

226
20j

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE
ULCERAS BUCALES

T E S I N A

Q U E P R E S E N T A
MARROQUÍN ROLDÁN MARÍA ELENA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. BEATRIZ ALDAPE BARRIOS



CIUDAD UNIVERSITARIA

MÉXICO, D.F., 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

269303



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

*A MI AMADO DIOS
MI MEJOR AMIGO:
ERES MI FORTALEZA.*

*A MIS PADRES:
NO LO HUBIERA LOGRADO SIN
SU APOYO Y ESFUERZO.
PAPÁ: SIEMPRE SERÁS EL MOTIVO
DE MI ORGULLO, ADMIRACIÓN Y RESPETO.
LOS AMO.*

*A MI FAMILIA Y AMIGOS:
SON UNA GRAN ALEGRÍA.*

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL.

*AGRADEZCO EN FORMA ESPECIAL A LA
DRA. BEATRIZ Y A SU EQUIPO DE TRABAJO.
FUE UN PRIVILEGIO TRABAJAR CON USTED.*

INDICE

INTRODUCCIÓN _____	1
ANATOMÍA E HISTOLOGÍA NORMAL DE LA MUCOSA BUCAL _____	3
TÉCNICA DE EXAMEN DE LA MUCOSA BUCAL _____	7
PRINCIPIOS BÁSICOS PARA REALIZAR EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL _____	11
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
-ÚLCERAS SOLITARIAS _____	15
-ÚLCERAS MÚLTIPLES _____	25
-ÚLCERAS PRECEDIDAS POR VESÍCULAS _____	36
CONCLUSIONES _____	45
GLOSARIO _____	46
BIBLIOGRAFÍA _____	47

INDICE

FIGURAS

PÁGINAS

1	6
2	7
3	7
4	8
5	8
6	9
7	9
8	9
9	9
10	9
11	10
12	16
13	17
14	17
15	18
16	18
17	19
18	20
19	20
20	21
21	22
22	22
23	23
24	23
25	26
26	27
27	27
28	28
29	28
30	29
31	29
32	30
33	30
34	31
35	31
36	32
37	33
38	33
39	31
40	37
41	38
42	39
43	39
44	40
45	40
46	41
47	42
48	42
49	43
50	43

INTRODUCCION

La úlcera probablemente es la condición más frecuente observada por el cirujano dentista.

A pesar de que las úlceras presentan un aspecto similar, su etiología puede ser muy diversa y varía desde lesiones reactivas o neoplásicas hasta manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas o dermatológicas.

Las úlceras - pérdida de epitelio originada por cualquier causa- casi siempre son dolorosas; una excepción importante a esta generalización es la presencia de cáncer bucal que es asintomático en sus estadios tempranos; el diagnóstico definitivo se realiza con la biopsia del área y es obligatoria para cualquier zona ulcerada que persiste por más de quince días.

Existen también úlceras que pueden ser infecciosas y contagiosas y, por lo tanto, deben explorarse con precaución. Muchas veces las úlceras están precedidas por vesículas de corta duración y este antecedente clínico debe tomarse en cuenta para realizar el diagnóstico diferencial.¹

Es necesario, por todo lo anterior, establecer un diagnóstico correcto y saber cómo diferenciar lesiones ulceradas entre sí. En este trabajo se presentará un panorama sistemático del diagnóstico diferencial de las úlceras bucales. El diagnóstico diferencial es la lista de cuadros clínicos similares, ordenados de acuerdo a la probable identidad de la condición patológica que se presenta.²

Se realizará una revisión de los pasos pertinentes y las modalidades a seguir en la exploración del paciente; también se bosqueja la secuencia del diagnóstico, comenzando con la detección de la lesión y progresando a través de pasos intermedios hasta que se establece un diagnóstico final. Se enlistarán las enfermedades que se manifiesten con úlceras bucales, proporcionando los conocimientos clínicos necesarios para realizar el diagnóstico diferencial.

Debido a que el diagnóstico diferencial se basa en el aspecto clínico, la clasificación utilizada aquí está basada en el número de úlceras, grado de profundidad y sitio de aparición de las mismas y en la presencia o no de vesículas previas. Únicamente, se proporcionará información clínica importante que ayudará a distinguir una lesión ulcerada de otra. El objetivo es proporcionar conocimientos clínicos que conduzcan al diagnóstico diferencial; y a partir de ese punto, con ayuda posterior de métodos definitivos - biopsia por ejemplo- poder establecer un diagnóstico definitivo y por consiguiente un tratamiento adecuado.

Se presentarán flujogramas para esquematizar las lesiones, ordenarlas y así tener un panorama general de todas las lesiones ulceradas. Una de las ventajas del uso de flujogramas es poder ubicar la enfermedad en cuestión y al mismo tiempo reconocer las enfermedades con las que se realiza el diagnóstico diferencial.

ANATOMÍA E HISTOLOGÍA NORMAL DE LA MUCOSA BUCAL.

La mucosa bucal puede ser dividida en áreas, correspondiendo a la configuración anatómica de los maxilares y su musculatura asociada. Estas áreas son:

- La encía,
- Mucosa yugal.
- Mucosa labial
- Lengua,
- Paladar duro,
Paladar blando.

ENCÍA.

La encía es el tejido que rodea al diente y cubre el hueso alveolar. El tejido gingival está fuertemente adherido al periostio del hueso alveolar, ocupa los espacios interproximales; la porción de la encía que se extiende más allá del hueso alveolar y se adhiere al diente se llama encía marginal o libre. Más allá de la encía, y separada por una demarcación clara, se encuentra la mucosa alveolar. La línea de demarcación se llama unión mucogingival. La mucosa alveolar en sus aspectos externos o bucales se continúa con la mucosa del labio y del carrillo, y el vestíbulo bucal se forma cuando estos dos sectores confluyen.

MUCOSA YUGAL Y LABIAL.

La mucosa yugal es la mucosa bucal del carrillo, cubre al músculo buccinador. Por encima de la línea oclusal, y en la parte posterior de la mucosa de la mucosa yugal opuesta a los molares del maxilar superior, se encuentra la papila de la salida del conducto excretor de la parótida, es una estructura bilateral.

En el sector anterior, la mucosa bucal converge con la mucosa labial, que cubre la musculatura del labio. Hacia el sector posterior, la mucosa yugal converge en el área tonsilar o amigdalina.

LENGUA.

La lengua es un órgano altamente especializado, con numerosas funciones: el gusto, el habla, la masticación, para enumerar sólo las más importantes. La mucosa que cubre la superficie dorsal de la lengua es de textura áspera y está compuesta por un gran número de diminutas papilas:

Papilas filiformes.

Papilas fungiformes.

Papilas caliciformes.

Papilas foliadas.

La mucosa de la superficie ventral de la lengua es suave y delicada, sin estructuras papilares. La mucosa ventral confluye con la mucosa del piso de la boca; el frenillo lingual se extiende desde la superficie ventral de la lengua hasta el piso de la boca.

PISO DE LA BOCA.

La mucosa recubre en este sector a las glándulas sublinguales, y a los músculos milohiideo y geniohiideo. Por delante de la inserción del frenillo lingual se hallan dos elevaciones en forma diagonal. A lo largo de estas elevaciones o carúnculas sublinguales se abren numerosos conductos excretores de las glándulas sublinguales.

PALADAR DURO.

La mucosa del paladar duro cubre la estructura ósea palatina y está firmemente unida al tejido conectivo subyacente; numerosas glándulas mucosas descansan bajo la mucosa palatina, y sus conductos aparecen en gran número en la superficie palatina como pequeños poros.

PALADAR BLANDO.

El paladar blando es la mucosa palatina posterior a la estructura ósea del paladar. En la línea media hacia atrás, el paladar blando converge en la úvula.

ÁREA AMIGDALINA.

Las amígdalas palatinas son bilaterales y descansan en espacios que continúan al paladar blando en su sector inferior. Estos espacios están formados hacia adelante por el arco glosopalatino y por detrás por el arco faringopalatino. Los espacios amigdalinos y el área entre ellos, son también llamados istmo de las fauces. Las amígdalas están formadas por tejido linfoide y son blandas.³

HISTOLOGÍA DE LA MUCOSA BUCAL.

La mucosa bucal es en esencia similar a la piel, pero no posee faneras. El conocimiento de la mucosa bucal depende en parte del conocimiento de la piel. La piel se compone de: epidermis y dermis.

