

Universidad Nacional Autónoma de México
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**LESIONES BLANCAS
DE LA LENGUA**

T E S I S

Que Para Obtener el Título de

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

JESUS ELIAS AGUILAR HERNANDEZ



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

LESIONES BLANCAS DE LA LENGUA

PROLOGO

I .-ANATOMIA E HISTOLOGIA DE LA LENGUA

II.-CLASIFICACION Y ESTUDIO CLINICO DE LAS LESIONES BLANCAS

CLASIFICACION: BENIGNAS, PREMALIGNAS Y MALIGNAS.

LESIONES BENIGNAS

- 1.- HIPERQUERATOSIS
- 2.-CANDIDIASIS
- 3.-LIQUEN PLANO
- 4.-ULCERA AFTOSA
- 5.-LENGUA BLANCA VELLOSA
- 6.-LENGUA GEOGRAFICA
- 7.-QUEMADURAS QUIMICAS
- 8.-LUES
- 9.-ULCERA TRAUMATICA
- 10.-PAPILOMA

LESIONES PREMALIGNAS

- 1.-LEUCOPLASIA
- 2.-LEUCOPLASIA VERRUGOSA
- 3.-CARCINOMA IN SITU

LESIONES MALIGNAS

CARCINOMA
CARCINOMA VERRUCOSO

III.-BIOPSIA

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La responsabilidad de estimular el estudio de éstas lesiones, analizando lo aprendido hacia una terapéutica más confiable y un restablecimiento integral de los tejidos afectados, en la medida humanamente posible, me motiva al estudio de las lesiones blancas de la lengua, - que aparecen en gran parte de la población adulta e infantil.

Siendo de importancia patológica en virtud de la afección producida en la cavidad oral y posteriormente, sino son tratadas debidamente - por ausencia de conocimientos, puede comprometer la armonía del organismo.

Para emitir un correcto diagnóstico, pronóstico y tratamiento es necesario tener los suficientes conocimientos en las manifestaciones clínicas de estas lesiones debido a la similitud que presentan unas con otras y que pueden crear confusión al clínico.

Debido a la confusión que puede causar la similitud entre algunas enfermedades, se antepone de manifiesto sus características más sobresalientes y los nombres de las enfermedades con las que presentan semejanza para ejercer una terapéutica adecuada.

Creo que el presente trabajo ha de servir para establecer conocimientos básicos a subsiguientes generaciones de estomatólogos, que ayudará a complementar sus conocimientos sobre estas lesiones e identificar con más precisión.

Para ello debe apoyarse en la anamnesis directa e indirecta, inspección, palpación, exámenes radiográficos, biopsias que permitan identificar al agente etiológico y como consecuencia una terapia más efectiva y segura.

El propósito de la presente tesis es proporcionar información de estas lesiones y algunas de las conclusiones más sobresalientes de investigadores contemporáneos. Sin embargo en el estudio patológico - Hay áreas controvertibles y de discrepancia de opiniones en los diferentes autores, que se recompilan para tratar de reunir la mayor cantidad de conocimientos.

Desde el punto de vista preventivo la posible aparición de éstas lesiones blancas son un desafío para el cirujano dentista, debiendo pedir el desarrollo de éstas, y los factores predisponentes que afectan los tejidos con lesiones que van de leves a severas y en algunos casos la invasión de las zonas sanas.

Por lo cual pongo a consideración del honorable jurado el presente trabajo de tesis, que no pretende ser un trabajo de investigación, - sino una recopilación de diferentes autores que se mencionan en la bibliografía.

LENGUA

La lengua ocupa la parte media del suelo de la cavidad bucal y forma una eminencia que sobresale de esta cavidad.

Es de forma irregularmente ovalada, con la extremidad gruesa superior y es aplanada de arriba a abajo. Su cara dorsal, sus bordes, su punta y la parte anterior de su cara inferior están revestidas por la mucosa y son libres en la cavidad bucal. Por el resto de su extensión que constituye la base o la raíz de la lengua, recibe este órgano sus vasos y sus nervios y se inserta por numerosos músculos en el hueso hioides, en el maxilar inferior, en la bóveda palatina y en la apófisis estiloides.

La lengua es un órgano muscular y mucoso. La mucosa lingual cubre toda la parte libre del órgano; en ella se localizan los órganos del gusto.

Por sus músculos la lengua está dotada de gran movilidad gracias a la cual interviene en la masticación, la deglución y la fonación.

La parte libre de la lengua en su configuración externa presenta dos caras, dos bordes y un vértice.

Cara superior o dorsal

Esta cara está dividida en dos partes, una anterior o bucal y otra posterior o faríngea, por un surco en forma de V abierta hacia adelante, llamado surco terminal. El vértice del ángulo representado por el surco terminal, más profundo que el resto del surco, denominado Foramen Cecum.

La porción bucal de la cara superior de la lengua mira hacia arriba, la cubre una mucosa gruesa, muy adherida en todos sus puntos a la musculatura subyacente. Está recorrida por un surco medio superior que se extiende del foramen Cecum a la punta de la lengua.

Su superficie es desigual a causa de que la mucosa está cubierta en toda su extensión por pequeñas eminencias muy próximas unas a otras, llamadas papilas linguales. Las papilas se dividen según su forma, en papilas filiformes, fungiformes y calciformes; estas últimas son las más voluminosas de todas y están constituidas por una eminencia redonda, el mamelón, rodeado por una depresión circular de la mucosa; por lo general son nueve y están dispuestas por delante del surco terminal, siguiendo una línea angular en forma de V, la V lingual.

La porción faríngea de la cara dorsal de la lengua es casi vertical y mira hacia la faringe. En esta porción de la mucosa es menos adherente que en la porción bucal; su superficie es desigual, mamelonada; presenta, en efecto, pequeñas eminencias, irregularmente redondeadas, dispuestas en series lineales oblicuas hacia abajo y hacia adentro. Estos mamelones son debidos a la presencia en el dermis de la mucosa, de folículos cerrados cuyo conjunto constituye la amígdala lingual.

La extremidad inferior de la porción faríngea de la cara dorsal de la lengua esta unida a la epiglotis por tres pliegues, glosio-epigloticos, uno medio y dos laterales. Estos pliegues mucosos son producidos por láminas elasticas delgadas que unen la lengua a la epiglotis; el pliegue medio contiene también fibras del músculo lingual superior. Limitan entre sí a cada lado de la línea media una depresión llamada, fosita glosio-epiglotica.

Cara inferior

Esta cubierta por una mucosa lisa y delgada, transparente y laxa.

Esta cara presenta: Un canal medio más ancho y más profundo que el surco de la cara dorsal .

Un pliegue mucoso medio, el frenillo o filete de la lengua que se extiende de la extremidad posterior del canal medio a la parte media del surco alvéolo lingual.

Dos rodetes longitudinales anchos, situados a los lados del canal medio y formados por los músculos genio-glosos; algunas veces existen sobre estos rodetes pequeñas prolongaciones mucosas, vestigios del pliegue franjeado que se observa en el recién nacido.

Las venas raninas que se transparentan bajo la mucosa de los rodetes y dos depresiones longitudinales, los canales laterales que separan los rodetes musculares de los bordes laterales de la lengua.

Bordes

Los bordes laterales de la lengua, gruesos por detrás, van adelgazandose de atrás a adelante. En la vecindad de la cara dorsal presenta los mismos caracteres que ésta; En su extremidad posterior, se observan papilas foliadas, representadas por una serie de relieves, pequeños, verticales y paralelos.

Vértice

El vértice o punta de la lengua tiene un surco medio, por el cual se continúa el surco medio dorsal en el canal medio de la cara inferior.

Constitución

Esta constituida por un esqueleto, varios músculos y una mucosa.

Esqueleto de la lengua

Posee una armazón esqueletico ósteo-fibrosa formada por; El hueso hioides, por dos membranas fibrosas, la membrana hio-glosa y el septum lingual. La membrana hio-glosa se inserta por abajo en el borde superior del cuerpo del hueso hioides, entre las dos hastas menores; desde allí asciende hacia adelante y hacia arriba y se pierde en el espesor del órgano después de un trayecto de un centímetro aproximadamente.

