



318322 16 29

Universidad Latinoamericana

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ENFERMEDADES ULCERATIVAS
DE LA BOCA**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
YOLANDA MONROY SANTANA

MEXICO, D. F.

TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN

1988



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.

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I LESIONES ULCERATIVAS AGUDAS ULCERA TRAUMATICA

- a) GENERALIDADES
- b) MANIFESTACIONES CLINICAS
- c) HISTORIA CLINICA
- d) METODOS DE LABORATORIO
- e) TRATAMIENTO

GINGIVITIS ULCERATIVA NECROBANTE AGUDA

- a) GENERALIDADES
- b) ETIOLOGIA
- c) MANIFESTACIONES CLINICAS
- d) HISTORIA CLINICA
- e) METODOS DE LABORATORIO
- f) DIAGNOSTICO
- g) TRATAMIENTO

CAPITULO II ESTOMATITIS ESTOMATITIS ULCERATIVA RECIDIVANTE

- a) GENERALIDADES
- b) ETIOLOGIA
- c) MANIFESTACIONES CLINICAS
- d) METODOS DE LABORATORIO
- e) TRATAMIENTO

ESTOMATITIS ULCERATIVA CICATRIZANTE

- a) GENERALIDADES
- b) ETIOLOGIA
- c) MANIFESTACIONES CLINICAS
- d) HISTORIA CLINICA
- e) METODOS DE LABORATORIO
- f) TRATAMIENTO

CAPITULO III ERITEMA POLIMORFO

- a) GENERALIDADES
- b) ETIOLOGIA
- c) MANIFESTACIONES CLINICAS
- d) HISTORIA CLINICA
- e) METODOS DE LABORATORIO
- f) TRATAMIENTO

CAPITULO IV

SINDROMES

SINDROME DE BEHÇET

- a) GENERALIDADES
- b) MANIFESTACIONES CLINICAS
- c) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
- d) HISTORIA CLINICA
- e) TRATAMIENTO
- f) PRONOSTICO

SINDROME DE REITER

- a) GENERALIDADES
- b) MANIFESTACIONES CLINICAS
- c) TRATAMIENTO

SINDROME DE STEVENS-JOHNSON

- a) GENERALIDADES
- b) MANIFESTACIONES CLINICAS
- c) HISTORIA CLINICA
- d) TRATAMIENTO

CAPITULO V

INFECCIONES VIRICAS DE LA BOCA

GINGIVOSTOMATITIS HERPETICA AGUDA

- a) GENERALIDADES
- b) MANIFESTACIONES CLINICAS
- c) HISTORIA CLINICA
- d) CURSO DE LA ENFERMEDAD
- e) GRUPOS DE PORTADORES
- f) TRATAMIENTO

HERPE SECUNDARIO O RECIDIVANTE

- a) GENERALIDADES
- b) MANIFESTACIONES CLINICAS
- c) DISTRIBUCION DE LAS LESIONES
- d) TRATAMIENTO

HERPANGINA

- a) GENERALIDADES
- b) MANIFESTACIONES CLINICAS
- c) CURSO DE LA ENFERMEDAD
- d) TRATAMIENTO

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

- a) GENERALIDADES
- b) ETIOLOGIA
- c) HISTORIA CLINICA
- d) MANIFESTACIONES CLINICAS
- e) MANIFESTACIONES BUCALES
- f) TRATAMIENTO

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

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

La úlcera se puede definir como una lesión que resulta de la destrucción del revestimiento epitelial y de una parte del tejido conjuntivo subyacente.

Las úlceras, como lesiones de la cavidad bucal, son procesos que se observan a menudo; su gran frecuencia es debida a las numerosas enfermedades que se manifiestan en la cavidad bucal en forma de úlceras.

Las úlceras de la mucosa bucal representan signos y síntomas de enfermedades que van desde contusiones traumáticas benignas por masticación, hasta variedades rápidamente mortales de tumores malignos.

Los signos diagnósticos en la lesión y en el paciente, deben estudiarse por entero con sumo cuidado.

En el tratamiento de úlceras bucales, deben cuidarse detalles ligeros del interrogatorio en lo que se refiere al inicio del padecimiento; es de suma importancia conocer la frecuencia y la gravedad de las recaídas para poder determinar la actividad de la enfermedad.

El interrogatorio debe abarcar lesiones específicas en piel, ojo y órganos genitales, debido a que las características diagnósticas de muchas de las lesiones bucales semejantes, solo pueden deducirse de las manifestaciones generales de tales enfermedades bucales.

La mayoría de las enfermedades úlcerales de la boca, pueden clasificarse en :

- * Agudas; y

- * Crónicas.

Las agudas, se caracterizan por tener un comienzo súbito, ser dolorosas, y tener un curso violento que persiste de 1 a 3 semanas, aunque no por regla general, ya que puede prolongarse algunas veces este período.

Son ejemplos de éstas: Úlcera traumática, Gingivostomatitis herpética aguda, Herpangina, Herpes zoster, Estomatitis ulcerativa recidivante, Gingivitis úlcero - necrótica aguda, Eritema polimorfo, Síndrome de Behcet.

Las crónicas, se caracterizan por tener un comienzo progresivo, un curso menos violento y persisten más tiempo; no existiendo signos de cicatrización o bien

Estos son mínimos. Son ejemplos de éstas: Los diferentes períodos de la sífilis y la tuberculosis.

Las úlceras varían mucho su aspecto clínico, esto es debido a su localización, al factor etiológico y a los efectos de una posible infección secundaria.

Por lo antes expuesto una ÚLCERA, puede:

- Ser una lesión dolorosa con un tejido basal intensamente rojo, que se localiza en la superficie o a muy poca profundidad.
- Sangrar cuando el proceso destructor ha roto algunos vasos sanguíneos.
- Presentar una costra amarillenta, parda o negra y prominente.
- Tener un recubrimiento con un exudado sero - fibrinoso con un color gris - amarillento, debido a la ruptura de los vasos linfáticos.
- Estar parcial o totalmente recubierta de una capa necrótica delgada, parecida a una membrana con un color grisáceo; o

- Estar recubierta por una capa de color gris, firmemente adherida al tejido conjuntivo subyacente.

La formación de las úlceras es muy variada, la más común es cuando hay destrucción del epitelio periférico causado por un traumatismo, ya sea físico, químico o incluso eléctrico. Hay sin embargo algunas úlceras, que aparecen como resultado de una enfermedad sistémica.

Generalmente se forman por la acumulación de líquido en las regiones subepiteliales, formando unas pequeñas vesículas llamadas flictenas; y cuando esta acumulación (de líquido) es mayor, se forman ampollas. Cuando estas flictenas o ampollas predisponen a la ruptura del epitelio debido a la fragilidad del mismo y a la presión del líquido, es cuando se da la formación de la úlcera.

En algunos casos las úlceras se forman cuando hay acumulación de células inflamatorias en las regiones subepiteliales, dando lugar a erupciones maculosas o papulosas que al reventarse les dan origen.

Debido a la gran variedad de enfermedades ulcerativas, es necesario contar con métodos de diagnóstico para diferenciarlas :

- DIAGNOSTICO CLINICO

Se basa en el reconocimiento de las características clínicas de la enfermedad, tomando en cuenta la distribución, forma, tamaño y profundidad de las úlceras.

En algunos casos las características clínicas sirven únicamente para deshechar o eliminar algunas posibles sospechas, ya que no permiten dar por sí mismas un diagnóstico definitivo, teniéndose que recurrir a otros métodos de diagnóstico.

- HISTORIA CLINICA

La historia clínica es importante, pues gracias a ella se pueden identificar lesiones ulcerativas. Los antecedentes personales, resultan importantes pues hay enfermedades víricas que presentan úlceras y pueden ser propias de la infancia o algunas en donde son producto de enfermedades sistémicas y el propio paciente es el único que puede darnos las claves, exponiéndonos el comienzo y evolución para así poder determinar la enfermedad.

DIAGNOSTICO DE LABORATORIO

Aunque la mayoría de las enfermedades ulcerativas se diagnostican por su aspecto clínico y por la historia clínica, hay algunas en las que las pruebas de laboratorio son indispensables; como en el caso de las lesiones ulcerosas sospechosas de sífilis.