La epidermis contiene células llamadas queratinocitos distribuidos en capas y células llamadas no queratinocitos, los cuales se encuentran en la capa basal y son: células de Langerhans, células de Merkel y melanocitos.

Los estratos de la epidermis son:

- Estrato basal,
- Estrato espinoso,
- Estrato granuloso,
- Estrato lúcido (sólo en piel) y
- Estrato córneo. ⁴

El epitelio (epidermis en piel) de la mucosa bucal es normalmente más grueso que el de la piel.

La profundidad del estrato córneo varía considerablemente en la mucosa bucal, dependiendo de la naturaleza del tejido. Aquellas áreas de la boca que reciben poca estimulación o influencias traumáticas pueden no presentar queratinización o poseen una delgada capa de estrato córneo.³

En la actualidad la mucosa bucal se divide de acuerdo a la clasificación de Orban y Sicher en:

- Mucosa de recubrimiento con epitelio escamoso estratificado no queratinizado.

- Mucosa masticatoria con un epitelio escamoso estratificado queratinizado y

- Mucosa especializada, que se halla en el dorso de la lengua y está formado por las papilas linguales que identifican distintos sabores.⁴

En el siguiente esquema se muestra la distribución de los tres tipos de mucosa:

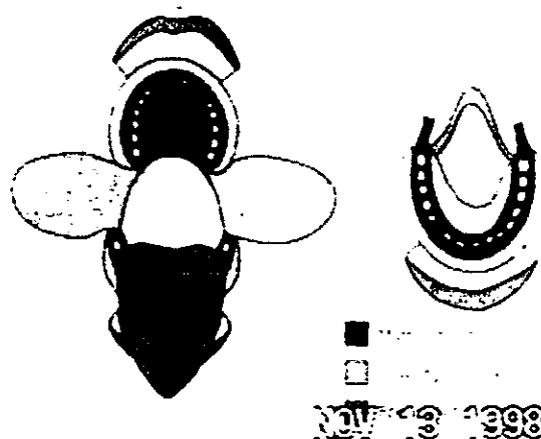


Fig.1 DISTRIBUCIÓN DE LA MUCOSA BUCAL. (STRASSBURG).

TÉCNICA DE EXAMEN DE LA MUCOSA BUCAL.⁵

Esta técnica debe ser practicada rutinariamente siguiendo un orden:

-Semimucosa labial: es conveniente separar con los dedos la semimucosa, para observar con claridad pequeñas lesiones que pueden ocultarse entre los pliegues del labio.



FIG.2 LABIOS. (CECCOTTI)

Mucosa labial: en forma bimanual, se realiza la eversión del labio superior o inferior, observando claramente hasta el fondo del surco.



FIG.3 MUCOSA LABIAL
(CECCOTTI).

Carrillo, sector anterior: en forma bimanual, se efectúa la eversión del carrillo.



FIG.4 CARRILLO ANTERIOR
(CECCOTTI)

Carrillo, sector posterior: una vez examinado el sector anterior, se separa con un espejo y por visión directa se inspecciona el sector posterior.



FIG.5 CARRILLO POSTERIOR
(CECCOTTI)

Lengua; punta, cara dorsal y bordes: primero se debe examinar la punta, a continuación tomándola con una gasa, se tracciona hacia afuera y hacia los lados, inspeccionando el dorso y los bordes.



FIGS.6,7,8. PUNTA, DORSO Y LADOS DE LA LENGUA.
(CECCOTTI)

Lengua; cara ventral y piso de la boca: se le pide al paciente que con la punta de la lengua toque la parte posterior del paladar.



FIGS. 9,10. CARA VENTRAL DE LA LENGUA Y
PISO DE BOCA. (CECCOTTI)

Paladar; sector anterior: la inspección se realiza por visión indirecta con espejo bucal.



FIG.11 PALADAR ANTERIOR
(CECCOTTI)

-Paladar; sector posterior: el examen se efectúa por visión directa, extendiendo el paciente su cabeza hacia atrás.⁵



FIG.11 PALADAR POSTERIOR
(CECCOTTI)

PRINCIPIOS BÁSICOS PARA REALIZAR EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La recolección de la información necesaria para determinar la causa de la queja del paciente está conformada por el historial médico y dental.

Debidamente realizadas, la historia clínica y la exploración del paciente, son las más determinantes dentro de los procedimientos diagnósticos.

Sin la recolección de la información acerca del paciente y su malestar, el diagnóstico se reduce a especulaciones al azar.²

Los procedimientos diagnósticos abarcan lo siguiente:

- Datos personales del paciente.
- Historia completa del malestar del paciente.
- Historia social, familiar, ocupacional, médica y dental.
- Revisión de signos y síntoma por sistemas.
- Estudios radiológicos. (los necesarios).
- Diagnóstico diferencial.
- Estudios de laboratorio (los requeridos).
- Biopsia (si es necesario).
- Diagnóstico definitivo que conduce a un tratamiento correcto.

Como se observa en la lista anterior, el diagnóstico diferencial es una etapa casi final del proceso de diagnóstico; y es en esta etapa donde se analiza toda la información obtenida y se comienza a enlistar posibles diagnósticos.

“ ¿Qué es ? Al ver a un paciente es lo primero que me pregunto; mi cerebro empieza a procesar la información adquirida durante casi 20 años y aun en ese momento no sé lo que pueda ser. Esto es lo emocionante de la patología: cada caso es diferente, extraordinario; el paciente puede asombrarnos al realizar su historia clínica”⁶

Estas palabras pueden ejemplificar lo que significa hacer un diagnóstico diferencial.

En forma de resumen: se obtiene un cuadro clínico general del paciente realizando una historia médica general, exploración física, historia de la queja principal; evalúo radiológico y de laboratorio. Una vez teniendo esta información, el clínico basado en sus conocimientos y experiencia, en su habilidad para descubrir información y en su cualidad de observación, comparará la complejidad de detalles con cuadros clínicos similares.

Realizar el diagnóstico diferencial es útil ya que provee un marco de referencia; tener una lista de enfermedades limita las posibilidades y reduce el número y costo de pruebas que se requerirán para realizar un diagnóstico definitivo, y por tanto provee la base para un plan de tratamiento adecuado.

A menudo, los signos de la enfermedad analizada serán específicos y patognomónicos, así que el diagnóstico definitivo puede ser establecido por la evaluación pertinente de la información obtenida de la historia clínica y los exámenes. Sin embargo, cuando el diagnóstico no puede establecerse ni ser confirmado sobre la base de los datos de la historia clínica y los exámenes, su reconocimiento dependerá de los hallazgos de adecuadas pruebas adicionales como estudios de laboratorio o biopsias.²

Inicialmente el orden de la lista de enfermedades probables no es importante puesto que el objetivo primario del diagnóstico diferencial es meramente incluir cada entidad clínicamente similar a la condición que se estudia.

A todos los pacientes que se quejan de úlceras de cualquier tipo se les deberá realizar las siguientes preguntas específicas:

- ¿Las úlceras son dolorosas?
- ¿Cuántas úlceras presenta?
- ¿Hace cuánto que presenta esas úlceras?
- ¿Cuáles son los sitios de su boca que se ven afectados por las úlceras?
- ¿Ha presentado estas úlceras previamente?
- ¿Cuánto tiempo tardan las úlceras en sanar?
- ¿Padece algún tipo de alergia?
- ¿Presenta úlceras en otras partes de su cuerpo?
- ¿Tiene conocimientos de los factores que predisponen a las úlceras?
- ¿Ha comenzado algún tipo de terapia farmacológica?