El septum lingual o Septum medio

Es una lámina fibrosa, calciforme, vertical y media. Se inserta por su base en la parte media de la cara anterior de la membrana hio-glosa y en el borde superior del hueso hioides. El septum termina por

delante de una extremidad afilada, entre los haces musculares de la punta de la lengua, su borde superior, conexo, está cerca de la mucosa dorsal; su borde inferior, cóncavo, es libre o ésta cruzado por las fibras de los músculos genio-glosos.

MUSCULOS DE LA LENGUA

Se compone de diecisiete músculos, ocho son pares y uno sólo, el lingual superior es impar. Unos nacen en los huesos vecinos de la lengua, otros tienen su origen en la lengua misma, y otros en fin proceden de la musculatura de la faringe.

GENIO-GLOSO

Tiene la forma de un ancho abanico, aplanado transversalmente, situado encima del genio-hioides.

Se inserta por delante, por fibras tendinosas cortas, en la pósis geni superior. Desde allí sus fibras se irradian hacia la cara dorsal de la lengua; las fibras anteriores, encorvadas hacia arriba y hacia adelante, van a la punta; las fibras medias terminan en la mucosa de la cara dorsal de la lengua y en la membrana hio-glosa; las fibras inferiores terminan en el borde superior del cuerpo del hueso hioides.

El músculo genio-gloso está separado de su homólogo; por arriba, en el septum lingual, por abajo; por una delgada capa de tejido celular atravesada frecuentemente cerca del septum, por fibras entrecruzadas de los dos músculos.

ACCION DEL MUSCULO GENIO-GLOSO

Las fibras inferiores del genio-gloso llevan al hueso hioides y la lengua hacia arriba y hacia delante; sus fibras medias tiran igualmente hacia adelante y sus fibras anteriores atraen la punta de la lengua hacia abajo y hacia atrás. Cuando se contrae en su totalidad, el genio-gloso aplica la lengua sobre el suelo bucal.

LENGUAL INFERIOR

Es un haz carnoso delgado, aplanado transversalmente, situado por fuera del genio-gloso. Se inserta por detrás en el hueso menor del hioides y termina por delante en la mucosa de la punta de la lengua.

Este músculo está aplicado a la cara externa del genio-gloso y describe una curva cuya concavidad mira hacia adelante y hacia abajo.

ACCION: El lingual inferior desciende y retrae la lengua.

HIO-GLOSO

Músculo aplanado, cuadrilátero, situado en la parte lateral de la lengua y que se inserta por abajo en el cuerpo del hueso hioides -- cerca del hasta menor y en la cara del hasta mayor, a lo largo de -- su borde externo y en toda su extensión.

Sus fibras se dirigen hacia arriba y un poco hacia adelante, por -- fuera del genio-gloso y del lingual inferior; al llegar al borde lateral de la lengua, se inclina hacia adentro y hacia adelante y se esparce en abanico en el espesor del órgano para terminar en el septum lingual.

Este músculo esta dividido algunas veces en dos haces, el basio-gloso, y el certo-gloso que se insertan, el primero directamente en el cuerpo y el segundo en el hasta mayor del hueso hioides.

ACCION; Desciende y retrae la lengua.

ESTILOGLOSO

Músculo largo y delgado que se extiende desde la apófisis estiloides al borde lateral de la lengua. Se desprende de: La parte anteroexterna de la apófisis estiloides, cerca de la punta de esta apófisis del ligamento estilo-maxilar.

Algunas veces existe un haz accesorio que nace en el ángulo de la mandíbula y de la parte próxima del borde posterior del maxilar.

El haz accesorio, maxilar, esta unido al haz estiloideo por el ligamento estilo maxilar, que es el resto del arco tendinoso que unía primitivamente estos dos haces. Cuando falta el haz maxilar existe en su lugar una lámina fibrosa que procede de la regresión de las fibras carnosas.

El músculo se dirige hacia abajo, hacia adelante y hacia afuera, -- hasta la extremidad posterior del borde lateral de la lengua, donde se dividen en dos grupos principales de fibras; fibras superiores y fibras inferiores.

Las fibras superiores se esparcen en un ancho abanico extendido por la cara dorsal de la lengua, en el cual las fibras, casi transversales por detrás, se van haciendo cada vez más oblicuas hacia adelante a medida que se aproxima a la punta; terminan en el septum lingual, Las más externas corren a lo largo del borde externo de la lengua hasta la punta. Las fibras inferiores terminan también en el septum lingual atravesado por el hio-gloso y el lingual inferior.

ACCION: Los estilo-gloso ensanchan la lengua y la llevan hacia arriba y hacia atrás.

PALATOGLOSO O GLOSO-ESTAFILINO

Este músculo delgado, aplanado y débil se inserta por arriba en el velo del paladar, en la cara inferior de la aponeurosis palatina, -- descende por el espesor del pilar anterior y termina en la lengua-

por fibras transversales y longitudinales que se confunden con las -
fibras superiores del estilogloso.

ACCION: Eleva la lengua, la dirige hacia atrás y estrecha el Itsmo -
de las Fauces.

AMIGDALO-GLOSO

Es un haz muscular delgado, muy poco frecuente, nace en la cara ex--
terna de la cápsula amigdalina. Sus fibras descienden por dentro del
constrictor superior y penetran en el espesor de la lengua.

ACCION: Los amígdalo-glosos elevan la base de la lengua.

FARINGO-GLOSOS

Se designa a un haz del constrictor superior de la faringe que se --
prolonga por el borde lateral de la lengua donde sus fibras se con--
funden con las del estilo-gloso, del lingual inferior y del genio--
gloso.

ACCION: Tira de la lengua hacia atrás y hacia arriba.

TRANSVERSO

El músculo transverso está formado por fibras transversales distin--
tas de las que proceden de los músculos estilo-gloso, hio-gloso.

Estas fibras van de la cara lateral del septum lingual a la cara pro
funda de la mucosa del borde lateral de la lengua.

ACCION: El Transverso alarga y estrecha la lengua.

LINGUAL SUPERIOR

Este músculo, impar y medio, es una lámina delgada subyacente a la -
mucosa de la cara dorsal de la lengua. Tiene su origen por detrás --
por tres haces: dos laterales que se insertan en las hastas menores-
del hueso hioides y uno medio que nace de la epiglottis y del pliegue
gloso-epiglótico medio.

Desde estos orígenes, las fibras se dirigen hacia adelante y forman-
una capa muscular continua, que cubre toda la cara dorsal de la masa
muscular de la lengua. Sus fibras se pierden en la cara profunda de-
la mucosa.

ACCION: El lingual superior baja y acorta la lengua.

VASOS Y NERVIOS

ARTERIAS

Las arterias de la lengua procede sobre todo de la arteria lingual, E ta arteria de ala lengua una rama colateral, la dorsal de la lengua, y una de sus ramas terminales, la arteria ranina. Recibe además algunas ramificaciones de la palatina inferior, rama de la facial y de la faríngea ascendente.

VENAS

La sangre venosa la recogen las venas linguales profundas, satélites de la arteria lingual y las venas linguales principales o raninas.

LINFATICOS

Los linfáticos de la punta de la lengua van a los ganglios submentales; los del cuerpo terminan en los ganglios submaxilares y en los ganglios de la yugular interna. Estos últimos terminan principalmente en un ganglio grande, situado inmediatamente por debajo del vientre posterior del digástrico.

NERVIOS

Hay que distinguir los nervios motores y los nervios sensitivos. -- Los nervios motores proceden del hipogloso mayor. Los nervios sensitivos proceden de los nervios lingual, glossofaríngeo y pneumogástrico . El nervio lingual rama del maxilar inferior inerva la mucosa por delante de la V lingual; el glossofaríngeo distribuye sus ramas terminales por las papilas calciformes y por la mucosa situada por detrás de la V lingual; el pneumogástrico da algunos ramos, por medio del nervio laríngeo superior, a la mucosa que cubre los pliegues y las fositas glosso-epiglóticas.

HISTOLOGIA

La lengua esta compuesta principalmente de músculos estriados, con fibras agrupadas de haces entrelazados y dispuestos en tres planos. Dentro de los haces, cada fibra muscular esta rodeada de endomisio, que tiende a ser algo más grueso que en la mayor parte de los demás músculos estriados. Este lleva capilares hasta cerca de las fibras musculares. El tejido fibroelástico situado entre los haces musculares puede considerarse como perimisio, contiene los vasos mayores y los nervios, en algunos puntos tejido adiposo, también presenta en algunas partes de la lengua glándulas incluidas.