CAPITULO I

LESIONES ULCERATIVAS AGUDAS

ULCERA TRAUMATICA

GENERALIDADES

La Úlcera traumática, es la lesión ulcerativa que se observa más a menudo en la boca y se produce por una acción lesiva o aplicación de una sustancia dañina en la superficie externa del epitelio. Se presenta a todas las edades y con igual frecuencia en ambos sexos, puede afectar todas las regiones de la boca, observándose con mayor frecuencia en las zonas que son dañadas con mayor facilidad.

El nombre de esta enfermedad es muy descriptivo, ya que se produce constantemente por un traumatismo; esto se refiere generalmente a un daño agudo, brusco e importante, con destrucción consecutiva del tejido.

Se debe tener en cuenta que los traumatismos pueden ser de diferente carácter :

- . **Físicos :** Mordedura, alimentos cortantes, cerdas rígidas de los cepillos de dientes y bordes agudos de coronas, obturaciones y aparatos protésicos.

- . **Químicos:** Productos de escaras como el nitrato de plata, ácido acético salicílico, etc.

- . **Térmicos:** Calor excesivo en forma de líquidos calientes y en casos muy raros frío excesivo, por ejemplo, la acción debida a la aplicación de hielo seco.

- . **Corriente Eléctrica:** La aplicación de ésta, a los tejidos bucales puede ocasionar una destrucción con ulceración posterior.

MANIFESTACIONES CLINICAS

El aspecto de la úlcera traumática varía mucho según la localización de la lesión, la clase e intensidad del traumatismo y la importancia de la infección secundaria existente.

La variedad más frecuente de la úlcera traumática es la úlcera única no complicada. Generalmente tiene un tamaño que varía desde varios milímetros hasta un centímetro o más de diámetro; de forma redonda, ovalada o elíptica, y plana o ligeramente deprimida. Su superficie consiste en un exudado serosanguinolento o serofibrinoso grisáceo, o bien puede estar compuesta de una escara necrótica grisácea que, cuando se separa, pone de manifiesto un tejido de base cruenta de color rojo. A menudo esta lesión se encuentra rodeada por un estrecho borde enrojecido.

La úlcera se acompaña de síntomas como dolor o sensibilidad al contacto y aumento de dolor cuando se ponen en contacto con ella alimentos o líquidos irritantes.

En algunos casos, pueden existir úlceras traumáticas múltiples con dos o más de las lesiones agrupadas en un lugar específico de la boca, teniendo cada úlcera individualmente el mismo aspecto.

Generalmente las lesiones traumáticas son grandes e irregulares. Con frecuencia se deben a traumatismos de intensidad excepcional, a un golpe o a una caída y a menudo se acompañan de edema, inflamación y tumefacción considerables de los tejidos vecinos.

En algunas ocasiones la infección secundaria puede modificar el aspecto de la úlcera traumática, ya que la lesión infectada es más grande, más irregular y prominente que la no infectada, y a menudo se encuentra recubierta de una capa más gruesa de escara necrótica, a través de la cual puede observarse un exudado purulento.

Su diagnóstico diferencial, puede ser con la úlcera crateriforme, observada habitualmente en las neoplasias malignas de la cavidad bucal. Se puede parecer a ella no solo clínicamente, sino también en su cronicidad y persistencia. El examen por biopsia en estos casos es indispensable,

para obtener una diferenciación definitiva. La úlcera crateriforme traumática, es debida generalmente a los traumatismos repetidos durante un largo período de tiempo, que impiden la cicatrización y dan lugar a la formación de una respuesta granulomatosa en los tejidos inmediatamente adyacentes a la úlcera.

HISTORIA CLINICA

El diagnóstico de la úlcera traumática, se establece generalmente a base de la presentación clínica de la lesión. Sin embargo, cuando las lesiones son múltiples o cuando su aspecto habitual ha sido modificado por una infección secundaria o traumatismos repetidos, los datos obtenidos a través del paciente pueden tener un valor diagnóstico considerable.

Tiene especial importancia el interrogatorio detallado del paciente, en lo referente a la aplicación de agentes que por sus propiedades ya sea físicas, químicas o térmicas pueden haber resultado dañinas.

También es importante lo que el paciente refiera referente al curso de la enfermedad.

En la mayoría de los casos las úlceras traumáticas tienen una corta duración aproximadamente de 2 a 5 días. Sin embargo puede darse el caso de úlceras que han sido repetidamente traumatizadas y pueden haber persistido durante semanas o meses, ya que se ha visto impedida su cicatrización.

METODOS DE LABORATORIO

Cuando el aspecto de la úlcera es confuso con el de otra en enfermedad más grave, se requiere del examen biopsico. También cuando una infección secundaria existe y parece de carácter grave, la administración de antibióticos debe ir precedida de la práctica de cultivos para la identificación de los microorganismos invasores y de las pruebas de sensibilidad a los antibióticos.

TRATAMIENTO

Las úlceras traumáticas simples, no complicadas, por lo general cicatrizan sin incidentes en un promedio de 5 días o un poco más después de su aparición; incluso sin tratamiento. Pero cuando la infección secundaria o los traumatismos

repetidos se presentan, pueden necesitarse períodos más largos para la cicatrización.

La identificación y la supresión del agente etiológico, tienen la máxima importancia para el tratamiento.

Cuando el caso que se presenta es un dolor lo suficientemente intenso acompañando a la lesión, se puede justificar el establecimiento de un tratamiento paliativo, como es el caso de la aplicación local de protectores como la Violeta de Genciana.

Cuando el caso es la existencia de una infección secundaria, pueden resultar útiles los colutorios antisépticos, Cepacol o sustancias de acción semejante. Cuando la infección es grave puede ser necesaria la administración de antibióticos generales.

Si a pesar de los tratamientos antes mencionados, no se produce curación en un período de 2 semanas, debe pensarse en la posibilidad de que la lesión no haya sido diagnosticada correctamente.

GINGIVITIS ULCERATIVA NECROBANTE AGUDA

GENERALIDADES

Las lesiones clínicas, suelen manifestarse limitándose a la cavidad bucal; a pesar de sus complicaciones generales.

El paciente se queja de no poder comer a causa del dolor gingival intenso y tendencia a la hemorragia gingival, el dolor es de tipo superficial.

Llega a abarcar todos los márgenes gingivales y una vez curada la gingivitis, las crestas de las papilas interdetales que fueron destruidas y en las cuales queda una zona cóncava constituyen un foco que retiene residuos; tales sitios junto con la zona de los terceros molares en brote, son lugares ideales para que los microorganismos persistan, y muchas veces es aquí donde comenzarán muchas de las recidivas de la gingivitis ulceronecrotizante aguda.

La gingivitis ulcerativa necrotizante aguda, es más frecuente en el adolescente; aunque también pueden predisponer a este padecimiento :

- . Una higiene bucal insuficiente.
- . Una higiene bucal relativamente buena.
- . Una mala nutrición.
- . La tensión nerviosa.
- . La falta de reposo; y
- . El abuso del tabaco.

ETIOLOGIA

Estas lesiones se presentan debido a microorganismos fusospiroquetarios. Predominan *B. vincenti* y *F. dentium*, entre otros.

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

LOCALES

- . Mala posición de los dientes, "infecciones" pericoronarias.

- Bordes de restauraciones sobresalientes, coronas, incrustaciones, o prótesis mal ajustadas.
- Zonas de contacto inadecuadas a consecuencia de caries dentales u obturaciones deficientes y restos de alimentos.
- Cualquier zona local de higiene bucal insuficiente o inadecuada.
- Transtornos circulatorios o nutricionales.

GENERALES

- Desnutrición, en especial deficiencias de vitamina C y de complejo B.
- Situaciones de tensión extrema.
- Abuso del tabaco.

MANIFESTACIONES CLINICAS

El inicio de la enfermedad suele ser brusco, con un dolor quemante intenso, salivación

abundante, sabor metálico, sangrado espontáneo de los tejidos de la encía y un mal aliento.

Existe una mayor sensibilidad a la presión y a veces los dientes son ligeramente móviles.

Las lesiones típicas de la gingivitis ulcerativa necrotizante aguda, comprenden úlceras que suelen aparecer en las papilas interdenterias y las encías marginales.

Al principio la mucosa se observa de un color rojo apagado que rápidamente se ulcera y necrosa, recubriéndose de una pseudomembrana. Una vez que ésta se ha desprendido aparece una úlcera cónica y profunda que se llena de un detrito gris amarillento o verdoso, o de material necrótico-hemorrágico.

Pueden apreciarse signos moderados o intensos de afección general, por ejemplo: fiebre, palidez, fatiga y linfadenitis.

