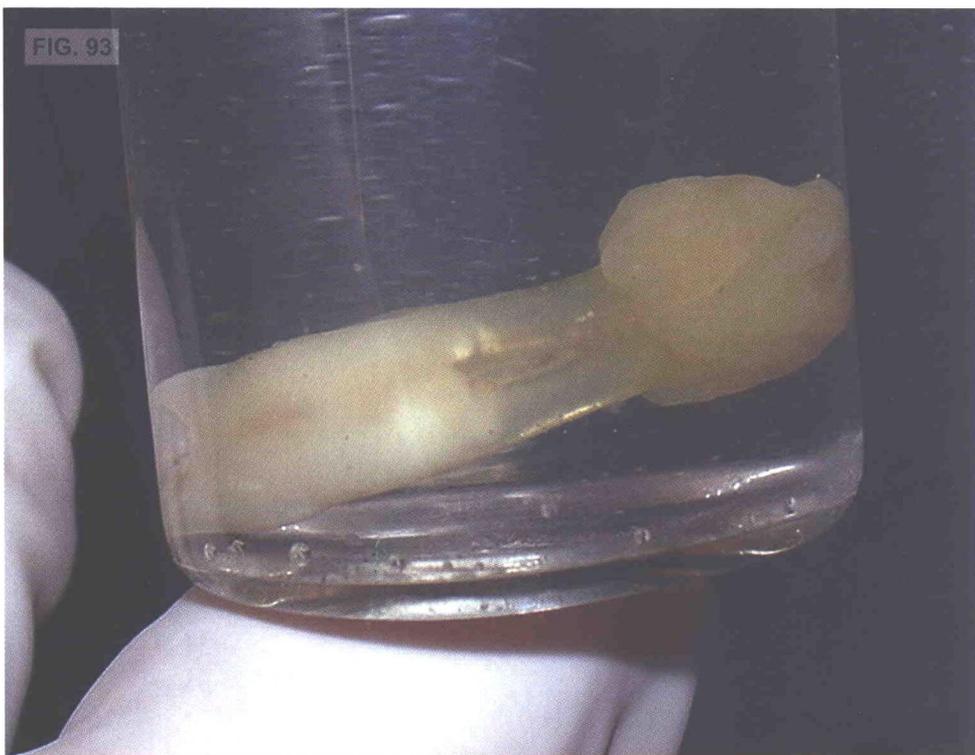
Otra lesión de la misma estirpe histológica es el cementoma gigantiforme, cuya extensión puede abarcar muchos dientes y producir gran destrucción de tejido sano.

El tratamiento de ambas lesiones consiste en la extracción del diente o los dientes afectados conjuntamente con el tejido tumoral que los afecta.

La radiografía de la derecha fue tomada después de la extirpación de la lesión.