MUCOSAS

El revestimiento de la superficie inferior de la lengua es delgado y liso. La lámina propia se une directamente al tejido fibroelástico que acompaña a los haces musculares. Aquí no hay verdadera submucosa.

La mucosa que recubre la superficie dorsal de la lengua tiene especial interés. La superficie dorsal de la lengua brinda información al médico porque algunas enfermedades, por ejemplo, la escarlatina y la anemia perniciosa puede causar alteraciones específicas en la superficie lingual.

La mucosa que reviste la superficie dorsal de la lengua esta dividida en dos partes; 1) La que cubre los dos tercios anteriores o parte dorsal de la lengua (cuerpo de la misma). 2) La que cubre el tercio posterior o faríngeo (raíz de la lengua). El límite entre estas dos partes lo señala una línea en forma de V, el surco terminal, dispuesta transversalmente en la lengua.

PARTE BUCAL DE LA LENGUA

La mucosa que recubre la parte bucal de la lengua esta cubierta -- por pequeñas proyecciones denominadas papilas, en el hombre son de tres tipos: filiformes, fungiformes y calciformes.

PAPILAS FILIFORMES

De Filum, hilo.- Son estructuras relativamente altas, estrechas, de forma cónica constituidas por lámina propia y epitelio. Cada una tiene una papila primaria de lámina propia, a partir de la cual se extienden hacia la superficie papilas secundarias. La papila primaria esta recubierta por epitelio que se hiende formando revestimientos separados para cada una de las papilas secundarias. A veces las cubiertas epiteliales de las papilas secundarias se dividen a su vez en hilos que justifican el término filiforme. El epitelio que recubre las papilas secundarias se vuelve queratinico, pero todavía no se sabe si en el hombre las células superficiales se transforman en verdadera queratina.

En algunos animales las papilas filiformes córneas hacen que la superficie dorsal de la lengua sea netamente rasposa. Estas son muy numerosas y se distribuyen en hileras paralelas que atraviesan la lengua. Cerca de la raíz estas hileras siguen la línea en forma de V que separa el cuerpo de la raíz de la lengua.

PAPILAS FUNGIFORMES

Reciben el nombre porque se proyectan en la superficie dorsal de la porción bucal de la lengua como pequeñas setas, más delgadas en su base y con la parte alta dilatada y uniformemente redondeada. No son tantas como las papilas filiformes entre las cuales se hallan distribuidas se hallan en mayor número en la punta de la lengua que en el resto del órgano.

Cada una tiene un núcleo central de lámina propia que recibe el nombre de papila primaria, de ella se proyectan papilas secundarias de lámina propia que penetran en el epitelio del revestimiento. La superficie epitelial no sigue los contornos de las papilas secundarias de lámina propia, como hace con las papilas filiformes; por lo tanto, las papilas secundarias de lámina propia llevan los capilares muy cerca de la superficie del epitelio. Como el epitelio del revestimiento no es queratinizado, resulta bastante transparente, ello permite observar los vasos sanguíneos en las papilas secundarias altas y en consecuencia durante la vida de las papilas fungiformes tiene color rojo.

PAPILAS CALCIFORMES

Hay de siete a doce distribuidas a lo largo de la línea, distribuidas a lo largo de la línea en forma de V que separa la membrana del cuerpo de la lengua de la que cubre la raíz. El término calciforme recuerda el cáliz y el nombre circunvalada que ha veces se les da (vallum, baluarte) recuerda que cada una de ellas a semejanza de una ciudad antigua está rodeada de un baluarte. En realidad cada una parecitorre de un castillo rodeado de un fos o trinchera. El foso esta constantemente lleno de líquido secretado por glándulas situadas más profundamente que las papilas que se vacían por medio de conductos en el fondo de dicho foso y lo limpian de residuos.

Cada papila calciforme tiene una papila primaria central de lámina propia. Hay papilas secundarias de lámina propia que se elevan desde este hasta el epitelio estratificado no queratinizado que recubre toda la papila. Las papilas calciformes son más estrechas a nivel de su inserción que en su superficie libre; por lo tanto tienen forma que recuerda la de las papilas fungiformes.

FUNCIONES DE LAS PAPILAS

Los animales en las cuales las papilas filiformes estan muy desa

rrollados pueden lamer sustancias sólidas y semisólidas con las acciones que recuerdan la del papel de lija. Aunque las papilas no están muy desarrolladas en el hombre, permite que los niños laman a satisfacción un helado o un caramelo. Tales papilas tienen terminaciones nerviosas especializadas para el tacto. La mayor parte de las papilas fungiformes y todas las papilas calciformes contienen corpúsculos gustativos en los cuales hay terminaciones nerviosas que al ser estimuladas, originan los impulsos nerviosos, causas de las sensaciones gustativas.

RAIZ DE LA LENGUA

AMIGDALA LINGUAL

La mucosa que recubre la raíz de la lengua no contiene papilas verdaderas. Las pequeñas prominencias que se observan en esta parte de la lengua dependen de acúmulos de nódulos linfáticos que hay en la lámina propia por debajo del epitelio. Una disposición de éste, es decir, con acúmulo de nódulos linfáticos en estrecha relación con epitelio plano estratificado, suele recibir el nombre de tejido amigdalario. El que halla en el techo de la lengua constituye la amígdala lingual. Muchos de los nódulos linfáticos de la amígdala lingual poseen centros germinativos. Los espacios que quedan entre ellos se encuentran ocupados por tejido linfático difuso.

Con los linfocitos hay muchas células plasmáticas.

El epitelio plano estratificado no queratinizado que recubre el tejido linfático se extiende hacia el interior del órgano a diversos niveles para formar cavidades o diversos fosos. Reciben el nombre de criptas (KRIPTOS, escondido). Los linfocitos emigran a través del epitelio que recubre estas placas de tejido linfático, permó más particularmente a través de las paredes epiteliales estratificadas de las criptas hasta alcanzar la luz de estas. Las células epiteliales superficiales del revestimiento de las criptas se descaman en la luz de estas. el resultado es que la luz de las criptas puede, contener acúmulos de restos formados por linfocitos y células epiteliales descamadas.

Los conductos de las glándulas mucosas subyacentes se abren en el fondo de muchas criptas.

Por este motivo las criptas infectadas no son tan comunes en la amígdala lingual como en el tejido amigdalario de otras localizaciones desprovistos de glándulas subyacentes que se abren en las criptas.

HIPERQUERATOSIS BENIGNA

CARACTERISTICAS CLINICAS

Conocido también con los nombres de Pachyderma Oris, Pachyderma Oral y Queratosis Focal.

La Hiperqueratosis benigna es la lesión blanca mas común de la cavidad bucal.

Es una lesión blanca plana o elevada que puede ser esperada generalmente aislada, con una duración de semanas a meses y no desaparece mediante la presión aplicada en la zona.

Se puede presentar en cualquier parte de la mucosa bucal, lengua, labios y mejillas, siendo frecuentemente dos veces más en el sexo masculino que en el femenino.

Comprende alrededor de un 71% de todas las lesiones blancas y alrededor de 7.5 de biopsias practicadas por el clínico.

Los pacientes con esta enfermedad, ocasionalmente también tienen lesiones oculares que se caracterizan por capas blancas gelatinosas, espumas superficiales que cubren la córnea y que ha veces producen ceguera temporal, además las conjuntivas están intensamente congestionadas, en algunos casos las lesiones oculares presentan variaciones estacionales y tienden a aparecer o aumentar de intensidad en la primavera y ha desaparecer por desprendimiento espontáneo de la pseudomembrana a fines de verano u otoño.

ASPECTO HISTOLOGICO

El epitelio que cubre la mucosa presenta espesa capa de queratina -- con células epiteliales normales hay una diferencia entre la hiperqueratosis benigna y la maligna, pues en la segunda presenta un margen más amplio de alteraciones que un simple trastorno en la formación de queratina incluyendo la atipia celular, atipia nuclear, hiperchromatismo, variaciones en la polaridad celular, aumento en la relación citoplasma núcleo, mitosis anormales.