La gingivitis ulcerativa necrotizante aguda puede ser de intensidad variable, desde ligera hasta intensa; y su distribución puede limitarse a

una o más piezas dentarias o a un cuadrante o puede estar generalizada por toda la boca.

Pueden encontrarse úlcera en mejillas, labios y lengua, en los puntos de contacto con las lesiones de la encía, o después de un traumatismo. También puede haberlas en paladar y faringe.

Las úlceras pueden progresar hasta afectar los procesos alveolares, con secuestro de dientes y hueso. Cuando la hemorragia gingival es síntoma destacado, los dientes pueden mostrar un color superficial pardo y el olor de la boca es sumamente desagradable.

Siempre deben estudiarse las amígdalas, porque también pueden estar afectadas y en general los ganglios linfáticos de las región crecen ligeramente.

HISTORIA CLINICA

Los datos adquiridos en la historia clínica pueden ratificar la impresión clínica y justificar el establecimiento de un diagnóstico definitivo; ya que tiene gran importancia la posibilidad de que una historia detallada pueda poner al

descubriendo los factores locales o generales, o bien ambos, que han ocasionado la predisposición a la enfermedad, lo cual facilitará el establecimiento de una terapéutica más eficaz.

Los antecedentes personales son muy importantes, ya que esta enfermedad se presenta generalmente en adolescentes entre los 15 y los 25 años aproximadamente. Si esta enfermedad llegará a encontrarse en un niño, deberá buscarse una enfermedad general debilitante, especialmente homopatías como la leucemia, leucopenia y anemia.

También debe tener importancia diagnóstica la ocupación del paciente, ya que la gingivitis ulcerativa necrotizante aguda, se presenta en personas que están especialmente sujetas a un stress físico o mental extraordinario o que tengan desequilibrios en su dieta, fatiga intensa o falta de sueño conveniente.

Al realizar la historia clínica debe tenerse especial cuidado en detectar alguna homopatía o proceso de malnutrición, en las cuales los signos clínicos de palidez, fatiga o fiebre son manifestaciones de la enfermedad general, más que que la afección bucal.

MÉTODOS DE LABORATORIO

Entre los métodos de laboratorio, se encuentran los frotis bacteriológicos, ya que éstos pueden ayudar al diagnóstico. Deben prepararse a partir del fondo de las zonas ulceradas de las papilas interdentarias o de otras zonas primarias de incubación.

El recuento de glóbulos de la sangre es poco importante, salvo que se desee confirmar o excluir una enfermedad general acompañante.

Deben pedirse biometrías hemáticas a todos los pacientes con lesiones ulceradas de mejillas, paladar y faringe. En la gingivitis ulcerativa necrotizante aguda, cabe encontrar variaciones importantes del recuento total de leucocitos, entre 2 900 y 16 000 por mm³. Sin embargo, la mayor parte de los enfermos presentan recuentos leucocitarios y fórmulas dentro de los límites normales.

DIAGNÓSTICO

Una historia de úlceras de aparición rápida, dolorosas, en sacabados, que afectan las encías

marginales y las papilas interdenterias, acompañadas del olor característico de la enfermedad, debe hacer pensar en gingivitis ulcerativa necrotizante aguda. Tienden a confirmar la impresión clínica el dolor y el sangrado por la presión ligera en la encía, y la salivación importante en un paciente sin manifestaciones generales importantes.

TRATAMIENTO

El tratamiento se puede dividir en :

- a) Control de la etapa bacteriana (dolorosa), de la enfermedad.
- b) Eliminación de los factores predisponentes locales o generales; y por último
- c) Instrucción al paciente respecto a hábitos de higiene bucal y visitas periódicas.

Explicando a grandes rasgos cada uno de los puntos antes mencionados :

- a) Este control, se lleva a cabo combatiendo la flora microbiana por lavados de boca con soluciones tibias no irritantes. Es muy útil

el agua oxigenada diluida a la mitad con agua. Debe quitarse cuidadosamente el tejido necrótico de las encías marginales y papilas interdenterias, mediante torundas de algodón humedecidas con agua oxigenada. Deben emplearse la lengua y los labios para hacer pasar la solución a través de los espacios interdentarios.

Si se decide utilizar antibióticos locales, son recomendables : la poliaixina, neomicina y bacitracina.

Después de aplicar localmente un agente terapéutico, se observa una importante disminución del número relativo de fusospiroquetas; pero la mejor indicación clínica de que la etapa microbiana de la enfermedad está cediendo es la desaparición del dolor. Rara vez se necesitan medicamentos por más de 24 horas.

En las infecciones agudas graves, conviene el reposo. La alimentación debe ser blanda, adicionada de dosis terapéuticas de complejo B y de vitamina C, que favorezcan la cicatrización tisular.

Los fármacos ocupan un papel secundario en el tratamiento de esta enfermedad. Son mucho más importantes una buena higiene bucal y la adquisición de hábitos correctos, lo que elimina los factores predisponentes.

b) Esta fase del tratamiento es importantísima, para un buen resultado sin recaídas. Es preciso que se raspen los dientes en cuanto el dolor lo permita y mediante los tratamientos odontológicos del caso, toda clase de irritaciones locales, como zonas de contacto deficientes, e irregularidades en los borde de obturaciones previas. Las caries de cuello deben atenderse cuanto antes, aunque solo sea por una restauración provisional. La oclusión de los dientes debe ajustarse a modo de evitar la impacción de alimentos y los traumatismos por oclusión.

c) Es muy importante concientizar al paciente de que es preciso que colabore para que el tratamiento tenga éxito :

. Es muy importante el reposo. Debe dejar de fumar y tomar alcohol durante las primeras fases del tratamiento.

- . No cepillar sus dientes, mientras no se lo indique el odontólogo.
- . Es conveniente una alimentación blanda que contenga mucha leche, huevos, frutas, legumbres verdes, sopas y carne molida. Evitar los alimentos duros, fibrosos o muy condimentados.
- . Lavarse la boca, haciendo pasar el líquido entre los dientes.
- . Cuando desaparecen los síntomas agudos, esto no significa que la enfermedad ha terminado. Un tratamiento interrumpido suele significar recaídas y otras complicaciones.

Puede decirse que el paciente ha "curado", cuando :

- a) Se ha controlado la etapa bacteriana.
- b) Se han eliminado o corregido las causas predisponentes; y

- c) Cuando el paciente aprendió a aplicar las técnicas de higiene bucal que se le indicaron.

La simple desaparición del dolor, no basta para hablar de curación.

El pronóstico es excelente en cuanto al dolor; pero quizá no se regeneren completamente las papilas interdenterias lesionadas. Pueden aparecer enfermedades periodónticas de mayor gravedad si no se logra la cooperación absoluta del paciente.

C A P I T U L O I I

ESTOMATITIS

ESTOMATITIS ULCERATIVA RECIDIVANTE

GENERALIDADES

La estomatitis aftosa recurrente es una enfermedad observada con mucha frecuencia, se presenta a todas las edades; pero con mayor frecuencia entre los 20 y 50 años de edad.

ETIOLOGIA

Hasta ahora no se ha encontrado una causa única específica que pueda explicar debidamente, al menos, la mayoría de casos.

Se han citado numerosos factores , basados en las teorías que a continuación se describen. cada uno de ellos responsable sin duda de algunos de los casos :

TEORIA HERPÉTICA

Muchos consideran a la estomatitis ulcerativa recidivante como una forma secundaria o recidivante de la infección del herpes simple y, por esta causa, se emplea algunas veces la denominación "estomatitis herpética recidivante".

En los tejidos de la mucosa bucal pueden presentarse úlceras de tipo secundaria y su aspecto clínico y evolución son muy parecidos a la estomatitis ulcerativa recidivante.

Sin embargo, los casos demostrados de estomatitis ulcerativa herpética resultan ser sólo una pequeña proporción del número total de casos de estomatitis ulcerativa recidivante.

TEORIA VIRICA

Se ha atribuido acción causal a otros virus, pero aún no se han presentado pruebas atendibles o sólidas en este sentido.

TEORIA HORMONAL

En algunas ocasiones la estomatitis ulcerativa recidivante parece estar relacionada con ciertos procesos o desequilibrios hormonales, por ejemplo, la menstruación

MANIFESTACIONES CLINICAS

Las primeras alteraciones patológicas van precedidas por un periodo de 1 a 24 horas (en general 4 a 12), en el cual se siente ardor y hormigueo en la mucosa afectada.