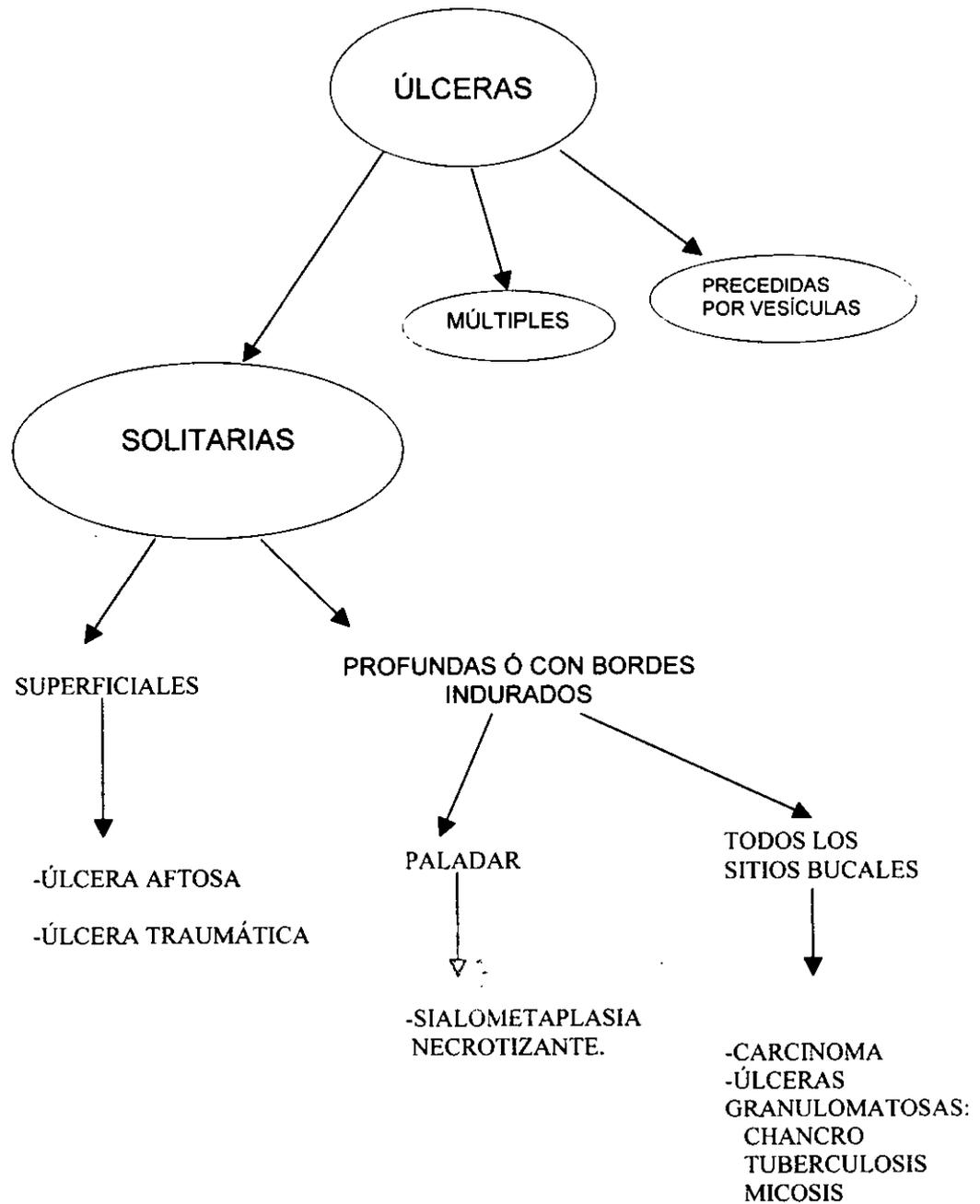
Preguntas básicas relacionadas a la ulceración indican la naturaleza de la lesión. La edad del paciente es importante; por ejemplo un paciente anciano que se queja de una úlcera única, asintomática, que ha estado presente por más de tres meses en el piso de la boca y que no se había presentado con anterioridad tiene una alta probabilidad de tratarse de un carcinoma.

En contraste, un paciente joven quien ha padecido de múltiples úlceras recurrentes y dolorosas por dos o tres años y que se presentan en varios sitios de la mucosa bucal y labial, probablemente se trate de estomatitis aftosa recidivante.

En los niños y adolescentes son relativamente comunes la úlcera traumática, la estomatitis aftosa y la infección viral aguda; por otro lado, la frecuencia de enfermedades como el liquen plano o el pénfigo es mayor con la edad y tiende a afectar a las personas mayores y ancianas.

El sitio de la ulceración también aporta información útil para el diagnóstico; por ejemplo, la estomatitis aftosa no afecta el margen gingival y raras veces abarca la mucosa queratinizada del dorso de la lengua y paladar duro. Si el paciente tiene conocimiento de haber sufrido con anterioridad de herpes labial, entonces se excluirá la posibilidad de gingivoestomatitis herpética primaria, no obstante queda la posibilidad de que la lesión sea causada por otro tipo de virus.⁷

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
ÚLCERAS SOLITARIAS



ÚLCERAS SOLITARIAS:

- ÚLCERA AFTOSA MENOR.
- ÚLCERA TRAUMÁTICA.
- SIALOMETAPLASIA NECROTIZANTE.
- INFECCIONES GRANULOMATOSAS.
- MICOSIS.
- NOMA.

SUPERFICIAL RECURRENTES:

- ÚLCERA AFTOSA MENOR.**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Úlcera ovalada menor de 5mm, se presenta en toda la boca excepto encía, paladar duro y vermellón labial. No deja cicatriz.

Es muy común.

ETIOLOGÍA

Defecto inmunitario, estrés.

TRATAMIENTO

Paliativo; si es muy grave: esteroides.^{1,7,8}



FIG.12 ÚLCERA AFTOSA MENOR (PINDBORG)

SUPERFICIAL NO RECURRENTE.

ÚLCERA TRAUMÁTICA.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Úlcera dolorosa cubierta por una membrana fibrosa amarilla.

ETIOLOGÍA

Trauma: calor, radiación, sustancias químicas.

TRATAMIENTO

Enjuagues de kaopectate con benadryl en partes similares y eliminar el agente causal.¹



FIG.13 ÚLCERA TRAUMÁTICA
(PINDBORG)

PROFUNDAS EN EL PALADAR.

SIALOMETAPLASIA NECROTIZANTE.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Proceso benigno de aparición súbita en la unión del paladar duro y blando, úlcera delimitada de 1 a 3mm. curación lenta en 6 a 10 semanas.

ETIOLOGÍA

Isquemia secundaria a la obstrucción del flujo sanguíneo local y subsiguiente infarto de glándulas salivales.

TRATAMIENTO

No requiere tratamiento específico, cicatriza por segunda intención.^{1,9}



FIG.14 SIALOMETAPLASIA
NECROTIZANTE.
(PINDBORG)

PROFUNDA EN TODOS LOS SITIOS
BUCALES.

CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Úlcera no dolorosa, con márgenes indurados con mayor frecuencia se localiza en la parte lateral de la lengua y piso de la boca.

ETIOLOGÍA

Mecanismo desconocido, asociación con tabaco, luz U.V, alcohol, tal vez algunos microorganismos, irritación, carcinógenos.

TRATAMIENTO

Cirugía o radioterapia.¹



FIG.15 CARCINOMA DE
CÉLULAS ESCAMOSAS.
(STRASSBURG)

SÍFILIS.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Primaria: chancro, úlcera única, no dolorosa, indurada cura en forma espontánea de 4 a 6 semanas.

ETIOLOGÍA

Treponema pallidum

TRATAMIENTO

Penicilina.^{1,4}



FIG.16 CHANCRO SÍFILÍTICO.
(STRASSBURG)

GONORREA.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Raras veces existen manifestaciones bucales y se presentan en forma de úlceras y eritema.

ETIOLOGIA

Neisseria gonorrhoeae.

TRATAMIENTO

Penicilina G.¹



FIG.17. ÚLCERA GONOCÓCICA.
(PINDBORG)

TUBERCULOSIS

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Úlcera crónica indurada que puede ser dolorosa.

ETIOLOGÍA

Mycobacterium tuberculosis.

TRATAMIENTO

Dapsona, rifampicina, clofacimina.¹

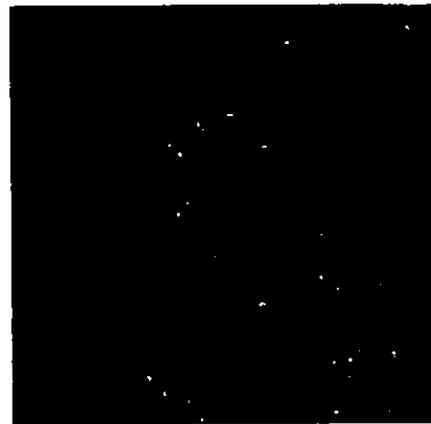


FIG.17. ÚLCERA TUBERCULOSA
(PINDBORG).