Los cortes de mucosa bucal muestran engrosamiento del epitelio con degeneración hidropica pronunciada, además se presentan muchos eosinofilos redondos de aspecto céreo parecidos a minúsculas perlas epiteliales.

Microscópicamente la hiperqueratosis benigna se caracteriza por una gruesa capa de queratina (hiperqueratosis) o paraqueratosis, este último termino (paraqueratosis) se emplea cuando la capa de queratina muestra restos epiteliales. Puede haber espesamiento de las crestas epiteliales y estratos de Malpighi (acantosis) y alargamiento de las crestas pero las células epiteliales son individuales.

El tejido conectivo debajo del epitelio puede aparecer normal o mostrar infiltración de linfocitos y plasmocitos.

DIAGNOSTICO

Es una lesión que comprende aproximadamente el 7.5 de las biopsias-practicada en el consultorio teniendo una duración promedio de 28 - meses.

Se presenta entre la quinta y sexta década de la vida con un promedio de 48 años. También puede citarse los hábitos como morderse los labios y en fin un estudio clínico cuidadoso.

PRONOSTICO

El pronóstico es excelente cuando se elimina la causa, la lesión -- puede desaparecer espontáneamente en el término de dos o tres semanas.

No recidiva después de la escisión a no ser que la causa persista.

TRATAMIENTO

Se efectúo con la eliminación de la causa, evitando que persista. O bién por medio de la escisión.

CANDIDIASIS

También conocida como Moniliasis o Muguet.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Presencia de placas múltiples blancas, caseosas, y cuando se elimina por raspado deja superficies sangrantes, las lesiones curan en una región y aparecen en otra.

La candidiasis es una infección causada por el hongo *Candida Albicans* y por lo general afecta las mucosas de la boca, lengua, además del tracto intestinal y vagina. Las lesiones de la cavidad bucal se presentan en los dos extremos de la vida, la infancia o la vejez o en pacientes debilitados por alguna otra causa como por ejemplo el alcoholismo leucemia, o diabetes, también pueden aparecer en enfermos sometidos a un tratamiento prolongado de antibióticos o corticosteroides.

Clínicamente puede observarse en cualquier parte de la lengua, o de la mucosa bucal con el aspecto de placas blancas o blancogrisáceas que en ocasiones semejan leche cuajada.

ASPECTO HISTOLOGICO

Los cortes microscópicos a través de una placa de muguet muestran células necróticas, queratina y una red densa de organismos del género *Candida* bajo la forma de hifas y esporo (micelio) en la zona de la placa, el epitelio está destruido o densamente infiltrado -- por el hongo, en tanto que por debajo de las lesiones el tejido conectivo muestra edema, linfocitos, plasmocitos e infiltración de neutrofilos.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico se basa en un cuadro sintomático variado de placas blanquecimas o cambios eritomatosos superficiales que pueden confirmarse con cultivo.

El hongo *Candida Albicans* se halla presente en todas las bocas; -- sin embargo se vuelve patógeno en aquellas personas en que la resistencia celular ha disminuido (por ejemplo debido a la diabetes o leucemia) en quienes el balance de la flora bucal está alterado de tal manera que favorece el desarrollo de la *Candida albicans* -- (como en el caso de uso prolongado de antibióticos) y en el recién nacido, en que las bacterias de la cavidad bucal aún no se han "establecido".

Es necesario realizar el estudio clínico cuidadoso del enfermo y -- considerar sus antecedentes de resistencia a los antibióticos o -- bien si se ha administrado por períodos prolongados.

Es una característica importante para el diagnóstico el que sea posible desprender la placa moniliásica blanca de la superficie del tejido, y que al hacerlo queda una superficie viva sangrante. La mayor parte de las otras lesiones de placas blancas que se encuentran en la boca, como leucoplasia, leucoedema y liquen plano no pueden ser desprendidas.

PRONOSTICO

Es celente: Son infecciones generalizadas extremadamente, raras, y por lo general secundarias a factores predisponentes.

TRATAMIENTO

El muguet se trata mediante control de la causa del debilitamiento por ejemplo diabetes.

Cuando sea posible suprimiendo el empleo de antibioticos, si esta medida no resulta incompatible con la salud del paciente.

O bien en los casos del recién nacido enjuagando la boca con saliva de la madre para fomentar el desarrollo de otros organismos que compiten con éste, o administrando nistatina 100,000 unidades cuatro veces al día.

2

CARACTERISTICAS CLINICAS

Enfermedad que afecta la piel y la túnica mucosa, se desconoce la causa exacta, aunque la aparición de la lesión puede estar asociada y precedida de un estress emocional.

En la piel, el líquen plano se presenta como lesiones escamosas, múltiples, rojas o violáceas que causan prurito y aparecen en cualquier parte del cuerpo.

No obstante en las superficies flexoras de la muñeca y pierna constituyen las localizaciones más comunes, las lesiones son de distribución simétricas.

Las lesiones del líquen son más frecuentes en la cavidad oral que en la piel ; menos del 50% de los pacientes con manifestaciones orales muestran lesiones cutáneas.

Es más frecuente en las mujeres que en los hombres y su promedio de duración es de 45 meses , aparece de los 20 a los 80 años, siendo la edad promedio alrededor de los 49 años.

La incidencia mayor se observa durante la quinta y sexta década de la vida.

Las lesiones tienen aspecto de líneas blancas o blanco amarillento - dispuestas en forma de encaje, sin embargo también puede aparecer como placas blancas o como múltiples papúlas blancas, son asintomáticas - pero en ocasiones los enfermos suelen quejarse de una sensación de - ardor, el líquen plano puede desaparecer en pocos meses.

Además de la forma habitual del líquen plano se reconocen otras aunque son raras, como la ampollosa o vesicular, la erosiva, la atrófica y la hipertrófica , en todas estas variedades, las características líneas - blancas o papúlas del líquen plano se observan en la periferia de la vesícula, en la zona de la erosión, en la zona de la atrofia y en la - hipertrófica.

La forma hipertrófica en ocasiones aparece erosionada y en forma marcada las papúlas, placas blancas y gruesas en la zona retromolar.

La forma ampollosa o vesicular suele verse en el borde lateral de la lengua o en su superficie ventral.

La forma atrófica es habitual en el dorso de la lengua y sus características más sobresalientes es la desaparición de las papilas linguales.

ASPECTO HISTOLOGICO

Revela un espesamiento de la capa de queratina (característica que puede faltar en las lesiones de la mucosa) con formación de crestas dentadas en el epitelio.

Edema de la capa basal y un infiltrado en el tejido conectivo subepitelial compuesto casi exclusivamente de linfocitos y que abraza estrechamente al epitelio.

Además el cuadro microscópico habitual del líquen plano, las lesiones revelan la formación de una vesícula subepitelial (tipo ampollosa) una úlcera tipo erosivo, un adelgazamiento del epitelio (tipo atrófico) o -

un acentuado espesamiento de la capa epitelial.

DIAGNOSTICO

Es importante que el líquen plano sea diferenciado de otras lesiones de la cavidad bucal como son leucoplasia, candidiasis, sífilis, aftas - recurrentes, pénfigo.

Se establece con el estudio clinico cuidadoso en el enfermo, tomando en cuenta los antecedentes emotivos del paciente, como son strees emocional y la edad promedio de 49 años con incidencia entre los cincuenta y sesenta años, siendo en esta etapa de la vida la incidencia mayor.

PRONOSTICO

EXCELENTE

El líquen plano es un padecimiento benigno pero puede prolongarse por meses y años y aún presentar recaídas. Las lesiones bucales suelen ser especialmente persistentes y se ha descrito degeneración neoplásica, sin embargo generalmente dura algunos meses.

TRATAMIENTO

No hay tratamiento específico, presenta regresión espontánea en pocos meses.

Se ha aconsejado el tratamiento vitamínico del cual se obtuvo cierto beneficio, resulta difícil estimar el valor de esta terapéutica.

Se ha recurrido al tratamiento de corticosteroides y en casos avanzados para aliviar la inflamación y reducir el prurito de las lesiones cutáneas.

No es raro que la enfermedad remita completamente una vez estabilizado el estado emocional del paciente.

Debe encaminarse al paciente a un tratamiento para el control de la ansiedad con administración de sedantes.

La administración bucal de zinc (45 a 50 mg de sulfato o gluconato de zinc una o dos veces al día con los alimentos).