Las mucosas de labios y boca son el sitio más frecuente donde se asientan estas lesiones. También están afectados, la lengua, el piso de la boca, el paladar y la encías, pero en estas regiones la frecuencia es menor.

Las lesiones pueden encontrarse aisladas o en grupos, afectando simultáneamente varios tejidos intrabucales.

El primer cambio consiste en la aparición de pequeñas máculas eritematosas, de 1 ó 2 mm. de

diámetro, y cuyo tamaño crece en algunas horas, sin pasar en general de 1 cm.

Aparece una región central pálida, la mucosa de la región isquémica se necrosa en cosa de minutos, hasta formar una úlcera crateriforme superficial con bordes regulares netos, sin socavamiento, y fondo fibrinoso amarillo grasáceo. Alrededor de la lesión se encuentra un halo eritematoso estrecho bien delimitado. El edema o la reacción general son escasos o nulos.

Las lesiones son muy dolorosas, y el paciente puede experimentar dificultades para comer, hablar o realizar ciertos movimientos de la cara. Las úlceras duran de 4 a 20 días, y desaparecen lentamente, de los bordes hacia el centro, sin dejar cicatriz.

En ocasiones, se observan lesiones hasta de 2 a 3 cm. de diámetro, 3 ó 4 mm. de profundidad, que persisten varios meses, cerrando lentamente y produciendo cicatrices importantes. Pueden seguir o no a úlceras de menor duración.

MÉTODOS DE LABORATORIO

La mayoría de los casos de estomatitis ulcerativa recidivante, se reconocen por el aspecto clínico y por los datos anamnésticos correspondientes, haciendo así innecesarios los métodos diagnósticos de laboratorio.

Sin embargo, ciertas pruebas de laboratorio pueden emplearse en algunos casos en los cuales el aspecto clínico o la anamnesis hacen pensar en otras posibilidades diagnósticas.

En estos casos debe efectuarse un recuento hemático o una biopsia, o ambas cosas para poder hacer las exclusiones diagnósticas precisas.

TRATAMIENTO

No se ha descubierto ningún plan terapéutico que haya dado resultados constantemente para evitar las recaídas. No obstante se emplean y recomiendan:

1. Los cáusticos locales (fenol, nitrato de plata, ácido tricloroacético),

- . Protectores locales (Orabase, adhesivos dentarios como Grahesive, tintura de benjuí compuesta),
- . Antibióticos locales,
- . Vacuna antivariolosa,
- . Globulina gamma,
- . Baccid,
- . Vitaminas,
- . Antihistamínicos; y
- . Corticosteroides.

Los mejores resultados de la atenuación de las molestias y de la disminución de la duración de las úlceras, se han obtenido mediante la aplicación de corticosteroides.

ESTOMATITIS ULCERATIVA CICATRIZANTE**GENERALIDADES**

La estomatitis ulcerativa cicatrizante recidivante, se parece en muchos aspectos a la estomatitis ulcerativa recidivante, pero, difiere de ella lo suficiente para que esté justificado clasificarla como una entidad específica.

Se trata de una enfermedad ulcerativa, con tendencia a recidivar y en la que las lesiones clínicamente demostrables están limitadas a la boca.

Difiere de la estomatitis ulcerativa recidivante en que sus úlceras son generalmente más grandes y más penetrantes y, lo que tiene especial importancia, algunas de ellas "producen cicatrices" al curarse.

Esta enfermedad es relativamente rara, mucho menos frecuente que la estomatitis ulcerativa recidivante.

Es importante saber que esta enfermedad, no es de origen viral.

ETIOLOGIA

Aunque se desconoce la causa de la estomatitis ulcerativa cicatrizante recidivante, se ha atribuido a diferentes factores, entre ellos :

- . Alergia
- . Malnutrición
- . Transtornos emocionales.

Algunos creen que la estomatitis ulcerativa cicatrizante recidivante puede ser en realidad una forma grave de la estomatitis ulcerativa recidivante.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Las úlceras de la estomatitis ulcerativa cicatrizante recidivante, suelen ser múltiples y con distribución variable, aunque las regiones afectadas más a menudo son :

- . Labios
- . Carrillos
- . Lengua

- Paladar blando
- Fauces.

Estas úlceras se producen a intervalos frecuentes, y muchos pacientes que sufren esta enfermedad raras veces se ven libres de la presencia de por lo menos una úlcera.

Pueden ser pequeñas y superficiales, pero es más característico que sean grandes (de 1 a 2 cm. de diámetro), profundas y presenten a menudo formaciones crateriformes.

Es frecuente observar una necrosis considerable que cubre parte o toda la lesión.

Muchas veces las úlceras son de forma irregular y están rodeadas de bordes elevados y duros.

Las lesiones suelen iniciarse como nódulos pequeños debajo de la mucosa. Su tamaño aumenta, se rompen, y se vuelven sumamente dolorosas. En general dejan una cicatriz variable, pero importante. Hay poca inflamación de los tejidos glandulares

Tiene una importancia diagnóstica fundamental la existencia de una o más cicatrices en sitios que previamente estuvieron ulcerados, de manera que las cicatrices a menudo deforman la simetría de la mucosa periférica y, en algunos casos, dificultan las funciones de la boca.

Esto resulta especialmente aparente cuando las cicatrizaciones se encuentran en la mucosa de las partes más anteriores de los labios y de las mejillas, de manera que disminuyen la abertura bucal.

Las cicatrices son duras al tacto y suelen ser de color grisáceo o rosado pálido.

El dolor y las molestias, son los síntomas subjetivos fundamentales.

HISTORIA CLINICA

Para el diagnóstico es de suma importancia la historia clínica, ya que pone de manifiesto una evolución recidivante.

En casi todos los casos el enfermo refiere que ha sufrido episodios previos semejantes de

ulceraciones bucales, que han durado de 2 a 4 semanas y a veces más.

Se presentan períodos de normalidad pero son de duración variable; algunos enfermos tienen fases de normalidad que duran semanas o meses, mientras que en otros los períodos libres de manifestaciones son más cortos. En otros los períodos de normalidad no existen durante muchas semanas o meses; cuando un brote de ulceraciones se está curando, aparece otro y más tarde un tercero, con lo que el enfermo tiene continuas molestias.

MÉTODOS DE LABORATORIO

No existen métodos de laboratorio que puedan emplearse como pruebas diagnósticas para confirmar que se trata de una estomatitis ulcerativa cicatrizante aguda.

TRATAMIENTO

Se han recomendado y empleado numerosos métodos terapéuticos; por desgracia, en general han resultado ser únicamente paliativos o supresores, más que curativos.

El mejoramiento de la nutrición, el tratamiento vitamínico y la administración de concentrados de hígado, globulina gamma, antibióticos y corticosteroides son solamente algunos de los medios terapéuticos que se han ensayado.

En la actualidad, las aplicaciones locales de corticosteroides parecen constituir el medio más eficaz para dominar y suprimir estas lesiones.

C A P I T U L O I I I

ERITEMA POLIMORFO

GENERALIDADES

El eritema polimorfo, es una enfermedad inflamatoria aguda que puede ir acompañada de variadas lesiones cutáneas que a menudo retroceden espontáneamente. Estas lesiones pueden ser vesiculoampollares, erosivas o ulcerativas.

Suele afectar a lactantes, niños y adultos jóvenes; es más frecuente en invierno y primavera. No parece guardar ninguna relación con la raza o el sexo.

La enfermedad suele aparecer bruscamente, con fiebre (38.9 - 40.5 grados Centígrados), dolor de garganta y dolor articular. Se advierte intoxicación, deshidratación y mal estado general.

En ocasiones, el eritema multiforme puede ser anunciado por síntomas respiratorios variables,

que suelen presentarse antes de las erupciones típicas en piel y mucosa.

ETIOLOGIA

El eritema polimorfo puede producirse por diversos factores, entre los que se encuentran :

a. ALERGIA: antibióticos, barbitóricos, bromuros, salicilatos, sulfamidas, yoduros, quinina, laxantes, tónicos, alimentos, cosméticos, etc.

b. TOXICIDADES: los medicamentos antes mencionados pueden actuar como agentes tóxicos, más que alérgicos; en los alimentos en mal estado también pueden existir sustancias tóxicas.

c. INFECCIONES: nefritis, paludismo, fiebre tifoidea, difteria, herpe simple.

d. IDIOPATICOS: cuando la causa es desconocida o no se puede determinar, se emplea el término "eritema polimorfo idiopático", en estos casos se han involucrado factores hormonales,

atmosféricos y psicógenos, entre otros.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Las lesiones bucales, pueden ser la primera o la única manifestacion de esta enfermedad. En un principio son vesiculas o bulas, pero debido al medio especial de la boca (su humedad, calor, susceptibilidad a la irritación y a la contaminación), las lesiones primitivas se destruyen constantemente, dando lugar a la producción de ulceraciones.