ACTINOMICOSIS

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Se presenta en forma característica en la mandíbula con fistula cutánea que drena.

ETIOLOGÍA

Actynomices israelii.

TRATAMIENTO

Dosis altas de penicilina.

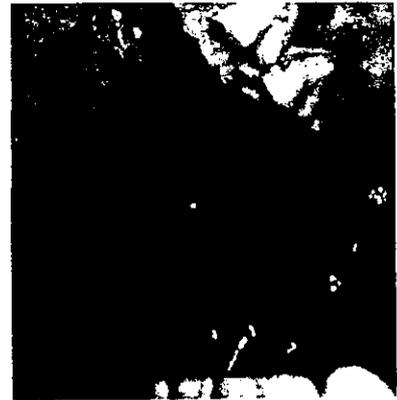


FIG.18 ACTINOMICOSIS
(PINDBORG)



FIG.19 ACTINOMICOSIS
(STRASSBURG)

MICOSIS PROFUNDAS

HISTOPLASMOSIS

COCCIDIOIDOMICOSIS

BLASTOMICOSIS

CRÍPTOCOCOSIS

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Úlcera crónica indurada que no cicatriza, con frecuencia dolorosa y secundaria a enfermedad pulmonar.

ETIOLOGÍA

Inhalación de esporas

histoplasmosis---*Histoplasma capsulatum*.

coccidioidomicosis---*Coccidioides immitis*.

blastomicosis---*Blastomyces dermatitidis*.

criptococosis---*Cryptococcus neoformans*.

TRATAMIENTO

Anfotericina B, Ketoconazol.



FIG.20 HISTOPLASMOSIS (PINDBORG)

MICOSIS SUBCUTÁNEAS.

ESPOROTRICOSIS.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Úlcera inespecífica de la piel y en raras ocasiones de la mucosa.

ETIOLOGÍA

Sporothrix schenckii

TRATAMIENTO

Yoduros o ketoconazol.¹

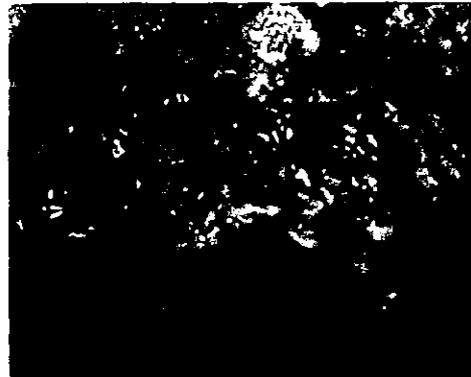


FIG.21 ESPOROTRICOSIS (STRASSBURG)

MICOSIS OPORTUNISTAS.

FICOMICOSIS

MUCORMICOSIS

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Se presenta en huéspedes comprometidos, úlcera necrótica que no cicatriza.

ETIOLOGÍA.

Alimentos en descomposición

Mucor rhizopus

TRATAMIENTO

Anfotericina B.¹



FIG.22 MUCORMICOSIS (STRASSBURG)

NOMA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Úlcera necrótica de la encía o de la mucosa bucal que no cicatriza, poco frecuente, afecta a niños.

ETIOLOGÍA

Anaerobios en pacientes con complicación generalizada.

TRATAMIENTO

Antibioticoterapia.^{1,10}



FIG.23 NOMA (PINDBORG)

GRANULOMA DE LA LÍNEA MEDIA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Se observan lesiones necróticas destructivas que no cicatrizan en nariz, paladar y senos paranasales. Nuevos estudios sugieren que representa a un linfoma no Hodgkin de alto grado de malignidad.

Es poco frecuente.

ETIOLOGÍA

Desconocida

TRATAMIENTO

Esteroides, radioterapia.^{1,4,9}

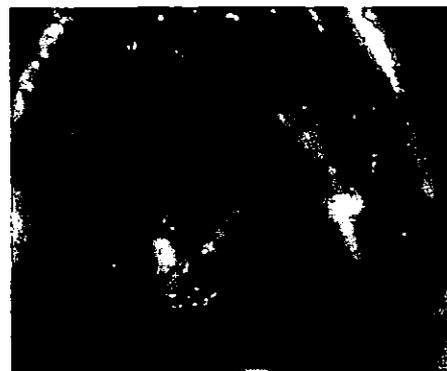


FIG.24 GRANULOMA DE LA LÍNEA MEDIA (STRASSBURG)

HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

-Origen probable o historia de trauma como mordedura de labios o algún aparato protésico mal adaptado será de ayuda.

-Historia de úlcera recurrente, pequeña y superficial es típico de úlcera aftosa.

-Úlcera grande, con márgenes indurados son rasgos típicos de cáncer y enfermedades granulomatosas. Los sitios de alto riesgo para el cáncer son la porción lateral de la lengua y el piso de la boca.

-Reportes de disnea y tos crónica sugerirán una infección micótica.

-Contacto reciente orogenital (últimas 2 a 4 semanas) será indicador de chancro sifilítico.

-Una úlcera grande y profunda en la unión del paladar duro y blando con bordes enrollados sugerirá sialometaplasia necrotizante.

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO.

-Remover cualquier fuente de trauma o irritación que se sospeche. Las úlceras traumáticas sanan de 10 a 14 días.

-Todas las úlceras que persistan por más de 2 semanas deberán someterse a biopsia, así como aquellas úlceras grandes y profundas particularmente las que tengan bordes indurados.

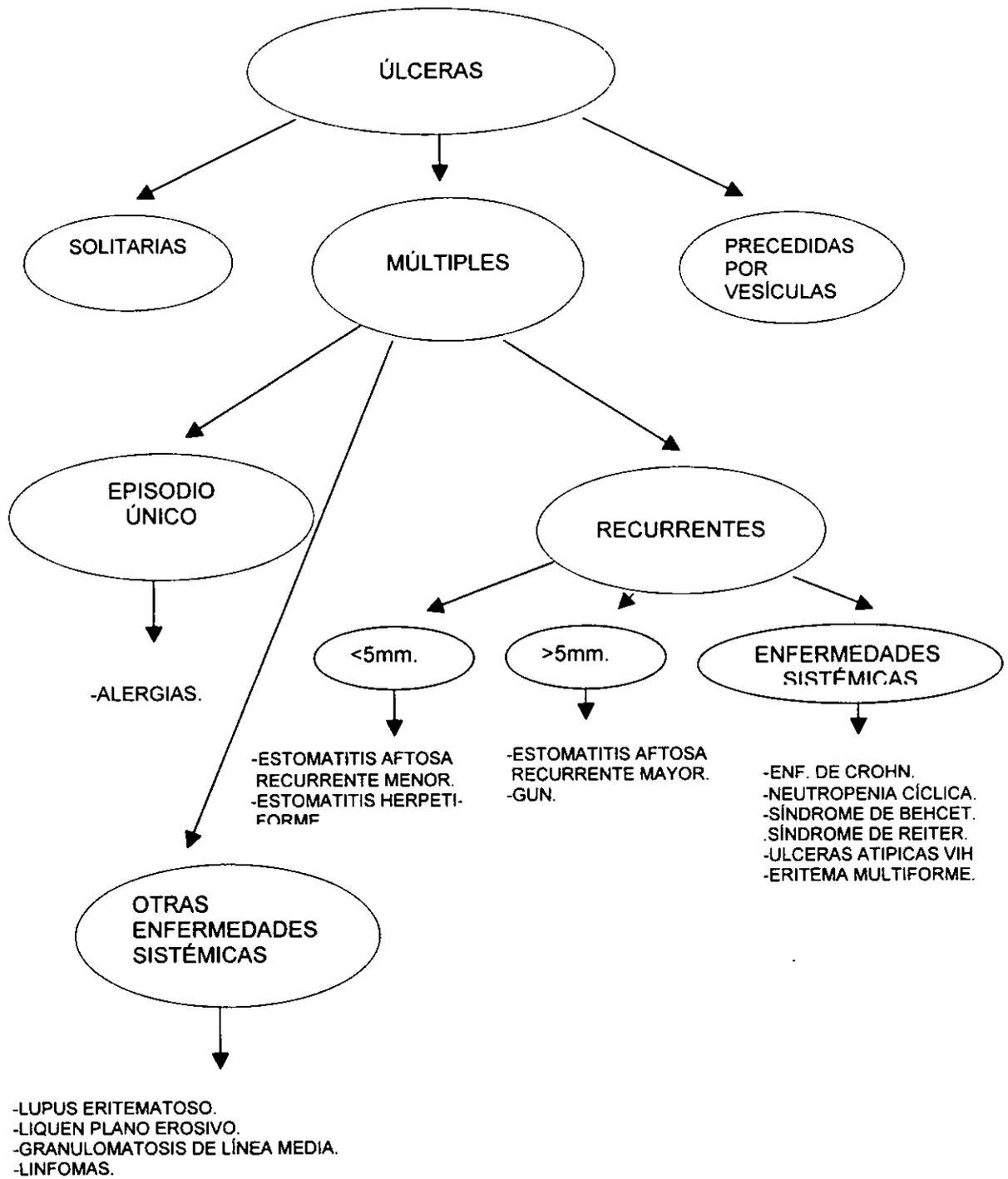
-MANEJO.