ULCERAS AFTOSAS

CARACTERISTICAS CLINICAS

También conocida como estomatitis aftosa, úlcera dolorosa. Se caracteriza por sucesivos episodios de ulceraciones superficiales, ovaladas o redondas en la túnica mucosa interna de la cavidad oral o lengua.

Las lesiones tienen de 2 mm. a 20 mm. de diámetro y son dolorosas, comienzan como zonas blancas pequeñas o papúlas rojas elevadas en la mucosa que aumenta de tamaño y experimentan luego necrosis central -- con formación de úlceras. Los pacientes habitualmente no presentan -- fiebre ni adenopatía en linfáticos. Se calcula que la enfermedad se -- produce en el 20% al 50% de la población, es algo más frecuente en -- las mujeres que en los hombres, tiene tendencia familiar y su máxima -- prevalencia es durante los meses de invierno y primavera. Más del -- 90% de los pacientes son no fumadores, se cree que el aumento de la -- queratinización de la mucosa bucal de los fumadores brinda protección -- contra la enfermedad. Una confirmación adicional de éste fenómeno la -- brinda el hecho de que las lesiones se presentan a menudo en mujeres -- en período premenstrual cuando el grado de queratinización de la -- mucosa bucal es bajo.

Existe una correlación definida entre su stress físico y emocional -- y la aparición de las lesiones. Su evolución es autolimitada.

La etiología de la úlcera aftosa recurrente presenta varios factores -- desencadenantes etiologicamente posibles.

El trabajo de Barile, Graykowsky y Stanley, señala a la forma L pleo- -- mórfica y transicional de un estreptococo alfa hemolítico, el estreptococo Sanguis, como agente etiológico de la enfermedad, éste microor- -- ganismo ha sido regularmente aislado de lesiones de pacientes con -- úlceras aftosas típicas, y en la mayor parte de las lesiones aftosas -- se observó en el aspecto histológico la presencia de microorganismos -- compatibles con los estreptococos de forma L.

ASPECTO HISTOLOGICO

Anteriormente se creyó que las aftas recurrentes o aftas habituales -- recurrentes eran una manifestación del virus herpes simple. Sin -- embargo éste no pudo ser cultivado a partir de esas lesiones y actual -- mente se considera que el organismo causal es la forma L de estrepto- -- coco hemolítico alfa, se supone que los conductos de las glándulas mu- -- cosas de la cavidad bucal, bajo ciertas circunstancias la forma L se -- transforma en una forma madura. Durante esta transformación se pro- -- ducirá una cápsula de un mucopolisácarido en derredor de su cuerpo -- con la formación de una úlcera aftosa, resultante de una respuesta -- alérgica (hipersensibilidad tardía) a ese mucopolisácarido. Por es- -- ta razón las úlceras aftosas se observan por lo general en las regio- -- nes de la boca donde existen glándulas accesorias.

Presenta una membrana fibrinopurulenta que cubre la zona úlcerada - En esta membrana puede haber colonias superficiales de microorganismos . Hau abundante infiltrado celular inflamatorio en el tejido conectivo que está en la superficie de la lesión y los neutrofilos predominan de inmediato debajo de la úlcera, mientras que los linfocitos lo hacen en las cercanías.

Cerca de la base de la lesión se observa tejido de granulación. EN los márgenes de la lesión hay proliferación epitelial, similares a la hallada en cualquier úlcera inespecífica . Las glándulas salivales accesorias por lo común presentes en las zonas de las aftas, presentan una fibrosis local ductual y periductual típica, ectasia ductual e inflamación crónica leve.

DIAGNOSTICO

Es difícil de establecer, la lesión suele ser superficial, el cuadro microscópico es inespecífico, es necesaria la historia clínica y su descripción minuciosa.

Puede presentarse una o más úlceras, las cuales tienden a recurrir a menudo, son dolorosas. Se ha demostrado la aparición de las úlceras durante la tensión nerviosa de diferentes tipos.

La úlcera puede estar asociada con padecimiento inflamatorio del intestino, el síndrome de Behcet, mononucleosis infecciosa y fiebre de duración prolongada.

PRONOSTICO

Su evolución es autolimitada y curan espontáneamente de una a tres semanas, no obstante las recidivas son comunes y más frecuentes que en los casos de lesión herpética.

TRATAMIENTO

No hay tratamiento específico, pero se ha aconsejado una variedad de fármacos, ejem: Enjuague de tetraciclina (250 mg por 5ml.) usados - cuatro veces diarias entre cinco y siete días, produciendo en una reacción de un 70 % de los pacientes.

También la pomada esteroide 1.5% de acetato de cortisona de aplicación tópica y tabletas de acetato de hidrocortisona y antibiotico - resultan también de cierta efectividad.

La cauterización química disminuye el dolor sin otro efecto positivo .Un estudio de Shapiro y colaboradores basado en datos estadísticos sugirió que fumar tabaco puede tener un efecto de inhibición potencial sobre la formación de estas úlceras, sin embargo no se decía que el fumar debía de ser terapéutico, debido a la variabilidad de otros factores que podrían intervenir.

Algunos autores señalan que el tratamiento de las aftas recurrentes es sintomático. En casos de úlceras persistentes y particularmente - dolorosas ha resultado beneficiosa la administración de elixir de - Benadryl en forma de colutorios (Diferamina) y Kaopetate por parte iguales.

---También contribuye a mitigar el dolor del malestar. En cambio resulta de dudoso valor el uso de la vitamina B ,la vacuna antivariolosa y los comprimidos de lactobacilo.
En resumen la gingivoestomatitis herpética primaria y el herpes labial son causados por el virus herpes simple, en tanto que las aftas recurrente son ocasionadas por la forma L del estreptococo hemolítico alfa.

LENGUA VELLOSA BLANCA

CARACTERISTICAS CLINICAS

Conocida también como "lingua Villosa Alba", lengua pilosa. Para conocer su etiología se ha postulado una causa micotica o alérgica: Sin embargo es posible que los factores causales de la lengua vellosa alba sea la deshidratación, una higiene bucal precaria y la xerostomía fisiológica de la vejez.

Se caracteriza por la elongación de las papilas filiformes a modo de cabellos y por un aspecto blanco vellosa de la superficie dorsal de la lengua, apareciendo asintomática o acompañada de dolor y agrandamiento de la lengua.

La lengua pilosa es bastante frecuente en pacientes que fueron sometidos a irradiación de rayos X en la cabeza y cuello para tratamiento de un tumor. Casi invariablemente se encontró que los rayos estaban dirigidos a través de alguna o de todas las glándulas salivales, alterando por lo tanto su función en cierto grado.

ASPECTO HISTOLOGICO

Revelan hiperplasia de las papilas filiformes (espesamiento y acumulación del epitelio) pero todas las células epiteliales son normales. El tejido conectivo debajo del epitelio puede evidenciar infiltración de plasmocitos y linfocitos.

Se observan notables alteraciones vacuolares de las células epidermicas.

DIAGNOSTICO

Se establece con las características propias de la enfermedad y con los factores predisponentes como la hipersensibilidad de la lengua o uso frecuente de antibióticos.

PRONOSTICO

Bueno, pues es una enfermedad benigna, y no tiene una marcada alteración en sus células.

TRATAMIENTO

No requiere específicamente tratamiento farmacológico. El cepillado con una técnica de cepillado adecuado, cepillado de la lengua a diario suele ser curativo.

LENGUA GEOGRAFICA

Conocida también como Rash Migratorio, Glositis Migratoria o Glositis Acreta Exfoliativa.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Siendo de etiología desconocida se ha sugerido su origen psicósomático, caracterizándose por una o varias zonas de descamación, (manchas peladas) en la lengua.

Este estado es algo más común en las mujeres que en los hombres y - ha menudo es uno de los factores concomitantes la tensión emocional. En las manchas peladas faltan las papilas filiformes pero permanecen las fungiformes.

Las manchas peladas están rodeadas de papilas filiformes normales - que, sea por contraste o debido a la acumulación de la queratina aparecen como hipertrofiadas .

En las zonas blancas, las regiones descamadas, curan , pero aparecen otras en otras partes de la lengua, lo que justifica la denominación de Rash Migratorio.

La Glositis Migrans afecta alrededor del 0.5 de la población.