Las erupciones se presentan en labios, mejillas, paladar y lengua. Son relativamente raras en las encías.

Las lesiones consisten en zonas irregulares rojizas elevadas de tamaño variable y poco profundas. Son más grandes y diseminadas que las úlceras aftosas recurrentes. En casos poco frecuentes, las ulceraciones del eritema polimorfo son pequeñas, parecidas a las de la estomatitis ulcerativa recidivante.

Algunas veces sus bases son rojas y de aspecto cruento; en otros casos están total o parcialmente cubiertas de escaras necróticas grásceas que algunas veces pueden desprenderse fácilmente y en otros casos son gruesas y firmemente adheridas al tejido subyacente. Las lesiones están rodeadas por zonas de inflamación estrechas o amplias (enrojecimiento).

Es frecuente observar lesiones cubiertas de costras sanguíneas en el borde cutaneomucoso de los labios. Es común también el edema de los labios, que deja expuesta la mucosa húmeda ulcerada y de un aspecto de gran hinchamiento.

La lengua es un foco frecuente de lesiones muy dolorosas. Pueden estar afectadas zonas importantes del dorso de la lengua, con señales muy claras de presión de los dientes en los bordes de la misma.

Generalmente, una vez instalada la erupción en la mucosa bucal, se observa hipertrofia de los ganglios linfáticos del cuello.

El dolor es la molestia subjetiva más importante. A menudo resulta insoportable durante la comida o mientras se habla.

Las lesiones dérmicas, suelen ser rojo brillante a púrpura rojizo. El centro de las lesiones de forma irregular, es el primero en palidecer, lo que produce la erupción típica anular.

Progresivamente se instala un color púrpura obscuro, y finalmente las lesiones desaparecen sin ocasionar pigmentación remanente.

Las lesiones dérmicas son comunes en el dorso de las manos y en los muslos, sin embargo puede estar afectada cualquier mucosa.

La etapa aguda, generalmente cede en dos a tres días.

HISTORIA CLINICA

La historia clínica de la enfermedad misma, es útil para establecer el diagnóstico.

En general, el eritema polimorfo es una enfermedad aguda de comienzo brusco, que se acompaña

generalmente de fatiga y malestar. Las lesiones suelen durar de 2 a 4 semanas y a veces más.

Los antecedentes de episodios anteriores tienen especial valor diagnóstico; como el eritema polimorfo es a menudo recidivante, se manifiesta muchas veces la existencia de episodios previos.

MÉTODOS DE LABORATORIO

El diagnóstico del eritema polimorfo, se establece generalmente basándose en los datos clínicos y anamnésticos. Sin embargo cuando se sospecha de alguna otra enfermedad como es el caso de algún síndrome, se recurre a la biopsia.

TRATAMIENTO

La eliminación y supresión de la causa siempre que sea posible, constituye una parte fundamental del tratamiento.

Las medidas paliativas o de sostenimiento, como las aplicaciones locales de corticosteroides y protectores, o sabos, muchas veces resultan benéficas para calmar las molestias locales y facilitar la curación.

Los colutorios suaves con peróxido de hidrógeno, Cepacol y preparados similares pueden ser útiles por sus efectos antibacterianos locales.

Como tratamiento de sostenimiento es importante una dieta nutritiva.

Un aspecto importante y difícil del tratamiento de esta enfermedad, es la conservación de una hidratación y alimentación satisfactorias.

En lactantes y niños puede ser necesaria la vía parenteral. En niños mayores y adultos, es posible en general la ingestión de alimentos líquidos o semisólidos, prescribiendo analgésicos para combatir el dolor, durante la fase aguda de la enfermedad.

Cuando se sospecha una infección secundaria moderada o intensa, se prescriben antibióticos de acción general.

El eritema polimorfo alérgico a menudo responde favorablemente a los antihistamínicos aplicados localmente en forma de colutorios o de suspensiones administradas por vía oral.

Cuando las lesiones son de gran intensidad, o se acompañan de signos generales, o también cuando son manifiestas lesiones cutáneas, es recomendable dirigir al enfermo a un dermatólogo. En estos casos se emplean a menudo los corticosteroides de acción general con resultados favorables.

No se conoce ningún tratamiento eficaz para evitar las recaídas.

CAPITULO IV**SINDROMES****SINDROME DE BEHÇET****GENERALIDADES**

El Síndrome de Behçet es una enfermedad recidivante, que está considerada como una variante del eritema polimorfo.

Se acompaña de lesiones ulcerativas de la boca, que generalmente duran de 2 a 4 semanas, o más.

Su causa es desconocida, aunque se han propuesto para esta enfermedad, diferentes teorías que suponen un mecanismo alérgico, vírico, hormonal, metabólico o tóxico.

El síndrome comienza entre los 15 y 45 años de edad, y es de 5 a 10 veces más común en varones.

Se caracteriza por ulceraciones bucales y genitales, lesiones oculares y cutáneas.

MANIFESTACIONES CLINICAS

La primera manifestación de la enfermedad es la aparición de lesiones bucales, genitales o ambas.

Las lesiones bucales, son dolorosas y de aspecto muy similar a las úlceras aftosas recurrentes.

Se presentan en cualquier zona de la boca y consisten en úlceras, cuyo diámetro varía entre algunos milímetros y un centímetro o más. Estas úlceras tienen un borde eritematoso y se hallan cubiertas de un exudado gris o amarillo.

Las úlceras genitales son pequeñas, localizadas en escroto, raíz del pene o labios mayores.

Las lesiones oculares, consisten generalmente en conjuntivitis y uveítis purulentas. Aparte en algunos casos de afección neurológica, las lesiones oculares son las más peligrosas, ya que su

curación puede ir seguida de formación de cicatrices y de la consiguiente ceguera.

Las lesiones cutáneas suelen ser pequeñas pústulas o pápulas en el tronco o las extremidades, y en torno a los genitales.

La artralgia, tromboflebitis y afecciones del sistema nervioso central, así como lesiones cardíacas o pulmonares, son algunas complicaciones de la enfermedad.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Aunque las ulceraciones bucales de la estomatitis aftosa recurrente y las del síndrome de Behçet son clínicamente indistinguibles, es posible diferenciar fácilmente la enfermedad.

En la estomatitis aftosa recurrente, las úlceras bucales son la única manifestación de la enfermedad.

En el síndrome de Behçet, deben estar presentes por lo menos dos componentes de la triada clásica: úlceras bucales recurrentes, úlceras genitales recurrentes e inflamación ocular.

HISTORIA CLINICA

El síndrome de Behçet suele diagnosticarse por la distribución múltiple y particular de las lesiones ulcerativas en la boca, genitales y ojos.

Sin embargo los datos anamnésticos algunas veces resultan útiles, y en algunos casos pueden ser fundamentales para el diagnóstico definitivo.

La historia clínica de la enfermedad, suele poner de manifiesto datos de importancia diagnóstica, como :

- . Episodios anteriores de lesiones parecidas
- . Lesiones previas que han persistido generalmente de 2 a 4 semanas, o algo más antes de curarse
- . Lesiones bucales y genitales sin formación de cicatrices
- . Períodos variables de remisión entre los episodios activos desde algunos días hasta varias semanas o meses

- Condición ambulatoria del enfermo excepto en los raros casos graves o enfermos con participación neurológica; y
- Síngos generales de enfermedad (es decir, malestar, fatiga, fiebre, etc.) generalmente ausentes, excepto en los casos más graves o neurológicos

TRATAMIENTO

El tratamiento recomendado para el síndrome de Behçet, es muy semejante al indicado para el eritema polimorfo.

Sin embargo, se ha empleado mucho la globulina gamma y también las vacunas autógenas, pero las mejorías obtenidas han sido mínimas o a lo sumo, moderadas.

PRONOSTICO

Aunque la enfermedad de Behçet puede remitir espontáneamente después de un período que oscila entre meses o años, también puede experimentar complicaciones graves y hasta producir la muerte.