FIG. 93

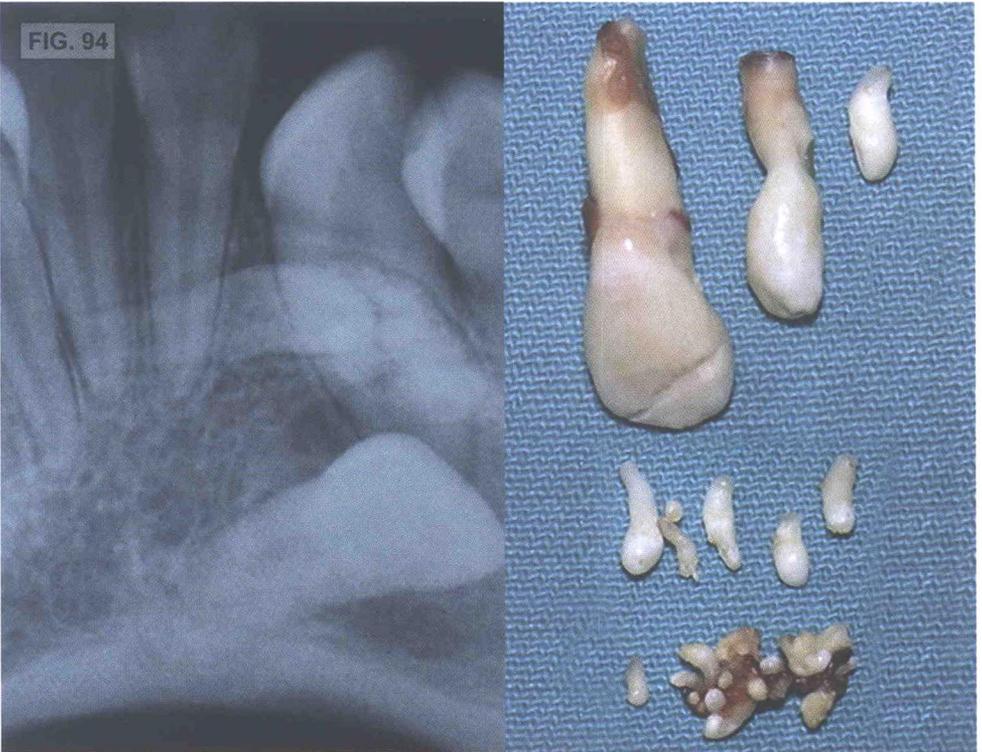


Luego de la extirpación del diente con la lesión, este debe ser enviada para su estudio histopatológico en una solución de formol al 10%.

La fotografía muestra el aspecto deformado del ápice de la raíz del incisivo inferior afectado.



FIG. 94



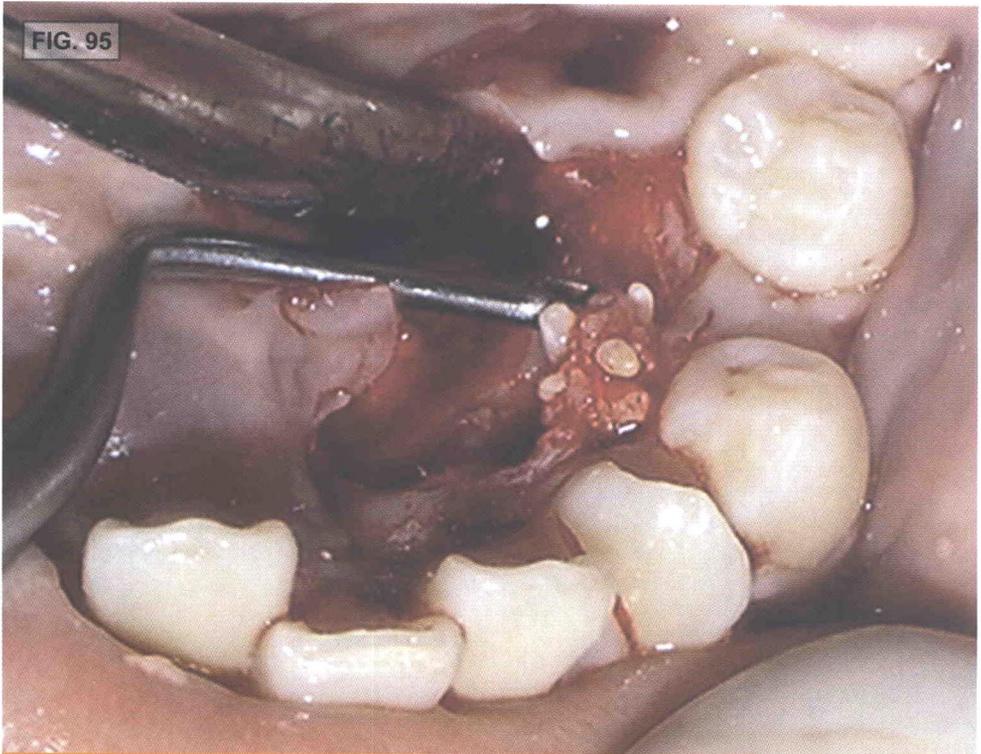
El odontoma tiene tres presentaciones clínicas: la forma simple, la compuesta y la compleja. La presencia de calcificaciones múltiples con aspecto de dientes, denominados dentículos, es característica del odontoma complejo.