Las manchas peladas de la lengua pueden cambiar de tamaño y forma - en cuestión de dos horas.

En muchos casos (hasta 50%) el estado se asocia con lengua fisurada.

ASPECTO HISTOLOGICO

Anivel microscópico revela la ausencia de papilas filiformes, pérdida de la queratina, adelgazamiento del epitelio y cantidades variables de un exudado inflamatorio en el tejido conectivo epitelial.

DIAGNOSTICO

Con el estudio clínico de las lesiones, observando las manifestaciones clínicas con los signos de dicha enfermedad.

Es importante tomar en consideración el estado emotivo del paciente.

PRONOSTICO

Es excelente , puede desaparecer espontáneamente o bien horas o días más tarde.

TRATAMIENTO

No es necesario ningún tratamiento específico, sin embargo se ha administrado complejo vitamínico B, tranquilizar al paciente si es muy emotivo, aunado a una buena higiene bucal.

QUEMADURAS QUIMICAS

CARACTERISTICAS CLINICAS

La cavidad bucal reacciona con intensidad a una amplia variedad de medicamentos y sustancias químicas aunque el mecanismo de la reacción -histológica sea igual en todos los casos.

Ciertos productos utilizados en la automedicación , producen quemaduras bien sea bajo la lengua o sobre el dorso de ésta, apareciendo la característica lesión blanca, que va desde el blanco hasta el blanco grisáceo.

Es importante señalar que aparecen quemaduras químicas debido a la actividad que desempeña el paciente, es decir puede haber lesión por desprendimiento de gases , por contacto con ácidos o sustancias alcalinas.

POR ACIDO ACETIL SALICILICO

Mucha gente utiliza equivocadamente las tabletas de aspirina como obtundente, en especial para el alivio del dolor dental. Aunque muy eficaces si se usa por vía bucal, pero aplicadas localmente son particularmente dañinas para la mucosa bucal , la manera de usarlas localmente - consiste en colocar la tableta contra el diente de tal manera que el carrillo o el labio la sostenga, y dejar que se disuelva lentamente.

A los pocos minutos se percibira una sensación de ardor en la mucosa y la superficie pálidece o se blanquea.

La acción cáustica del medicamento separa y desprende el epitelio y con frecuencia produce la extravasación de la sangre en especial si la zona esta traumatizada.

La cicatrización es dolorosa y suele tomar de una semana o más.

POR CINC

Es posible que la estomatitis y la coloración blanco azulada de los bordes de las encías, supuestamente debidas al zinc, sean motivadas en realidad por la exposición al plomo .Se ha descrito la cauterización de la mucosa oral y faríngea, con escaras necróticas , en un plomero expuesto a los vapores del cloruro de zinc.

POR ALTAS TEMPERATURAS

Frecuentemente tras la anestesia, a veces ocasionan lesiones considerables mediante instrumentos médicos o dentales insuficientemente enfriados, asimismo la cera caliente o compuestos utilizados para la impresión puede provocar daños intensos.

Por otra parte la cavidad oral se lesiona con alimentos y bebidas demasiado calientes, en los casos leves, sólo resulta afectada la punta de la lengua por ejemplo en el caso de comer pizza o café caliente.

Los dentistas pueden provocar lesiones a causa del manejo descuidado de diversas medicaciones como el clorofenol, tricresol, formalina, cloroformo, alcoholes concentrados entre otras. Las inyecciones con alcohol en lugar de un anestésico local, origina a veces una necrosis de la mucosa oral.

ASPECTO HISTOLOGICO

A veces la reacción histologica es la respuesta local a un irritante fuerte o a un cáustico utilizados imprudentemente o premeditadamente en fin se observa microscópicamente zonas de necrosis por efecto de de las sustancias químicas

DIAGNOSTICO

Con una historia clínica correcta y en ella informarse si se han administrado sustancias o medicamentos que puedan causar quemaduras. Tanto los ácidos como los alcalis y las sales causan lesiones graves en la mucosa.

Estas lesiones pueden producirse accidentalmente o por intentos suicidas o criminales.

Los ácidos suelen formar una costra de cicatrización de color característico:

- Acido clorhídrico.- Con aspecto blanco grisáceo
- Acido carbólico .- Con aspecto gris blanquecino
- Acido oxálico .- Con aspecto gris blanquecino
- Acido acético .- Con aspecto blanquecino
- Acetato de aluminio.- Forma una costra blanca con borde grueso muy enrojecido que no obstante muestran una buena tendencia a la curación.

Peores que las lesiones provocadas por los ácidos, son las debidas a los alcalis, los tejidos afectados se tumefactan y se vuelven -- transparentes y "jabonosos" .La curación da lugar a formación de -- notables cicatrices y en ocasiones trastornos del habla.

Las sales ejercen su acción a través del efecto hidroeléctrico en parte como ácido y en parte como base. Especial relieve merece el permanganato potasico, los carbonatos de sodio y potasio, el nitrato argéntico y el sulfato de cobre.

PRONOSTICO

Bueno, con la eliminación del agente causal si la lesión producida no ha sido severa, alcanzara en pocos días la regeneración tisular.

TRATAMIENTO

Es importante la eliminación del agente causal, debido a que con ello se evitara la lesión, bien sea suprimiendo el medicamento, lavado del tejido afectado, curación sintomática, neutralizar los ácidos ingeridos, administración si es necesaria por vía oral de analgésicos. Evitar una posible reincidencia y una buena higiene bucal que impide que se produzca una infección o complicación de la quemadura. En los casos de quemaduras por la actividad que desempeña el pacien sera necesario tomar medidas preventivas en cada caso.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Conocida también como sífilis.

Enfermedad venérea causada por una espiroqueta (*Treponema Pallidum*) - puede ser adquirida o congénita.

La sífilis adquirida tiene tres estadios o períodos :primario,secun - dario y terciario.

SIFILIS PRIMARIA

Se presenta por lo general después del contacto sexual con una perso - na infectada. Por esta razón la lesión primaria (el chancro) suele - verse en las zonas genitales.

Sin embargo los lugares expuestos al microorganismo pueden verse más afectados, como, dedos, labios y en ocasiones la lengua. El chancro - aparece aproximadamente tres semanas después de la infección y comien - za con una mácula que poco a poco se convierte en una papúla y por úl - timo en úlcera. Esta posee bordes indurados. Los labios constituyen la - localización extragenital más común de la sífilis primaria apareciendo con más frecuencia en el labio superior en el tercio medio.

El chancro desaparece espontáneamente en cuatro o cinco semanas.

La lesión primaria es un nódulo elevado y ulcerado con induración lo - cal, que produce linfadenitis regional.

SIFILIS SECUNDARIA

Comienza de cinco a seis semanas de la desaparición del chancro. Esta etapa se inicia con dolores de garganta, malestar, fiebre, escalofríos y lo más llamativo una erupción cutánea macular. Las lesiones bucales consisten en erosiones múltiples de color grisáceo en la mucosa que reciben el nombre de placas mucosas.

Las placas mucosas pueden presentarse en cualquier punto de la mu - cosa ,pero la lengua representa uno de los sitios más afectados con mayor frecuencia.

Aunque las lesiones habitualmente con una erupción cutánea puede no obstante ser la única manifestación de la sífilis secundaria.

Son sumamente infecciosas y el dentista que tenga erosiones en la - piel de los dedos o cortes en los mismos puede adquirir la enfermedad mientras trabaja.

Además las placas mucosas, en la sífilis secundaria puede estar repre - sentada por excrecencias semejantes a verrugas, en la mucosa genital y en contados casos en la mucosa bucal. Estas lesiones se denominan condilomas, condilomas planos.

SIFILIS TERCIARIA

Se manifiesta algunos años más tarde .Presenta muchos síntomas que re - sultan de la infección del sistema nervioso central, el aparato ----

--cardiovascular, el esqueleto, las articulaciones, la piel y casi cualquier otra parte y órgano del cuerpo, sin embargo las lesiones son esencialmente de dos tipos.

El primer tipo corresponde al goma, se trata de un foco circunscrito de 2 a 10 centímetros de tamaño que consiste en una inflamación y necrosis gomosas que ocupa un órgano o tejido.

En el segundo tipo existe una inflamación prolongada y latente de un órgano o parte de él. Por consiguiente, los síntomas varían según el lugar de afección.