-Las aftas menores se tratan con la aplicación de antiinflamatorios tópicos y preparados en gel de esteroides.

-Si la biopsia demuestra algún tipo de cáncer, se referirá con algún especialista.

-Las enfermedades granulomatosas, con excepción de sífilis, se asocian usualmente con enfermedades pulmonares, así que se tendrá que referir al paciente con el especialista.⁹

ÚLCERAS MÚLTIPLES



ÚLCERAS MÚLTIPLES:

- ESTOMATITIS ALÉRGICA.
- ESTOMATITIS RECURRENTE MENOR.
- ESTOMATITIS RECURRENTE MAYOR.
- ESTOMATITIS HERPETIFORME.
- GUN.
- ENFERMEDADES SISTÉMICAS.

MÚLTIPLES . EPISODIO ÚNICO.

ESTOMATITIS ALÉRGICA.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Eritema y úlceras en piel o mucosa bucales las lesiones ocurren de modo directo y posterior a la presencia de antígenos externos.

ETIOLOGÍA

Cualquier antígeno externo: algunos materiales de prótesis (resinas acrílicas), dentríficos, eugenol, amalgama, oro; alimentos como el chocolate y la canela, los conservadores alimenticios.

TRATAMIENTO

Identificar y eliminar el agente causal.1.



FIG.25 ESTOMATITIS ALÉRGICA (PINDBORG)

**ESTOMATITIS AFTOSA
RECURRENTE MENOR.**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Múltiples úlceras del tipo menor circular u ovoide menos de 5mm.

Se presentan en toda la boca excepto encía, paladar duro y labios.

Sanan en 3 semanas sin dejar cicatriz.

Representan el 80% de la estomatitis aftosa. Hombres : mujeres 1:1

ETIOLOGÍA

Defecto inmunitario

TRATAMIENTO

Sintomático.^{1,6}



FIG.26 ESTOMATITIS AFTOSA
RECIDIVANTE MENOR.
(PINDBORG)

**ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE
MAYOR.**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Múltiples úlceras del tipo mayor (> de 5mm.) afecta toda la boca excepto encía, paladar duro y vermellón labial. Cura en varias semanas dejando cicatriz. Puede indicar presencia de HIV. Representa el 10% de la estomatitis aftosa Hombres: mujeres 1:1

ETIOLOGÍA

Inmunitario, psicológico, nutricional, hereditario, alérgico y traumático.

TRATAMIENTO

sintomático, enjuagues de clorhexidina.¹

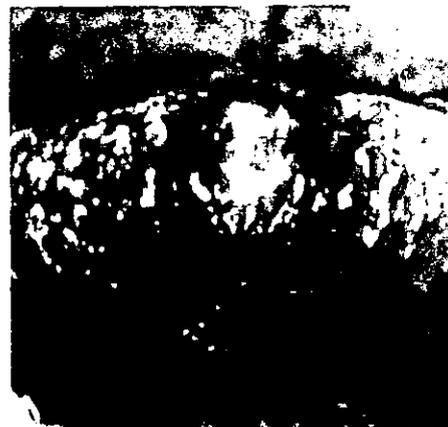


FIG.27 ESTOMATITIS AFTOSA
RECIDIVANTE MAYOR.
(PINDBORG)

ESTOMATITIS HERPETIFORME.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Múltiples úlceras pequeñas del tipo menor
Presentes en cualquier zona de la boca.
Mayor predisposición en mujeres.

ETIOLOGÍA

Defecto inmunitario.

TRATAMIENTO

Sintomático. ^{1,6}



FIG.28 ESTOMATITIS
HERPETIFORME (PINDBORG)

GINGIVITIS ÚLCERO NECROSANTE AGUDA.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Afecta a adolescentes y adultos jóvenes,
mayor predisposición por las mujeres.
Se manifiesta con múltiples úlceras con
pseudomembranas localizadas primero
en la papila interdental; se observa
necrosis y zonas de eritema, dolor y
halitosis.

ETIOLOGÍA

Organismos anaeróbicos y espiroqueta
factor desencadenante: estrés.

TRATAMIENTO

En casos severos penicilina, casos menos
severos peróxido de hidrógeno 3%.

Profilaxis dental. ³



FIG.29 GUN.
(STRASSBURG)

ENFERMEDADES SISTÉMICAS:

SÍNDROME DE BEHCET.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Aftas menores, lesiones oculares (conjuntivitis), lesiones genitales, úlceras de manera ocasional, artritis.

ETIOLOGÍA

Defecto inmunitario

TRATAMIENTO

Esteroides.^{1,6}



FIG.30 SÍNDROME DE BEHCET (PINDBORG)

SÍNDROME DE REITER.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Artritis, uretritis, conjuntivitis, úlceras bucales, por lo general se presentan en hombres de raza blanca, durante la tercera década de la vida.

ETIOLOGÍA

Desconocida

TRATAMIENTO

AINE's.^{1,4}

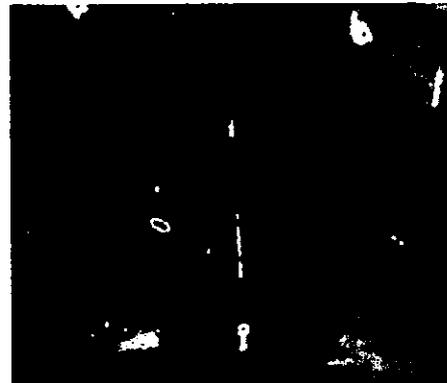


FIG.31 SÍNDROME DE REITER (CAWSON)

**ENFERMEDAD DE CROHN.
GRANULOMATOSIS OROFACIAL.**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Enteritis regional, proceso inflamatorio crónico recidivante de tipo granulomatoso, aparece en la segunda y tercera década de la vida. Existen alteraciones intestinales y manifestaciones orales en la mucosa bucal con ulceraciones y un patrón en "empedrado".

ETIOLOGÍA

Desconocida

TRATAMIENTO

Sintomático en las úlceras bucales.^{7,9}



FIG.32 ENF. DE CROHN
(PINDBORG)

NEUTROPENIA CÍCLICA.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Es una disminución periódica de neutrófilos circulantes a intervalos de unas 3 semanas.

Discrasia sanguínea rara, fiebre, úlceras bucales, infecciones, adenopatía y enfermedad periodontal. Se presenta en la niñez, no hay predilección por sexo.

ETIOLOGÍA

Desconocida

TRATAMIENTO

De las úlceras: sintomático. Terapia periodontal para eliminar focos de infección.^{1.}



FIG.33 NEUTROPENIA CÍCLICA
(PINDBORG)

ÚLCERAS ATÍPICAS. (VIH)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Úlceras grandes y/o pequeñas, aftas recidivantes de mayor intensidad.

ETIOLOGÍA

Alteraciones debidas a la presencia de VIH.

TRATAMIENTO

Sintomático. Predisona.



FIG.39 ÚLCERA ATÍPICA (PINDBORG)

ERITEMA MULTIFORME. S. STEVENS-JOHNSON.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Amplias úlceras superficiales y dolorosas, se presentan en adultos jóvenes en forma recurrente, sitio de aparición: mucosa bucal, lengua, paladar, labios y extremidades. Lesiones en "tiro de blanco".

ETIOLOGÍA :desconocida

TRATAMIENTO

Esteroides parenterales en casos graves.^{7,9}



FIG.34 ERITEMA MULTIFORME (PINDBORG)

OTRAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS

LUPUS ERITEMATOSO

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Lesiones dolorosas, ulceradas y eritematosas en mucosa bucal, encía y labios; están rodeados de superficies queratósicas.