Las lesiones pueden contener hasta cientos de dentículos. Grinspan hace referencia de un reporte del profesor Hermann quien comunicó un caso que superaba los 2000 dentículos.

La fotografía derecha muestra el incisivo lateral extraído, acompañado de múltiples dentículos que conformaban este odontoma compuesto.

Su diagnóstico es generalmente fortuito durante evaluaciones radiográficas de rutina o durante una evaluación pre-ortodóncica.

FIG. 95



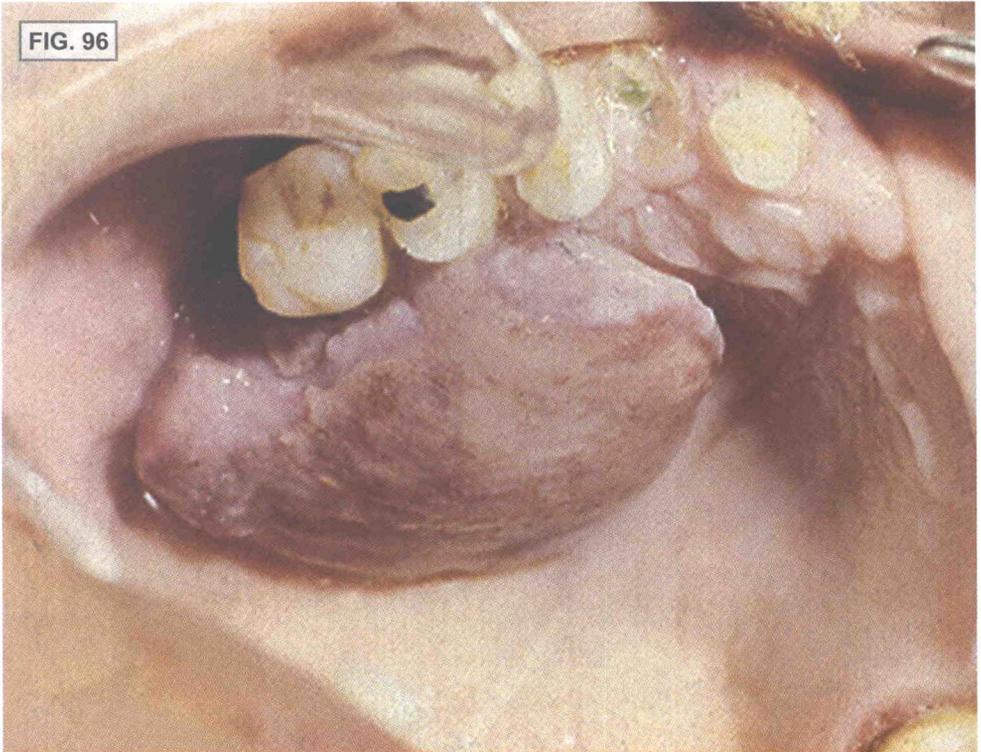
Apariencia clínica del odontoma compuesto de la Figura 93, donde se observan múltiples denticulos adheridos al tejido folicular dentario. Los denticulos que aparecen son las masas calcificadas, las cuales están acompañadas de decenas de denticulos no calcificados que se encuentran al interior del tejido folicular del cual forman parte.

Antes de realizar la sutura, es preciso tomar una radiografía para verificar la extirpación total de todos los denticulos.

Los odontomas son lesiones de crecimiento limitante y su tamaño final se adquiere una vez que se completa la calcificación de los denticulos.



FIG. 96



Las metástasis de las neoplasias malignas tiene distintos aspectos clínicos. En algunos casos aparecen como pequeños papilomas sobre la mucosa bucal, y en otros casos como este, se presenta un gran tumor con apariencia de tubérculo por fuera de la arcada dentaria.

Esta masa enorme corresponde a un seminoma metastático originado en el testículo de un varón de 71 años. La lesión era totalmente asintomática y tenía un engrosamiento de la mucosa que recubría el tumor.