Las lesiones bucales de la sífilis terciaria son de dos tipos. Los primeros son los gomas que aparecen en el paladar y lo perforan y lo segundo es la inflamación crónica de la lengua (glositis sífilítica) asociada con arteritis (inflamación de la pared arterial).

La arteritis conduce a la proliferación de la túnica y al estrechamiento u oclusión de la luz con la consiguiente isquemia, es la razón por la cual se atrofian las papilas linguales de lo que resulta una lengua lisa y atrófica. En los casos graves se observa fibrosis y fisuración de la lengua (lengua escrotal).

La glositis sífilítica se asocia a menudo con leucoplasia y en esos pacientes la incidencia del carcinoma de células escamosas es elevada.

La sífilis congénita se adquiere en el útero hasta la 18 semana. El embrión de alguna manera está protegido contra la infección y el desarrollo prosigue sin complicaciones. Si la madre es tratada con éxito antes de la fecha, el niño será normal.

La sífilis congénita puede presentar cualquiera de las manifestaciones de la sífilis secundaria y terciaria de la adquirida.

Las lesiones bucales consisten en dientes de Hutchinson, molares de Pflugger y moriformes, gomas, glositis, placas mucosas, fisuras y cicatrización de las comisuras de la boca (ragades).

ASPECTO HISTOLOGICO

El chancro es una lesión con una úlcera superficial con un infiltrado inflamatorio bastante intenso. Los plasmocitos son abundantes, los microorganismos se pueden visualizar mediante la coloración argéntica, aunque el diagnóstico no debe ser establecido por este medio, sino mediante alguna variedad de pruebas serológicas como V.D.R.L. o K.H.A.N. Se debe considerar el hecho que no todos los pacientes con lesión primaria dan una reacción serológica positiva pese a la espiroquetemia, con lesión primaria, presentándose también edema, linfocitos y macrófagos.

ESTADIO SECUNDARIO

Los cortes microscópicos de una placa mucosa revelan infiltrado de células plasmáticas, linfocitos y endoarteritis. En esta fase la reacción serológica es siempre positiva.

ESTADIO TERCIARIO

ESTADIO TERCIARIO

En la etapa terciaria se presenta el goma, que es un proceso inflamatorio granulomatoso focal con necrosis central, que lleva a la necrosis al tejido y posteriormente al desprendimiento del mismo, provocando sangrado.

DIAGNOSTICO

Con unas historias clínicas adecuadas, que permita conocer los antecedentes del paciente y sobre su actividad sexual y la frecuencia de la misma.

La sífilis se encuentra asociada también con la coriorreitis (transtorno de retina). Es notorio y hay muchos pequeños puntos amarillos y masas de pigmentos en el fondo ocular periférico. Dando un aspecto típico de sal y pimienta

En las fases iniciales de la sífilis, incluso en la forma congénita - del lactante, las características lesiones de los labios y la boca - pueden sugerir el diagnóstico.

En la lengua, el chancro maduro, es duro, indoloro, con aspecto de úlcera brillante, aparece generalmente en la punta de la lengua, también - aparece tumefacción indolora de los ganglios regionales durante el - periodo secundario aparecen erupciones maculopapulosas con frecuencia mayor en las extremidades y tronco del paciente.

Para establecer el diagnóstico del estado terciario se observara las gomas sífilíticas.

Lo anteriormente mencionado son los aspectos clínicos pero además se debe realizar pruebas serológicas indicadas en el laboratorio como - son A: V.D.R.L., K.H.A.N. AB-ATFS (Prueba de la absorción en el suero humano de los anticuerpos fluorescentes antitrepanoma). Realizar biopsias en los tejidos sospechosos, examen mediante punción lumbar, radiografías, examen de líquido cefalorraquídeo .

PRONOSTICO

Favorable, si el paciente es atendido en los inicios de la enfermedad, siguiendo el tratamiento adecuado y no hay ningún otro factor que desencadene la evolución de la enfermedad.

TRATAMIENTO

Para el tratamiento de la sífilis en su estadio primario se sugiere la administración parenteral de Penicilina Benzatínica G. 2.4 millones de unidades (en cada glúteo).

Para la sífilis en su estadio secundario:

Administración parenteral de penicilina Benzatínica G. 2.4 millones de unidades en dos dosis, aislamiento del paciente o bién sí es sífilis latente se recomienda penicilina G. en tres dosis de 2.4 millones de unidades a intervalos de siete días.

Para el tratamiento de la sífilis terciaria:

Administración parenteral de penicilina G. de 20 millones de unidades por vía intravenosa por día durante diez o veinte días con exámenes de líquido cefalorraquídeo y sí es necesario realizar un segundo tratamiento. Es importante señalar que las administraciones de antibioticos repercutira en el organismo del paciente y para ello también sera necesario administrar otros fármacos como sulfato ferroso para evitar el debilitamiento del organismo.

En el caso de sífilis congénita:

Al lactante debe ser tratado con penicilina acuosa G. 50,000 unidades por kilogramo por vía intramuscular o intravenosa por día en dos dosis divididas durante diez días. Se deben realizar exámenes serológicos en virtud de que es necesario conocer si el treponema Pallidum ha sido controlado.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Por lo general lesión solitaria dolorosa, de duración variable si es eliminado el agente causal, la causa suele ser evidente.

La úlcera traumática es una lesión causada por algún tipo de traumatismo. Puede ser una herida por mordisqueo, irritaciones producidas por prótesis, lesiones producidas por el cepillado, exposición de la lengua a la maceración o corte de una pieza dentaria o traumatismos originados por irritantes externos.

La lesión con el rollo de algodón, es yatrogénica, es una reacción común cuando el rollo seco colocado por el odontólogo es retirado violentamente y la porción que se encuentra adherida se desgarrar.

Suele aparecer en sitios como el borde lateral de la lengua, por lo general, luego de un traumatismo en el cual el paciente se muerde la lengua.

De algún modo en forma particular, es cierto cuando hay una úlcera traumática en lengua.

Se asemeja bastante al carcinoma y se realizan varias biopsias para establecer un diagnóstico por neoplasias. Es interesante, sin embargo, no es raro que una úlcera traumática que ha persistido por semanas o hasta meses, sin cerrar, cicatrice rápidamente, luego de un procedimiento quirúrgico menor bastante sencillo, como es una biopsia por incisión.

Hay lesiones accidentales producidas por el propio paciente sobre la base de un hábito con un trasfondo psicógeno frecuente. Como tal, se sobreagrega a una cantidad de traumatismos físicos y químicos.

Estas lesiones autoinducidas se originan como consecuencias de hábitos también denominados patomimia de la mucosa bucal.

Las lesiones autoinducidas constituyen un grupo de lesiones que están relacionadas solo por la manera en que se producen, sin similitudes anatómicas, etiológicas, ni microscópicas particulares.

La úlcera traumática generada por la irritación protética es el mismo tipo que la producida por una serie de otros traumatismos físicos.

Suele aparecer al cabo de uno o dos días luego de la colocación de una nueva prótesis, puede ser el resultado de una sobreextensión de los flancos, presencia de sequestros o espículas de hueso debajo de la prótesis o una zona áspera o alta en la superficie interna del aparato.

Estas úlceras son pequeñas dolorosas y de forma irregular, cubierta de una delgada y delicada membrana necrótica, blanco-grisácea y rodeado de un halo inflamatorio.

ASPECTO HISTOLOGICO

Es inespecífica y desde el punto de vista microscópico presenta pérdida de la continuidad del epitelio superficial con una exudado fibrinoso que cubre el epitelio conectivo expuesto. El epitelio que bordea la úlcera suele tener actividad proliferativa, hay infiltración de leucocitos polimorfonucleares, en particular debajo de la zona de ulceración aunque en lesiones crónicas puede ser reemplazadas por linfocitos y plasmocitos. También se observa dilatación y proliferación capilar. A veces la actividad fibroelástica es intensa y puede haber cantidades moderadas de macrófagos.

DIAGNOSTICO

Se establece por las características clínicas que presenta la lesión el eritema, la maceración del tejido debido al traumatismo mecánico o a los hábitos adquiridos por el paciente, bien sea debido a un stress emocional, o al oficio que desempeña. Cuando hay duda en el establecimiento del diagnóstico debe realizarse la biopsia para deslindar las posibilidades de un carcinoma con el que tiene semejanza clínica.