Tipo discoide: afecta sólo piel y mucosas.

Tipo sistémico: signo clásico con forma de mariposa a través del puente de la nariz, también presenta lesiones articulares, renales y cardíacas, ocurre en mujeres de mediana edad, es poco frecuente.

ETIOLOGÍA

Defecto inmunitario

TRATAMIENTO

Esteroides.^{1,4}

**LIQUEN PLANO EROSIVO
(ULCERATIVO)**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Úlceras amplias de la mucosa principalmente de la lengua.

ETIOLOGÍA

Desconocida precipitada por el estrés, puede ser un estado hiperinmunitario mediado por linfocitos T.

TRATAMIENTO

Esteroides tópicos y sistémicos.¹



FIG.35 LUPUS ERITEMATOSO (PINDBORG)



FIG.36 LIQUEN PLANO EROSIVO (STRASSBURG)

GRANULOMATOSIS DE WEGENER.**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

Se encuentran lesiones inflamatorias (vasculitis necrosante) de los pulmones, riñones y de la vía respiratoria superior, cuando existe lesión intrabucal puede afectar la encía provocando ulceraciones, hipertrofia o lesiones granulosas; es poco frecuente. Se presenta en adultos jóvenes.

ETIOLOGÍA

Desconocida.

TRATAMIENTO

Ciclofosfamida y prednisona.^{1,4,9}

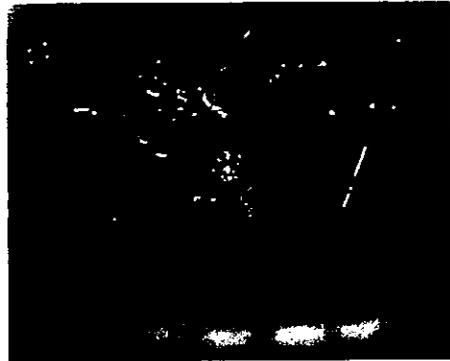


FIG.37 GRANULOMATOSIS DE WEGENER. (PINDBORG)

LINFOMAS.**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

Neoplasias malignas caracterizadas por la proliferación de células linfoides. Se manifiesta con linfadenopatías, esplenomegalia; afecta sitios extralinfáticos incluyendo tejidos bucales manifestándose con aumento de volumen y zonas ulceradas.

ETIOLOGÍA

Desconocida, en algunos tipos de linfomas se atribuye al virus Epstein Barr.

TRATAMIENTO

Radioterapia y quimioterapia.

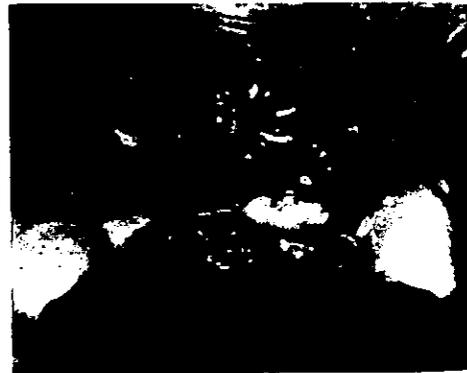


FIG.38 LINFOMA (PINDBORG)

HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS.

-El evalúo del tamaño y configuración de las úlceras es importante

Las úlceras pequeñas y ovals representan aftas del tipo menor, y aquellas mayores de 5mm relacionadas con cicatrices indicarán aftas del tipo mayor. Las úlceras herpetiformes son las más pequeñas y abundantes de los tres tipos de aftas (20 a 30 úlceras en cada episodio). En la neutropenia cíclica usualmente son más grandes, profundas y de bordes irregulares.

-Si la historia clínica indica recurrencia de las úlceras se trata de aftas o lesiones causadas por algún tipo de virus (herpes).

-El sitio típico de aparición de las aftas es la mucosa móvil; y las úlceras virales se presentan tanto en mucosa móvil como en mucosa firme, por ejemplo las úlceras herpéticas que se presentan frecuentemente en la mucosa del paladar.

-Cuando las úlceras van precedidas por vesículas, el origen probable es viral.

-Infecciones frecuentes del aparato respiratorio superior y enfermedad periodontal avanzada en adolescentes sugiere neutropenia cíclica.

-Recordar que varias enfermedades sistémicas se manifiestan con ulceraciones bucales: deficiencia de vitamina B, enfermedad de Crohn e infección por VIH.

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO.

-Cuando estén presentes síntomas de alteraciones intestinales (ejemplo: dolor abdominal, diarrea crónica e intermitente) se debe sospechar de enfermedad de Crohn. Se recomienda el uso de series radiográficas gastrointestinales y pruebas de alergia para un diagnóstico definitivo.

-Se requiere una biometría hemática cuando se sospeche de neutropenia cíclica.

-La biopsia está indicada en úlceras grandes, particularmente aquellas que se presentan en pacientes VIH-positivos para poder proveer tratamiento específico.

-Si se sospecha de alergia a algún tipo de alimento o fármaco se deberá referir con el alergólogo.

MANEJO.

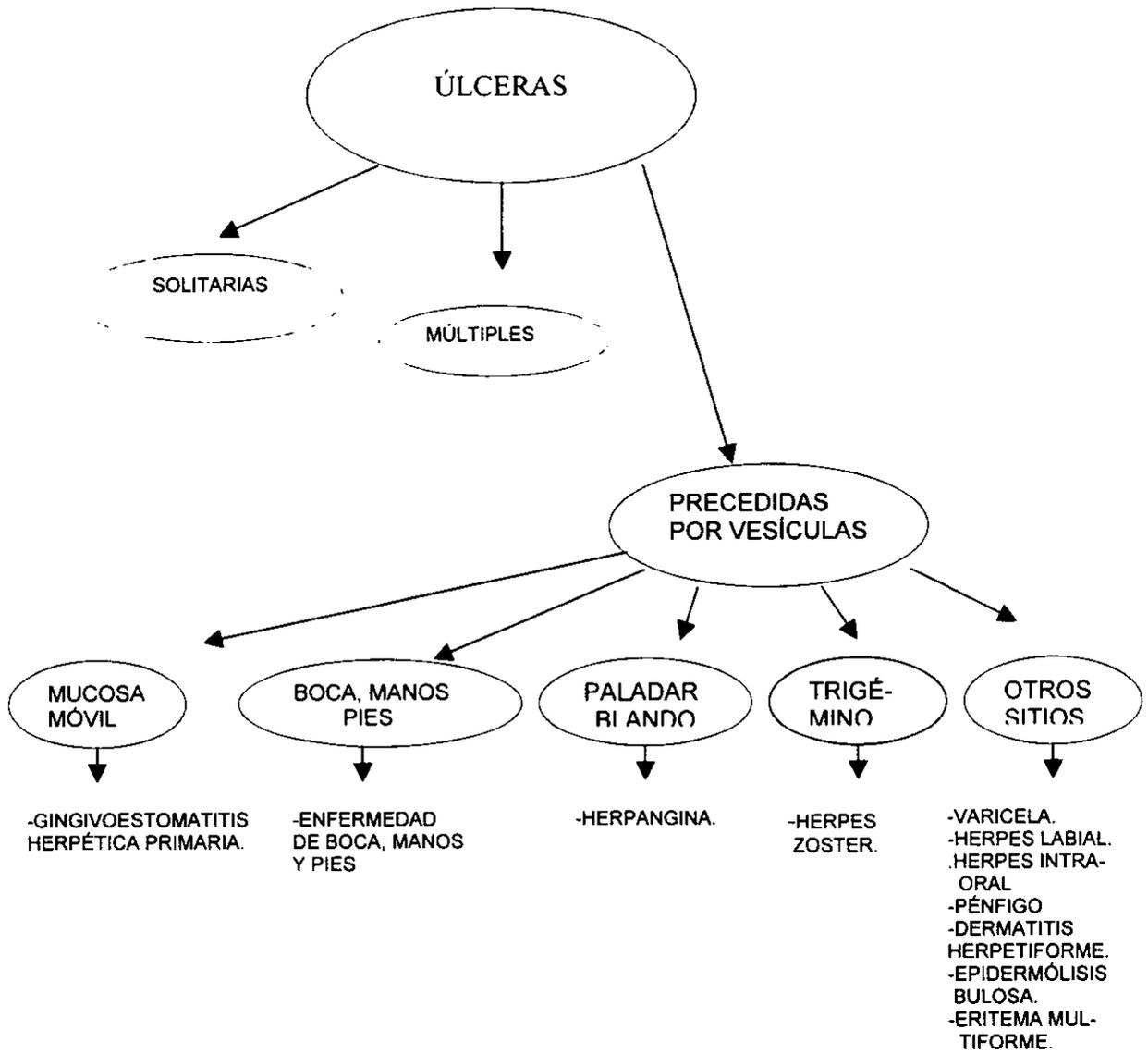
-Las aftas pueden tratarse con corticoesteroides tópicos, enjuagues de tetraciclina; y en casos severos (úlceras asociadas a VIH) se administrará prednisona.