El informe histopatológico mostró un seminoma metastático bien diferenciado. El paciente falleció un año después de haber sido diagnosticada la lesión por las complicaciones derivadas de otras metástasis en el abdomen.



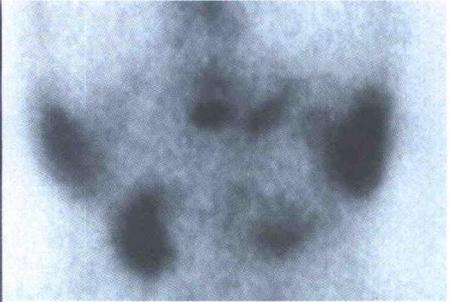
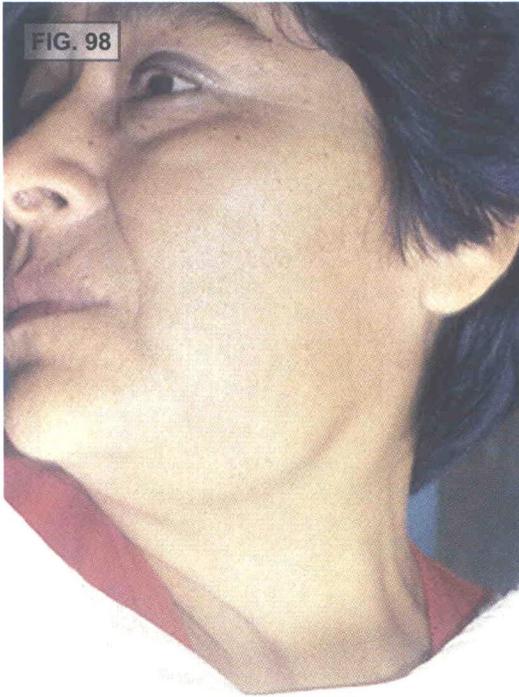
FIG. 97



Esta lesión localizada en la zona retromolar derecha en un paciente de 32 años tenía el aspecto de vegetación con una úlcera central asintomática. También habían múltiples zonas de leucoplasia y eritroplasia, todas en un radio de aproximadamente 15 centímetros.

El diagnóstico histopatológico reveló un carcinoma verrucoso, el cual fue tratado mediante la resección de la hemimandíbula y el vaciamiento radical de los ganglios del cuello, ya que el carcinoma había destruido todo el cuerpo mandibular en esa zona.

Esta forma de carcinoma tiene un crecimiento poco agresivo localmente y puede ser fácilmente diagnosticado en sus etapas tempranas.



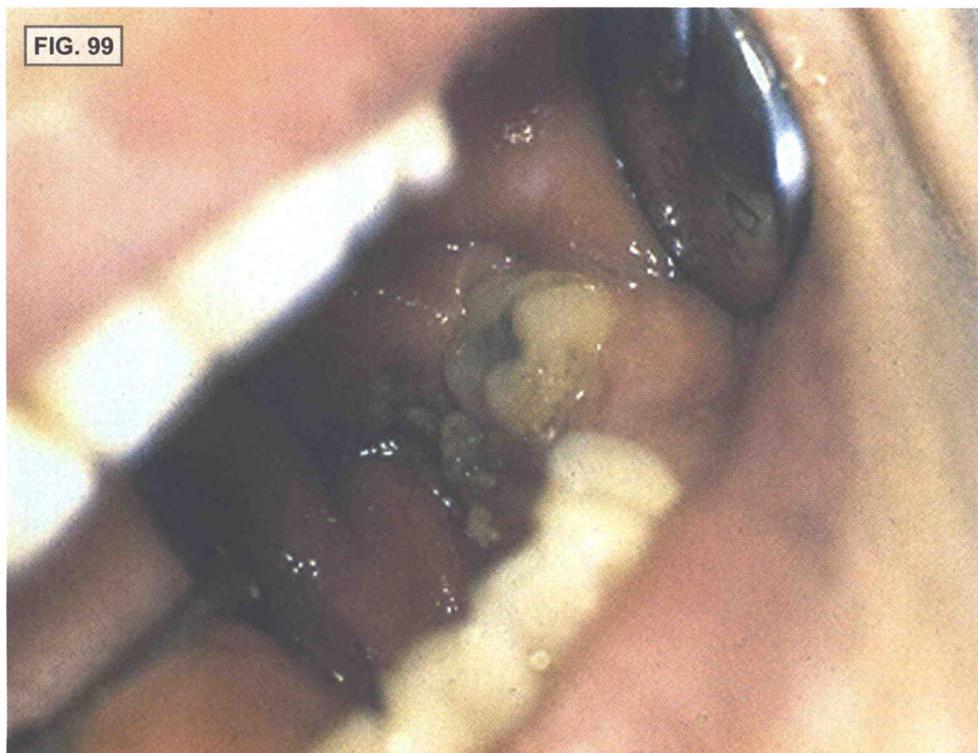
Adenopatía cervical en la zona submaxilar izquierda en una fémina de 41 años, portadora de un carcinoma epidermoide iniciado en el reborde alveolar próximo al piso de la boca. La masa ganglionar era de consistencia pétreo y los ganglios estaban firmemente unidos a la aponeurosis cervical.