SINDROME DE REITER**GENERALIDADES**

Es una enfermedad de etiología desconocida, aunque hay evidencias de un origen infeccioso.

Es una de las complicaciones más comunes de la uretritis inespecífica y, en realidad, clínicamente parece una gonorrea, aunque en la descarga uretral no se observa Neisseria.

Se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino, generalmente entre los 20 y 30 años.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Hay una tetrada típica de manifestaciones :

- . Uretritis
- . Artritis
- . Conjuntivitis; y
- . Lesiones mucocutáneas.

Sin embargo, la tetrada completa no suele estar presente en un mismo caso.

La descarga uretral, suele ir acompañada de una sensación de ardor y prurito.

La artritis con frecuencia es simétrica bilateral y también poliarticular.

La conjuntivitis es tan leve que puede no ser detectada.

Las lesiones cutáneas se componen de máculas o pápulas rojas o amarillas que terminan por descamarse.

Las lesiones bucales son zonas indoloras, rojas y poco elevadas, a veces granulares o hasta vesiculares, con un borde circinado blanco en mucosa vestibular, labios y encía. Se pueden tomar por úlceras aftosas recurrentes.

Las lesiones palatinas son manchas pequeñas, de color rojo púrpura que se oscurecen y coalescen, mientras las de lengua guardan estrecha semejanza con la "lengua geográfica".

TRATAMIENTO

La enfermedad puede remitir en forma espontánea, pero también ha sido tratada mediante antibióticos y corticosteroides.

SINDROME DE STEVENS-JOHNSON

GENERALIDADES

Se caracteriza por signos de afección grave, con malestar, fatiga y a veces postración. Casi siempre existe fiebre, que a veces es muy alta. Son frecuentes la faringitis y los signos de infección pulmonar.

Se desconoce la causa del síndrome; se sospecha un origen vírico.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Las lesiones bucales del síndrome de Stevens-Johnson son idénticas a las de un eritema polimorfo grave.

Las lesiones cutáneas resultan casi siempre impresionantes por su gravedad. Pueden ser escasas en número, aunque generalmente numerosas y afectan amplias zonas de la superficie corporal.

Es característico que empiecen en forma de erupciones maculopapulosas que, al evolucionar, se destruyan dando lugar a la formación de centros necróticos.

En algunos casos las lesiones son vesiculares o flictenulares y, una vez colapsadas, forman ulceraciones o formaciones costrosas. Aunque pueden aparecer en todas las regiones del cuerpo, son más comunes en la cara, el tórax y el abdomen.

Una de las características más importantes del Síndrome de Stevens-Johnson, es la afectación ocular. Constituye un signo frecuente una conjuntivitis intensa con fotofobia y, en algún caso, también existe ulceración corneal.

También pueden resultar afectados los tejidos genitourinarios; suelen manifestarse con una uretritis no específica, balanitis en los hombres y úlceras vaginales en las mujeres.

HISTORIA CLINICA

El diagnóstico del Síndrome de Stevens-Johnson se basa generalmente en los signos y síntomas antes mencionados.

Desgraciadamente no existen pruebas específicas de laboratorio que tengan valor en estos casos. Sin embargo, los datos anamnésticos pueden prestar cierta ayuda.

El enfermo suele ser un niño o un adulto joven, rara vez de más de 25 años.

Cada episodio suele presentar un curso de afección grave de una a cuatro semanas de duración.

TRATAMIENTO

No existe un plan terapéutico de acción curativa específica para el Síndrome de Stevens-Johnson. Debe prescribirse un tratamiento de sostenimiento y sintomático.

Los antibióticos y corticosteroides son a menudo útiles para disminuir la gravedad y el progreso de la enfermedad.

El enfermo suele curarse, aunque se han citado casos mortales debidos, probablemente, a la participación pulmonar.

C A P I T U L O V**INFECCIONES VIRICAS DE LA BOCA****GINGIVOSTOMATITIS HERPETICA AGUDA****GENERALIDADES**

La gingivostomatitis herpética aguda o herpes simple, enfermedad infecciosa aguda es, probablemente, la enfermedad viral más común que afecta al hombre, con excepción de las infecciones virales respiratorias.

Va acompañada de signos de infección aguda, generalizada, con manifiestas lesiones clínicas que afectan a la boca. En casos raros también pueden resultar afectadas áreas cutáneas de la cara y los genitales.

Los tejidos que preferentemente ataca el virus son: labios, piso de boca, encías, lengua, paladar duro y blando, faringe y unión cutáneo mucosa; a veces genitales y ojos.

La falta de higiene y la mala nutrición son favorecedores de la aparición de la infección, pero tal vez el factor predisponente más importante sea: falta de inmunidad e inóculo suficiente.

Se presenta con mayor frecuencia en niños y adultos jóvenes.

Se caracteriza por fiebre ligera, malestar, linfadenopatía cervical y período de incubación de una semana.

Su duración es de 7 a 10 días en el niño y un poco menos en el adulto y las recaídas son raras.

El virus del herpes simple puede producir amigdalitis y faringitis agudas en adolescentes y adultos jóvenes.

El agente causal de esta enfermedad es un virus, llamado herpesvirus.

MANIFESTACIONES CLINICAS

La gingivostomatitis herpética aguda, se caracteriza por:

- Un período prodrómico de 24 hrs. o más, antes de que aparezcan las lesiones bucales
- Malestar
- Cefalea
- Adenopatía
- Transtornos digestivos
- Fiebre

En lactantes y niños pequeños son frecuentes la deshidratación y temperaturas altas (40 - 45 grados Centígrados), en las primeras etapas de la enfermedad aguda y se requiere de atención inmediata. En general la fiebre baja cuando brotan las lesiones bucales.

Comienzan a aparecer vesículas y úlceras en la mucosa bucal entre el 2do. y 3er. día. Existe la presencia de linfadenitis bucal, y tal vez el problema clínico principal sea la dificultad para ingerir alimentos, por dolor y molestias; con mayor frecuencia en lactantes y niños pequeños.

El cuadro, es el siguiente:

Se forman vesículas aisladas en las mucosas labiales interna y externa, en mejillas, lengua, paladar, piso de boca y encías.

Se observa gingivitis generalizada durante toda la enfermedad.

No se observa necrosis.

Al cabo de 24 hrs. las vesículas se rompen y forman úlceras crateriformes con bordes lisos y fondo amarillo grisáceo pseudomembranoso. Se van formando grandes zonas irregulares de ulceración.

Los bordes de las lesiones van progresando y están rodeadas de una areola inflamatoria roja brillante.

Las úlceras aisladas son redondas u ovaladas y pueden medir desde algunos milímetros hasta un centímetro de diámetro y son sumamente dolorosas.

El contacto de la saliva con las manos y la diseminación de la infección pueden ocasionar

enfermedades como: conjuntivitis o vulvovaginitis, las cuales requieren atención inmediata.

En el adulto joven la enfermedad es de inicio menos franco y manifestaciones generales menos intensas.

Con frecuencia las primeras características clínicas consisten en gingivitis local en encías marginales y encías con hiperemia y edema.

En uno o dos días se observa la aparición de una reacción eritematosa generalizada en las mucosas de la boca y se forman vesículas en los tejidos.

Entre el 4to. y 5to. días, se observa la aparición de muchas úlceras separadas y confluentes en mucosa de labios y lengua y en paladar blando y duro.

Entre 10 y 15 días, todas las lesiones se curan y se forma epitelio desde los bordes y el fondo; no hay cicatriz.

La tumefacción de los ganglios linfáticos puede persistir varias semanas.

HISTORIA CLINICA

Aunque en la mayoría de los enfermos con esta afección herpética bucal, se observan los mismos signos y síntomas y curso clínico descritos anteriormente, en algún caso pueden observarse manifestaciones que no son lo suficientemente intensas o características para poder establecer un diagnóstico definitivo.

En estos casos la revisión de los datos anamnésticos es de gran ayuda para llegar a un diagnóstico preciso.

Un dato importante en la anamnesis es la edad del enfermo. Ya que ésta se presenta con mayor frecuencia en niños que en adultos.

Es importante el dato que reporta el paciente: de un comienzo reciente, generalmente de 3 a 7 días, antes del día de consulta.

En algunos casos los signos prodrómicos de rinitis, molestias faríngeas, malestar e

irritabilidad pueden preceder al brote de la enfermedad, mientras que en otros la diarrea, fiebre alta, son las manifestaciones que preceden a esta enfermedad.