-Las úlceras recurrentes relacionadas con enfermedades sistémicas se resolverán cuando sea instituida una terapia apropiada a la condición presentada; un tratamiento paliativo para las úlceras se obtiene con analgésicos o enjuagues antihistamínicos y corticoesteroides tópicos.

-Las úlceras debidas a citomegalovirus en pacientes HIV-positivos están asociadas a infecciones diseminadas (pulmonares, oculares). La terapia con ganciclovir es muy útil.

-Las reacciones alérgicas se tratan con antihistamínicos sistémicos y esteroides.⁹

ÚLCERAS PRECEDIDAS POR VESÍCULAS



ÚLCERAS PRECEDIDAS POR VESÍCULAS:

- ENFERMEDADES POR VIRUS HERPES SIMPLE.
- ENFERMEDADES POR VIRUS VARICELA ZOSTER.
- ENFERMEDADES POR VIRUSCOXSACKIE.
- PÉNFIGO.
- DERMATITIS HERPETIFORME
- EPIDERMÓLISIS BULOSA.

ENFERMEDADES POR VIRUS SIMPLE.

**GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA
PRIMARIA**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Múltiples úlceras bucales dolorosas, precedidas de vesículas que se rompen muy rápido, afecta a niños menores de 5 años.

ETIOLOGÍA

Virus herpes simple tipo I, raras veces tipo II.

TRATAMIENTO

De apoyo ó aciclovir en casos severos; cura en dos semanas. Dieta blanda, enjuagues orales consistentes en antihistamínicos y kaopectate en partes iguales. ^{1,36.}

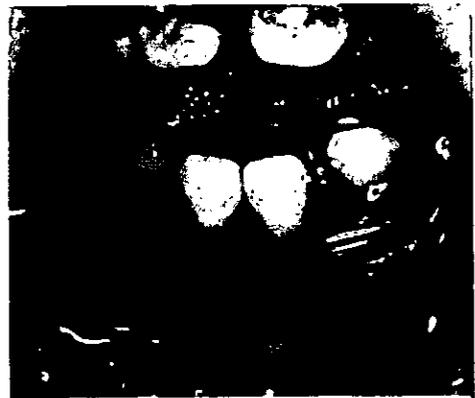


FIG.40 GINGIVOESTOMATITIS
HERPÉTICA PRIMARIA.
(PINDBORG)

INFECCIÓN SECUNDARIA POR HERPES SIMPLE.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Múltiples úlceras pequeñas precedidas por vesículas; el pródromo es hormigueo, ardor o dolor, es más frecuente en los labios, y cuando es intrabucal se presenta en paladar o encía; si se produce alrededor de las uñas de las manos se denomina herpes digital; con mayor incidencia afecta a adultos jóvenes, es muy frecuente. Cura en 2 semanas sin dejar cicatriz. Son contagiosas en el periodo vesicular. Es autolimitada.

ETIOLOGÍA

Virus herpes simple, representa la activación del virus y no reinfección; por lo general el estrés, la luz solar, las temperaturas muy bajas y disminución de resistencias corporales son los factores precipitantes.

TRATAMIENTO

Sintomático, aciclovir en casos severos.

Enjuagues intraorales.^{1,3,6.}



FIG.41 HERPES LABIAL
(PINDBORG)

ENF. POR VIRUS VARICELA ZOSTER

VARICELA ZOSTER.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Úlceras y vesículas en todas las etapas del desarrollo, pruriginosas y dolorosas, se presentan en el tronco y la cara; existen pocas lesiones bucales, es una enfermedad frecuente en la infancia.

ETIOLOGÍA

Virus varicela zoster.

TRATAMIENTO

De apoyo. Son útiles el valacyclovir y famciclovir.^{1,6}



FIG.42 VARICELA
(PINDBORG)

HERPES ZOSTER

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Múltiples úlceras unilaterales iniciándose como vesículas y se distribuyen a lo largo del trayecto de un nervio sensitivo, producen dolor intenso; por lo regular ocurren en el tronco, en la cabeza, en el cuello y rara vez dentro de la boca, se presenta en adultos inmunosuprimidos.

ETIOLOGÍA

Reactivación del virus varicela zoster.

TRATAMIENTO

De apoyo, aciclovir en altas dosis; capsaicina tópica para el dolor posherpético.^{1,6}

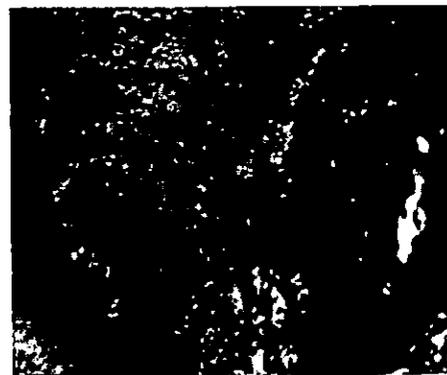


FIG.43 HERPES ZOSTER
(PINDBORG)

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ENFERMEDADES POR VIRUS

COXSACKIE

HERPANGINA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Múltiples úlceras dolorosas en la pared posterior de la cavidad bucal y faringe están precedidas por vesículas.

Con mayor frecuencia afecta a niños; se presenta en forma estacional, es poco común.

ETIOLOGÍA

Virus coxsackie

TRATAMIENTO

De apoyo, recuperación en menos de una semana.¹



FIG.44 HERPANGINA
(PINDBORG)

ENFERMEDAD DE BOCA, MANOS Y PIES

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Vesículas y después úlceras dolorosas en manos, pies y mucosa bucal; se presenta casi siempre en niños, es poco frecuente.

ETIOLOGÍA

Virus coxsackie

TRATAMIENTO

De apoyo, cura en 2 semanas.^{1,4}



FIG.45 ENF. DE BOCA, MANOS
Y PIES. (STRASSBURG)

PÉNFIGO VULGAR**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

Múltiples úlceras precedidas por vesículas, se presentan en la tercera y cuarta década de la vida; el signo Nikolski es positivo; es una enfermedad progresiva, sólo con tratamiento pueden producirse remisiones o controlarse la enfermedad.

ETIOLOGÍA

Autoinmunitaria, anticuerpos contra el complejo desmosomatonofilamento.

TRATAMIENTO

Esteroides sistémicos.

PENFIGOIDE CICATRIZAL**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

Múltiples úlceras precedidas por vesículas, a veces las lesiones sanan sin cicatriz; el signo de Nikolski es positivo, puede afectar la mucosa de la cavidad bucal, los ojos y los genitales; cuando se limita a la encía se denomina gingivitis descamativa o gingivosis; ocurre en mujeres ancianas, es poco frecuente.

ETIOLOGÍA

Autoinmunitaria, anticuerpos contra la zona de la membrana basal.

TRATAMIENTO

Esteroides sistémicos o tópicos.¹



FIG.46 PÉNFIGO
(STRASSBURG)



FIG.47 PENFIGOIDE
CICATRIZAL. (STRASSBURG)

DERMATITIS HERPETIFORME**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.**

Enfermedad cutánea que raras veces afecta la boca, es una afección rara y benigna, asociada con una enteropatía por sensibilidad al gluten. Suele afectar a los hombres en la segunda o la tercera décadas de la vida y persiste indefinidamente. Las lesiones bucales consisten en pequeñas vesículas que pronto estallan dejando úlceras.

ETIOLOGÍA

Desconocida, se han hallado depósitos de IgA en la lesión.