La gammagrafía de las glándulas salivales muestra en el lado izquierdo, la disminución evidente en el tamaño de la glándula submaxilar izquierda que se encontraba infiltrada por la diseminación local del carcinoma.

El incremento en la captación del radioisótopo en la glándula parótida izquierda y submaxilar derecha pueden ser de tipo compensatorio, pues las glándulas activas tienden a compensar la deficiencia ocasionada por la glándula submaxilar izquierda dañada severamente por el carcinoma.



FIG. 99



Vista clínica intrabucal de la paciente de la figura 99, donde se observa una úlcera necrótica sobre el reborde alveolar adyacente al piso de boca la frente al último molar mandibular.

La asociación clínica de úlcera y necrosis es patognomónica de un carcinoma epidermoide de la mucosa. Estas lesiones son absolutamente asintomáticas y son advertidas por el paciente en estadios avanzados o durante exámenes rutinarios.

En cualquier caso el diagnóstico clínico debe ser corroborado mediante el estudio histopatológico.

Debajo de la zona de necrosis se advierte un enrojecimiento de la mucosa el cual es característico de un tejido en proceso activo de crecimiento y mayor vascularización local.



FIG. 100



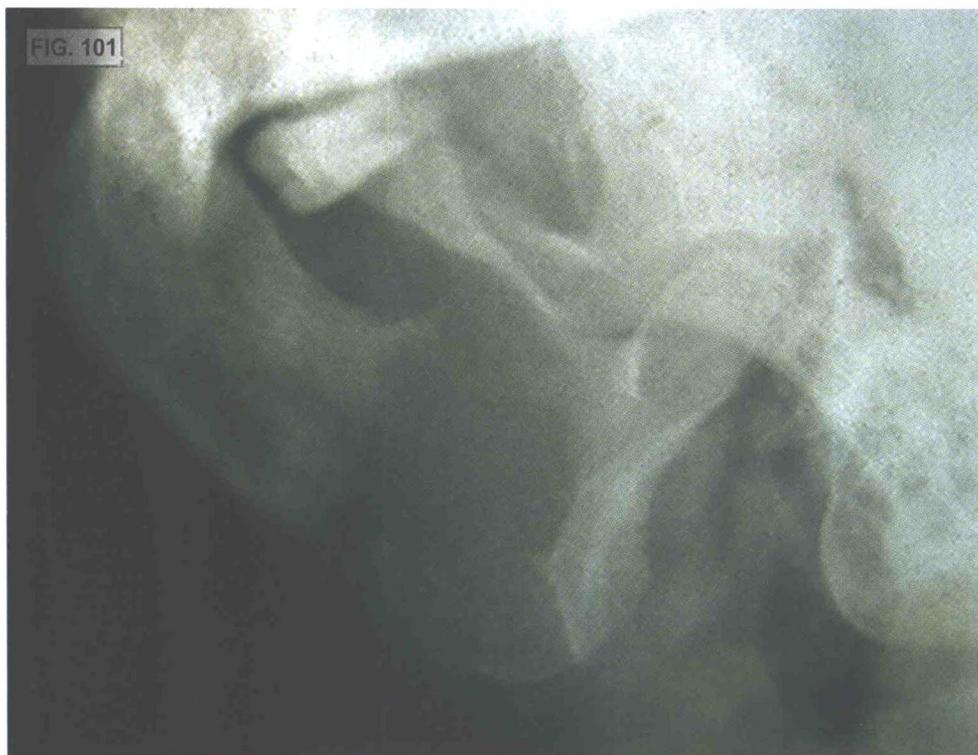
Radiografía craneal tomada con la incidencia reversa de Towne, donde se observa una lesión osteolítica pura en el cuerpo, el ángulo y la rama ascendente del lado derecho de la mandíbula.