CURSO DE LA ENFERMEDAD

Esta enfermedad es una afección que generalmente se resuelve por sí misma. Desde el día de su comienzo presenta una intensidad, entre moderada y grave.

Las características del enfermo son :

- . Malestar general,
- . Fiebre alta,
- . Dificultad a la masticación; y
- . Glosodinia.

La fase intensa de la enfermedad, suele persistir de 5 a 8 días.

El reestablecimiento suele ser espectacular y brusco, del 80. al 100. día del comienzo de la enfermedad.

La desaparición de los dolores en la boca, de la dificultad para comer, tragar y hablar, del malestar general, y de la hiperpirexia, se verifica de manera espontánea y se presenta sin que se haya practicado ningún tipo de tratamiento en los casos no complicados.

GRUPOS DE PORTADORES

Se ha demostrado perfectamente la persistencia durante un tiempo indeterminado del herpesvirus en la flora bucal de los posconvalecientes, que puede llegar de 3 a 6 semanas después de la desaparición de las manifestaciones clínicas.

Algunos virólogos creen que la infecciosidad vírica, radica en un "grupo de portadores" adicional, formado por niños, en los cuales se ha encontrado el herpesvirus viable, a pesar de la falta de manifestaciones clínicas precedentes de herpes simple clínicamente inaparente.

Otros investigadores sostienen que los adultos, mediante sus repetidas exacerbaciones (secundarias), son los que constituyen el principal reservorio para la infección de los niños.

Estas amplias posibilidades de potencial contagioso, indican algunas de las dificultades que se encuentran para establecer la historia clínica de una "fuente de contagio" precisa en las afecciones bucales herpéticas primarias.

TRATAMIENTO

Actualmente no se cuenta con ningún agente quimioterápico que pueda detener, modificar o abortar el curso de la enfermedad.

Como la infección cesa por sí sola, el tratamiento de elección se basa sobre todo, en medidas paliativas y sintomáticas; como puede ser:

- La administración de antipiréticos,
- Reposo en cama,
- Frecuentes lavados bucales suaves,

- Abundantes líquidos; y
- Dieta blanda.

Los demás medios para el tratamiento, dependen del estado de salud preciso del paciente y de su edad :

- . Los enfermos en los cuales, la enfermedad suele constituir un peligro para su vida, como son aquellos con cardiopatías, disfunciones renales, hemopatías, entre otras; puede requerir de antibióticoterapia para prevenir infecciones secundarias.
- . En los niños pequeños cuando la gravedad es excepcional, puede hacerse necesaria la hospitalización para que por vía intravenosa se lleve a cabo la alimentación y realizar las transfusiones complementarias de sangre o plasma.

HERPE SECUNDARIO O RECIDIVANTE**GENERALIDADES**

La estomatitis recurrente herpética suele ser observada en pacientes adultos y se manifiesta en la clínica, como una forma atenuada de la enfermedad primaria.

La forma recurrente de la enfermedad está asociada con :

- . Traumatismo
- . Fatiga
- . Menstruación
- . Embarazo
- . Infección de vías respiratorias superiores
- . Transtornos emocionales
- . Alergia

- Exposición a la luz solar o lámparas ultravioletas; o
- Transtornos gastrointestinales.

Se desconoce el mecanismo mediante el cual, estos diversos factores desencadenantes provocan el estallido de las lesiones. Puede ser porque permiten el incremento de la síntesis viral latente.

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

MANIFESTACIONES CLINICAS

La enfermedad se caracteriza por episodios recurrentes de formación de vesículas en los labios, a nivel del borde cutaneomucoso o muy cerca y raras veces en la cara interna.

En las 12 a 24 hrs. previas a la aparición de las vesículas, existe una hiperestesia especial y

una sensación de ardor en la región de la lesión en formación.

Los individuos que sufren fuegos con frecuencia pueden predecir con exactitud la aparición de éstos, 12 hrs. antes de que se observen cambios clínicos o patológicos.

Los primeros datos clínicos son un edema y un eritema locales del labio.

En las siguientes 8 a 24 hrs., aparece una vesícula :

- De tamaño variable, pero en general no pasa de un centímetro de diámetro
- Redonda u ovalada, y contiene un líquido claro incoloro
- La superficie de la vesícula es tensa y se rompe fácilmente, pero no se observa progresión de los bordes al aplicar presión.

Los cultivos del líquido vesicular permiten encontrar virus del herpes simple.

En algunas horas, la membrana vesicular se rompe, dejando una úlcera :

- Con bordes irregulares,
- Friables; y
- Ligeramente socavados
- El fondo es serohemorrágico, y
- No hay halo inflamatorio alrededor de la lesión.

Al día siguiente, el fondo serohemorrágico se coagula, formándose un coágulo adherente, y la reparación se inicia simultáneamente en fondo y bordes.

La lesión desaparece en 7 a 10 días sin dejar cicatriz.

DISTRIBUCION DE LAS LESIONES

Las lesiones herpéticas recidivantes, suelen afectar cualquier área del sistema tegumentario, como el epitelio del :

- . Ano
- . Nalgas
- . Brazos
- . Dedos
- . Párpados; y
- . Conjuntiva subyacente.

Sin embargo, las lesiones más afectadas son las faciales y comprenden :

- . Los labios (herpe labial)
- . Las ventanas nasales (herpe nasal); y
- . El menton (herpe mentoniano).

La localización más frecuente de todas las infecciones herpéticas recidivantes es con mucho, la del rojo del labio (herpe labial, vesícula de fiebre, pupa de enfriamiento).

La distribución topográfica del herpes labial es muy constante y clásica. Puede afectar las inmediaciones cutáneomucosas de las comisuras o la unión del rojo del labio con el área cutánea o ambos lugares, este proceso herpético secundario rara vez se extiende mas allá de la línea de cierre entre los dos labios.

TRATAMIENTO

Se rompen las lesiones vesiculares incipientes, se aplica un colorante heterocíclico como el rojo neutro, en solución acuosa al 0.1 por 100, y luego se expone a la luz fluorescente por 15 minutos.

Con esto, la mayoría de los pacientes experimentan una sensible mejoría sintomática, con reducción del tiempo de cicatrización y disminución del índice de recidiva.

HERPANGINA

GENERALIDADES

La herpangina, es una infección viral específica, que suele curar espontáneamente, y se caracteriza por fiebre con lesiones vesiculares o ulcerativas de la garganta.

Es fundamentalmente una enfermedad de verano, y suele afectar a niños de 6 meses a 15 años de edad.

Es debida a una infección por virus "H" del grupo Coxsackie A, que es posible encontrar en heces y lavados de garganta.

La herpangina se observa especialmente en forma epidémica en campamentos, guarderías, orfanatos y colectividades de constitución reciente, especialmente durante los meses de verano.

MANIFESTACIONES CLINICAS

La herpangina tiene un comienzo brusco. En la mayoría de los casos una persona "aparentemente sana", presenta subitamente una intensa elevación de la temperatura (38.3 a 40.6 grados).

La fiebre suele alcanzar su punto máximo a los 2 días y después desciende progresivamente en los 2 a 3 días siguientes.

El enfermo aqueja a menudo anorexia, disfagia y dolor en la garganta.

Se presentan a menudo : cólicos abdominales, diarrea, cefalalgias, mialgias, vómitos y convulsiones.

El examen de la boca, suele poner de manifiesto una faringe notablemente eritematosa.

Se presentan vesículas orofaríngeas, cuya erupción se produce dentro de las primeras 72 hrs. del comienzo de la enfermedad.

Las vesículas son discretas y presentan marcado enrojecimiento periférico.

A las 24 hrs. se abren, formando úlceras ligeramente mayores de color gris, con bordes desiguales e inflamados.

Al ir progresando la enfermedad, pueden encontrarse vesículas y, úlceras próximas unas o otras en la región orofaríngea.

Aunque el número de las lesiones es muy variable, el promedio suele ser de 8 a 12 en el momento de mayor intensidad de la enfermedad.

Dichas lesiones, sin embargo, desaparecen rápidamente coincidiendo con la disminución de la fiebre.

Como muchas de ellas son poco aparentes, o hasta pasan inadvertidas, las vesiculaciones orofaríngeas características, solo se descubren en la tercera parte aproximadamente de los enfermos de esta infección.

Las lesiones de la herpangina, suelen estar limitadas a los tejidos de la parte posterior de la cavidad bucal y de las estructuras faríngeas contiguas.