TRATAMIENTO

Dapsona.^{1,9}



FIG.48 DERMATITIS
HERPETIFORME (PINDBORG)

EPIDERMÓLISIS BULOSA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Múltiples úlceras precedidas por vesículas, Nikolski positivo, un patrón hereditario determina la edad de comienzo y la gravedad; en ocasiones sanan, pero dejan cicatrices, es fundamentalmente una enfermedad de la piel, aunque ocurren lesiones bucales con frecuencia, su incidencia es baja.

ETIOLOGÍA

Hereditaria autosómica dominante o recesiva.

TRATAMIENTO

Esteroides, antibióticos, disminución del traumatismo. ¹

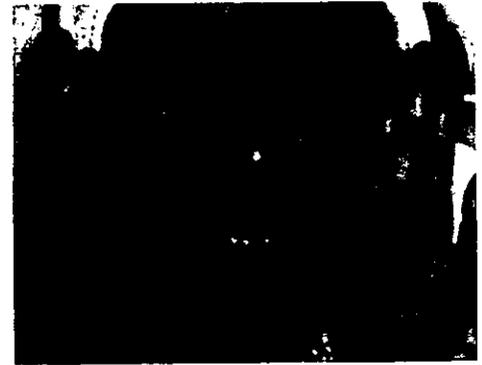


FIG.49 EPIDERMÓLISIS BULOSA (STRASSBURG)

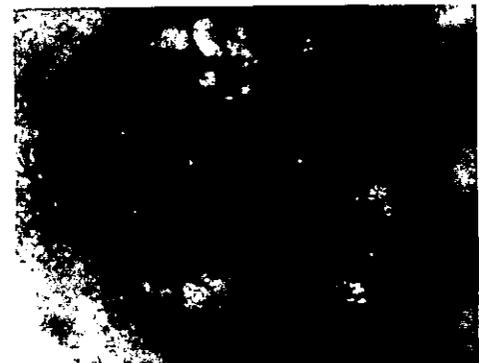


FIG.50 EPIDERMÓLISIS BULOSA (STRASSBURG)

HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

-Si el paciente tiene fiebre, es probable una infección primaria viral, sino es así entonces es probable que se trate de infección viral secundaria o recurrente o de un cuadro alérgico.

-Reportes de episodios previos o presencia de lesiones agrupadas indican herpes simple.

-Cuando las lesiones recorren el trayecto de un nervio en una forma unilateral, es signo patognomónico de herpes zoster.

-Lesiones recurrentes en piel están presentes en la enfermedad de manos, pies y boca.

-Localización de las lesiones: indican:

Labios o paladar duro-----herpes recurrente.

Mucosa móvil-----gingivoestomatitis herpética primaria.

Paladar blando-----herpangina.

Boca, manos y pies-----enfermedad de manos, pies y boca.

-Cuando las lesiones persisten más de un mes, se deberá sospechar de una enfermedad sistémica.

-Si la historia clínica reporta la erupción de las vesículas inmediatamente después de algún alimento, enjuague bucal o administración de algún fármaco es indicativo de una hipersensibilidad mediada por IgE.

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO.

-Los hallazgos clínicos y la localización de las vesículas usualmente establecen el diagnóstico.

MANEJO.

-Tratamiento paliativo: enjuagues bucales (antihistamínicos, anestésicos).

-Los virus del grupo herpes simple y varicela zoster pueden ser tratados con aciclovir sistémico o tópico.⁹

CONCLUSIONES

La presencia de úlceras en la cavidad bucal es un fenómeno muy frecuente; afortunadamente, un alto porcentaje de éstas resultan de virus o traumas por lo que suelen resolverse en cuestión de días y son tratadas sólo paliativamente.

Sin embargo, el odontólogo debe estar capacitado para reconocer las lesiones que puedan representar la presencia de una alteración mayor en la salud del paciente.

Cualquier zona ulcerada que no sane en quince días, deberá someterse a biopsia para tener la certeza de diagnóstico y dar un tratamiento adecuado y oportuno.

El cirujano dentista debe estar consciente que un gran número de enfermedades pueden manifestarse primariamente en la cavidad bucal; por tanto, llevar a cabo rutinariamente el examen de la cavidad bucal resultará en la prevención de complicaciones y alteraciones mayores para los pacientes y ofrecerá una mejor calidad de salud.

GLOSARIO

CARCINÓGENOS: agentes exógenos y endógenos a los que se atribuye el papel etiológico en el desarrollo del cáncer en el hombre y en los animales.

DIAGNÓSTICO: determinación de la naturaleza de la enfermedad que aqueja al paciente, valiéndose para ello de los antecedentes, síntomas y signos.

DISCRACIA: alteración en la composición de los humores orgánicos, aludiendo en especial a la sangre.

DISNEA: respiración difícil o irregular con sensación de ahogo y gran necesidad de aire.

ENTEROPATÍA: término general para las enfermedades de los intestinos.

ERITEMA: término que engloba genéricamente a varias afecciones cutáneas caracterizadas por la aparición de manchas rojizas.

ESTOMATITIS: inflamación de la mucosa bucal, aguda o crónica, localizada o difusa.

GLUTEN: sustancia viscosa que subsiste en la harina cuando se remueve el almidón de la misma. Es de color blanco grisáceo y está presente en la harina de trigo y de otros cereales.

ISQUEMIA: restricción local del riego sanguíneo en una parte del cuerpo.

LINFADENOPATÍA: enfermedad o anomalía en los ganglios linfáticos.

PARENTERAL: vía de administración de fármacos por medio de inyección a través de la piel o mucosa; ya sea intramuscular, intravenoso, subcutáneo, intracardiaco e intraóseo.

PATOGNOMÓNICO: carácter del signo o síntoma específico distintivo de una enfermedad; basta por sí sólo para definir el diagnóstico.

PRÓDROMO: conjunto de síntomas que indican el comienzo de una enfermedad.

PRURIGINOSO: que provoca sensación de picazón o comezón en la mucosa o piel.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-REGEZZI S. **ORAL PATHOLOGY**. SECOND EDITION 1992. SAUNDERS COMPANY.
- 2-WOOD. GOAZ. **DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ORAL LESIONS**. FOURTH EDITION 1991. MOSBY YEAR BOOK.
- 3-McCARTHY P. **DISEASES OF THE ORAL MUCOSA**. SECOND EDITION 1980. LEA & FEBIGER.
- 4-STRASSBURG M. **DISEASES OF THE ORAL MUCOSA**. A COLOR ATLAS. SECOND EDITION 1994. QUINTESSENCE PUBLISHING.
- 5-CECOTTI LUIS. **CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA**. 1993. EDIT. MEDICA PANAMERICANA.
- 6-EDITORIAL PATOLOGÍA BUCAL.
- 7-LAMEY P-J.&LEWIA MAO. **A CLINICAL GUIDE TO ORAL MEDICINE** SECOND EDITION 1997. BDJ BOOKS.
- 8-SONIS. S. **PRINCIPLES AND PRACTICE OF ORAL MEDICINE**. SECOND EDITION.1995. W.B SAUNDERS COMPANY.
- 9-EVERSOLE L. **ORAL MEDICINE: A POCKET GUIDE**. 1996. W.B SAUNDER COMPANY.
- 10-PINDBORG J.J. **ATLAS DE ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL**. 5ª EDICION EDIT. MASSON SALVAT.
- 11-EVERSOLE L. **CLINICAL OUTLINE OF ORAL PATHOLOGY**. THIRD EDITION 1992. LEA & FEBIGER.
- 12-CORMACK D. **HISTOLOGÍA DE HAM** 9º ED.1988 EDIT. HARLA.
- 13-FRIEDENTHAL M. **DICCIONARIO ODONTOLÓGICO**. 1981 EDIT. MÉDICA PANAMERICANA.
- 14-LATARJET. **ANATOMÍA HUMANA**. 2ºED. VOL.II 1989 EDIT.MÉDICA PANAMERICANA.
- 15-LYNCH. **MEDICINA BUCAL DE BURKET**. 9º 1994 McGRAW-HILL.
- 16-MASSON. **DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE CIENCIAS MÉDICAS** 13º 1992. EDIT.MASSON.
- 17-CAWSON RODERICK. **COLOR ATLAS OF BUCAL DISEASE**. SECOND EDITION 1993. EDIT.MOSBY WOLF.
- 18-BENGEL VELTMAN. **DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF DISEASES OF THE BUCAL MUCOSA**. 1989. EDIT. QUINTESSENCE PO.