La lesión era asintomática, y fue advertida después de un episodio inflamatorio en el ángulo mandibular. El estudio radiográfico muestra una osteolisis masiva en el ángulo goníaco que se extiende hasta la proximidad de la escotadura sigmoidea.

El estudio histopatológico reveló la existencia de un carcinoma epidermoide intraóseo, una patología sumamente rara. La aparición de neoplasias benignas o malignas con tejidos inusuales en esas zonas se conoce con el término semiológico de coristomas. Las lesiones formadas por tejidos que usualmente se encuentran en la zona de aparición de las patologías se conocen con el término genérico de hamartomas.



FIG. 101



Radiografía lateral oblicua del lado derecho del varón de 49 años de la figura 99, la cual muestra una lesión osteolítica en la rama ascendente y el cuerpo mandibular.

La flecha indica las típicas lesiones osteolíticas en forma de "sacabocado" que son características de lesiones neoplásicas malignas sumamente agresivas.

Estas lesiones "en forma de sacabocado" también se presentan en casos de mieloma múltiple, histiocitoma maligno y otras formas de neoplasias muy agresivas localmente.



FIG. 102

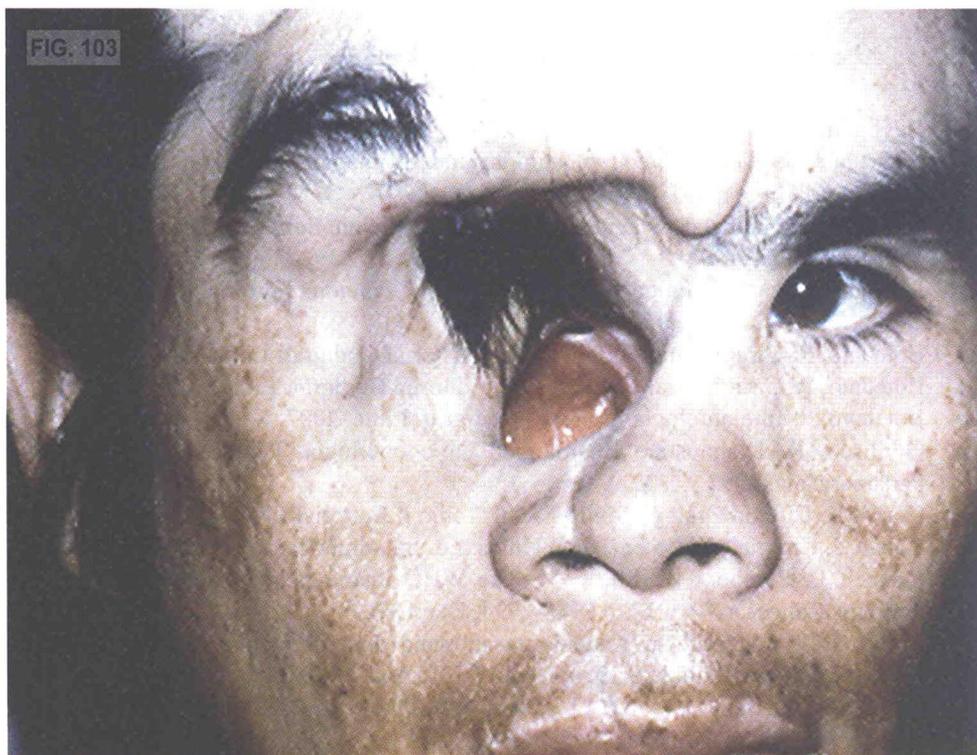


Edema postraumático producido después de la extracción de un canino superior. El abultamiento nasolabial es evidente y el aumento de volumen se ha extendido hasta la región suborbitaria del mismo lado.