Pocas veces la vesiculitis progresa hacia adelante, hasta afectar a los labios, mucosa de las mejillas, encías, piso de boca porción anterior del paladar duro.

Los sitios más comúnmente afectados son :

- Los pilares de las fauces,
- El paladar blando,
- La uvula,
- Tonsilas, y
- Pared faringea superior.

El comienzo brusco con fiebre alta, la faringitis moderada o intensa, y la vesiculación típica en la fauces son las manifestaciones que constituyen la "marca" de la herpangina.

CURSO DE LA ENFERMEDAD

El curso de la herpangina varía entre una infección leve, apenas apreciable y una enfermedad grave y molesta caracterizada por : fiebre, malestar general y dolor en la boca y garganta.

Incluso en los casos más graves, la duración es corta y se produce un reestablecimiento

completo dentro de los 6 días después del comienzo de la enfermedad.

Aunque una persona obtenga una inmunidad persistente a la herpangina debida a un enterovirus específico causante de un ataque de la enfermedad, la misma persona puede sufrir posteriores infecciones de herpangina debidas a otras estirpes de enterovirus.

TRATAMIENTO

Como la herpangina es una enfermedad que retrocede por sí misma; en la mayoría de los casos en menos de una semana, sin que haya producido acciones secundarias de importancia, el tratamiento suele ir dirigido sobre todo a aliviar los síntomas como son : la fiebre, dolor, náuseas, vómitos, diarrea y convulsiones.

Gran número de enterovirus persisten en las heces humanas hasta 6 semanas después del comienzo de esta enfermedad, a las personas que se han reestablecido de la herpangina, debe recomendárseles una higiene personal cuidadosa.

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

GENERALIDADES

También llamada fiebre ganglionar de Pfeifer. Es una enfermedad infecciosa aguda que incide sobre todo en niños y jóvenes.

Se manifiesta clínicamente por fiebre, adenopatía generalizada, faringoamigdalitis y esplenomegalia fundamentalmente.

ETIOLOGIA

Se trata de una enfermedad contagiosa. La mononucleosis infecciosa, es producida por el virus de Epstein-Barr (VEB); en 1968 se demostró que el VEB era el agente causal de la enfermedad, comprobando que :

- Solo se presenta en individuos que carecen de anticuerpos contra el citado virus

- Los anticuerpos tempranos varían durante el curso de la enfermedad

- Durante la fase activa de la enfermedad se encuentran elevados los anticuerpos VEB-IgM, que desaparecen en la convalecencia
- La presencia de estos anticuerpos, confieren inmunidad durante toda la vida

Afecta sobre todo a la infancia y a la adolescencia. Es más común sobre todo en primavera y otoño.

En la mayoría de los casos infecciosos, el contagio se realiza mediante el beso (68% de los casos según Evans), por esta razón se le denomina también "enfermedad del beso".

HISTORIA CLINICA

Tiene especial importancia la edad del enfermo, ya que los adultos jóvenes, especialmente en la edad del bachillerato o de Facultad, son los que sufren con mayor frecuencia mononucleosis infecciosa.

El comienzo puede ser progresivo e indoloso pero, en casos excepcionales es súbito y brusco.

Es característico que los signos generales, no se hagan intensos aproximadamente hasta el quinto día del comienzo de las manifestaciones bucales.

La enfermedad suele seguir su curso en 2 a 4 semanas aproximadamente, con pocas complicaciones o ninguna.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Las manifestaciones pueden ser ligeras o severas a cualquier edad, generalmente son más marcadas en la adolescencia. El curso de la enfermedad es semejante en todas las edades.

La enfermedad puede presentarse de manera brusca o insidiosa, después de un período de incubación de 7 a 10 días, se inicia rápidamente.

En general se presenta con :

- . Fiebre

- . Dolor de garganta

- . Cefaleas; y

- . Linfadenopatía.

También hay con gran frecuencia :

- . Esplenomegalia; y
- . Hepatitis.

Los ganglios linfáticos cervicales suelen ser los primeros en agrandarse, seguidos de los ganglios axilares e inguinales.

En el 5 a 15% de los casos se presenta una erupción cutánea, generalmente en el tronco y raras veces en la cara.

MANIFESTACIONES BUCALES

Las manifestaciones bucales de la mononucleosis infecciosa pueden variar desde :

- . Una ausencia completa en muchos casos;

Hasta :

- . Las hemorragias o signos de estomatitis,

. Gingivitis; ó

. Ulceraciones

La gingivitis suele tener comienzo agudo, siendo ligera, difusa y, completamente inespecífica.

La estomatitis que se presenta a veces también es ligera y difusa y afecta especialmente a la mucosa de las mejillas.

Es menos frecuente la presencia de una varias vesículo-ulceraciones pequeñas, diseminadas por diversas regiones de la boca, y que se parecen a las lesiones de la estomatitis ulcerativa recidivante.

Otra manifestación bucal, y que tiene especial importancia diagnóstica cuando va acompañada de las lesiones descritas anteriormente, son las ptequias o manchas de púrpura, que suelen presentarse en los tejidos de la parte posterior del paladar, aunque pueden encontrarse en otras regiones, entre ellas los tejidos gingivales.

También se presenta a veces la tumefacción edematosa del paladar blando y de la úvula, faringitis y amigdalitis.

La molestia que el paciente aqueja más a menudo cuando acude al odontólogo, es la tumefacción dolorosa de los ganglios linfáticos y ésta, por sí sola, justifica que se incluya la mononucleosis infecciosa entre las posibilidades diagnósticas.

La adenopatía es discreta, firme y generalmente dolorosa a la palpación.

TRATAMIENTO

En general, basta con un tratamiento sintomático, con gargarismos o pincelaciones tópicas para la amigdalofaringitis.

CONCLUSIONES

Las lesiones ulcerativas de la boca forman un grupo numeroso y variable, por lo cual, deben ser estudiadas y analizadas por el Cirujano Dentista con sumo cuidado, para poder identificar la causa que las produce y así obtener un diagnóstico preciso y exacto, a través de :

- a) Historia Clínica
- b) Manifestaciones Clínicas
- c) Exámenes de Laboratorio

El conocimiento de estas lesiones, en cuanto a su incidencia, manifestaciones clínicas, curso de la enfermedad y sintomatología, dará lugar a un diagnóstico exacto que permitirá un adecuado plan de tratamiento.

Debido a la diversidad de lesiones ulcerativas que existen, los planes de tratamiento son también numerosos, y varían desde métodos paliativos hasta el uso de antibióticos, corticosteroides, gamma globulina o vitaminas entre otros. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos que se han hecho para lograr encontrar el

tratamiento idóneo, no se han obtenido los resultados esperados, ya que en su mayoría estas lesiones, tienden a desaparecer de una manera incidiosa.

Es importante hacer hincapié, que a pesar de que estas lesiones tienden a curar en forma espontánea, se debe tener cuidado con ellas, pues como es en el caso del Síndrome de Behçet pueden existir complicaciones graves y hasta llegar a producir la muerte.

Por lo antes expuesto es necesario crear conciencia entre todos lo Cirujanos Dentistas, que estas lesiones no deben ser tomadas a la ligera e instar a los estudiantes a obtener un completo y profundo conocimiento acerca de las enfermedades ulcerativas de la boca, motivo de esta tesis.

BIBLIOGRAFIA

- Thoma, Berlin Robert J.
Patología Oral
España, Editorial Salvat, 1981
1273 p.

- Zegarelli, Edward V.
Diagnóstico en Patología Oral
España, Editorial Salvat, 1979
451 p.

- Shafer
Patología Oral
México, Nueva Editorial Interamericana, 1980
776 p.

- Robins, Stanley L. Dr.
Patología Estructural y Funcional
México, Nueva Editorial Interamericana, 1975
1516 p.

- Pelayo Correa
Texto de Patología
México, La Prensa Médica Mexicana, 1970
1162 p.

- Lyght, Charles E.
El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica
4a. Edición en Español
México, Editorial Merck & Sharp & Dohme Research
Laboratories, 1965
1421 p.

- Harvey, John y Col.
Tratado de Medicina Interna
2a. Edición
México, Editorial Interamericana, 1984
1403 p.

- Harrison, Thorn y Col.
Medicina Interna
5a. Edición en Español
México, Ediciones Científicas La Prensa Médica
Mexicana, S.A., 1981
Tomo I y II
2498 p.