La asimetría facial producida remite al cabo de cinco a siete días en forma espontánea, tiempo que puede reducirse administrando AINES por espacio de cuatro días. El dolor que lo acompaña puede crear serios malestares en el paciente.



FIG. 103



Lesión traumática con grave pérdida de sustancia dura y de los tejidos blandos producida por un accidente con la piedra de un esmeril. El daño produjo la pérdida de gran parte de la cavidad orbitaria del globo ocular y la pérdida de una parte importante del hueso maxilar superior y malar del lado derecho.

La imagen corresponde al control después de 6 meses de producido el traumatismo. Estas lesiones producen serios daños físicos y psicológicos en los pacientes, lo que amerita el manejo integral del paciente. En este caso la cirugía reconstructiva es insuficiente, por lo que se requiere de la confección de una prótesis somática facial.



BIBLIOGRAFÍA

- Beylouni, I., Farge, P., Mazoyer, F., Coudert, J.L. Florid cemento-osseous dysplasia: report of a case documented thomagraphy and 3D imaging. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v.85, n.6, p.707-711, June. 1998.
- Botetano, R. Manual de Diagnóstico Clínico. 1ª edición. Edit. Univ. Nacional Federico Villarreal. Lima. 1993.
- Botetano, R. Atlas clínico de Cirugía Oral. 1ª edición. Editorial Ripano. Madrid. 2008.
- Botetano, R. Cirugía Oral y Endodoncia. Editorial Codigraf. Lima. 2007.
- Botetano, R. Cirugía Oral y Ortodoncia. Editorial Codigraf. Lima. 2007.
- Botetano, R. Implantología. Editorial Codigraf. Lima. 2007.
- Gibilisco, R. Diagnóstico Radiológico en odontología. Páginas 20-56. Editorial Panamericana. 1992.
- Horch, H. Cirugía Oral y Máxilo Facial. Tomo I. Editorial Masson. Barcelona. 1995.
- Kaban, J. Cirugía Máxilo Facial en Niños. Ed. Interamericana. México. 1991.
- Kramer, I., Pindborg, J., Shear, M. The WHO histological typing of odontogenic tumours. *Cancer*, v.70, n.12, p.2988-2994, Dec.1992.
- Millet, D.T. Gigantiform cementoma showing apprent activity on a bone scan. *Dentomaxillofac. Radiol.*, v.19, n.3, p.137-138, Aug. 1990.
- Neville, B., Damm, D., Allen, C., Bouquot, J. Patología Oral e Maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998. 705p.
- Oikarinemn, K., Altonen, M., Hoppenen, R. Gigantiform cementoma affecting a caucasian family. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.*, v.29, n.3, p.194-197, June 1991.
- Regezi, J., Sciugba, J. Patología Bucal. Correlações Clinicopatológicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 390p.
- Sámano O., Ledesma M., Mendoza R., Ruiz, R. Cementoma gigantiforme: Reporte de un caso. *Rev ADM* 1993; 50(2): 107-110. 1993.
- Schneider, L., Mesa, M. Differences between florid osseous dysplasia and chronic diffuse sclerosing osteomyelitis. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v.70, n.3, p.308-312, Sep. 1990.
- Waldron, C. Fibro-osseous lesions of the jaws. *J Oral Maxillofac. Surg.*, v.5, n.8, p.828-35, Aug. 1993.
-

Esta obra se terminó de imprimir en los talleres gráficos de la
Universidad Alas Peruanas.

Abril 2009

ISBN: 978-9972-210-77-8



9 789972 210778