PRONOSTICO

Se determina excelente porque solo es un proceso producido por un traumatismo y en el momento en que desaparece el agente causal también desaparece la lesión, cicatrizando posteriormente.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la úlcera traumática consiste en la correlación de la causa subyacente, desgarre de los flancos, eliminación de sequestrados óseos, alivio de las zonas altas, después de desaparecer la causa la úlcera cicatriza con rapidez.

Si su origen es psicossomático, se eliminara el origen psicológico - que afecta de una manera indirecta los tejidos.

También esta a considerarse la profesión u oficio que desempeña el paciente en virtud de que puede hallarse ahí la etiología.

PAPILOMA

Su etiología es desconocida pero se ha sugerido su origen viral, es un tumor considerado como benigno con tendencia a la malignidad en escasas ocasiones. Ocupa el 8% de los tumores orales y comprende el 2% de las biopsias orales.

El tumor se origina con frecuencia a partir de una mucosa de aspecto completamente normal, faltando a menudo los signos de traumatismos in fecciosos u otras posibles causas contribuyentes locales.

Son neoformaciones exofíticas con aspecto de coliflor, cuyo origen - suele estar en un pedículo de pequeño tamaño, aunque han sido descritos algunos casos con origen de una base amplia.

El color del papiloma varía según su localización, en el caso del papiloma de lengua suelen estar recubiertos de queratina o paraqueratina y tienen una coloración blanca. Hay una incidencia entre los veinte y los cincuenta años de edad y los varones predominan 3:1 en relación con las mujeres.

La mayor parte de los papilomas son pequeños y con frecuencia el paciente desconoce su existencia.

Los papilomas no queratinizados acostumbra a ser blandos, mientras que los recubiertos de una gruesa capa de queratina puede representar una cierta dureza.

Se puede encontrar asociado con el síndrome de hipoplasia dérmica focal o formando parte de un nevus unis lateralis.

ASPECTO HISTOLOGICO

Tiene cierta semejanza con las verrugas, este hecho sugiere la relación que existe entre ambas lesiones.

Hay múltiples prolongaciones digitales de epitelio estratificado y escamoso alrededor de un núcleo central de tejido conjuntivo vascular. Los cortes tangenciales de los "dedos" ramificados pueden dar la impresión errónea de una maduración desordenada del epitelio.

En algunos casos se observa una considerable actividad mitótica pero es excepcional.

La característica esencial es una proliferación de las células epiteliales en estructura papilar.

El tejido conectivo es nada más que estroma de sostén y no es considerado como parte del epitelio neoplásico. La actividad mitótica de las células epiteliales algunas veces tienen una prevalencia anormal.

DIAGNOSTICO

Es posible confundir clínicamente el papiloma con otras lesiones benignas designando cualquier crecimiento elevado de partes blandas. Es necesario realizar historia clínica, biopsias y un minucioso

diagnóstico clínico diferencial.

PRONOSTICO

Excelente, sólo en casos excepcionales las lesiones recidivan después de la extirpación. Considerando algunos autores como lesión precancerosa y algunos otros indican la evolución hacia el carcinoma.

TRATAMIENTO

En vista de su posible evolución hacia la malignidad, debe ser enucleado quirúrgicamente.
La operación consiste en una incisión cuneiforme para eliminar la base de sustentación del tumor y evitar posibles recidivas.

LEUCOPLASIA

CARACTERISTICAS CLINICAS

Estas lesiones varían considerablemente en tamaño, localización y aspecto clínico, es más común en los hombres que en las mujeres con una relación de tres a dos y comprende el 13 % de las lesiones blancas siendo aproximadamente el 1% de las biopsias practicadas. El promedio de duración de la lesión es de 30 meses.

La etiología es variada, algunos autores opinan que la iniciación de la lesión depende no solo de factores locales extrínsecos como es : el tabaquismo, alcoholismo, irritación crónica, sífilis, deficiencias nutricionales, desequilibrio endocrino, antecedentes de candidiasis, pero también los hay factores intrínsecos y se observo que aparece después de la cuarta década.

Clínicamente las placas leucoplásicas varían de una zona blanca débilmente translúcida, no palpable a lesiones gruesas, fisuradas, papilomatosas e induradas.

La superficie de la lesión suele estar firmemente y finamente arrugada y es áspera a la palpación.

Las lesiones son blancas, grises, o blancoamarillentas pero esto último aparece cuando hay un gran consumo de tabaco, llegando a coloraciones oscuras.

Algunos autores describen tres de la leucoplasia ; la primera, como una lesión incipiente de color blanco, débilmente translúcida, no palpable . Más adelante se forman placas localizadas o difusas, levemente elevadas de contorno irregular, éstas son de color blanco opaco y tienen textura granular fina. En algunos casos, las lesiones se transforman en formaciones engrosadas y blancas, induradas, fisuradas y con úlceras.

La leucoplasia aguda fué descrita como una lesión que evoluciona rápidamente en varias semanas o meses.

Esta lesión se engrosaba y podía convertirse en papilomatosa o úlcera da. Opinó que este tipo de leucoplasia es más propensa a transformarse en maligna.

ASPECTO HISTOLOGICO

Se caracteriza por una gruesa capa de queratina (hiperqueratosis) o bien paraqueratosis, éste último término se emplea cuando la capa de queratina muestra restos anormales de células en el epitelio.

Las células epiteliales muestran disqueratosis que es una serie de aberraciones celulares, que habitualmente están asociadas con tumores malignos. Se denomina disqueratosis a un conjunto de anomalías en la célula o su medio circundante: Epitelio con núcleo hiper cromático, mitosis anormales, disposición anormal de las distintas capas celulares (es decir pérdida de la polaridad) disrupción de la relación nucleocitoplasmática y queratinización de las células individuales.

DIAGNOSTICO

Con el estudio clínico cuidadoso del paciente, antecedentes de los hábitos, los estudios de laboratorio necesarios, biopsias, estudio radiográfico.

De acuerdo con la clasificación de Broder, considerando que mientras una tumoración maligna se diferencia más de los tejidos donde se origina mayor es su malignidad.

En el caso del carcinoma de las células escamosas (o de cualquier cáncer oral) puede ser clasificado entre los grados del I al IV en orden ascendente de malignidad.

En los tumores de grado I el 75% ó más están normalmente diferenciados.

En los del grado II, hay diferenciación normal del 50% al 75%.

En los del grado III del 25% al 50% son diferencias normales.

Pero en los del grado IV, del 0% al 25%

PRONOSTICO

Algunos autores consideran las lesiones como poco favorables, en especial de la base de la lengua.

TRATAMIENTO

El de primera elección es la intervención quirúrgica. Puede usarse la irradiación únicamente cuando la escisión no es factible, aunque de primera instancia no es aconsejable. En algunos tumores grandes ha dado resultados buenos, la irradiación acompañada de la intervención quirúrgica.

Muchos radioterapeutas prefieren el uso de agujas de radio o perlas de radón a los rayos X, porque aquellos elementos son capaces de limitar la irradiación del tumor, cuidando el tejido normal adyacente. Los nódulos metastáticos son factores altamente complicantes, pero es inútil tratarlos sin controlar primero la lesión primaria.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Esta lesión verrugosa papilar de la mucosa bucal, consiste en lesiones blancas, elevadas o planas finamente arrugada y áspera a la palpación. Hobaek afirma que toda leucoplasia comienza como tipo liso y sin elevación, pero que después de periodos muy variables se engruesa y adquiere la forma verrucosa.

Los hombres son mayormente afectados que el sexo femenino, presenta una duración aproximada de 30 meses. La mayor frecuencia es entre la quinta y sexta década de la vida, siendo asintomática. Su etiología esta asociada al uso del tabaco, prótesis mal adaptadas - desnutrición, exposición a radiaciones, y enfermedades predisponentes como la candidiasis.

ASPECTO HISTOLOGICO

Presenta espesamiento de la capa de queratina (hiperqueratosis) o paraqueratosis, cuando la capa de queratina muestra restos de núcleos epiteliales. Puede haber un espesamiento de las crestas epiteliales y del estrato de Malpighí (acantosis) y alargamiento de las crestas, las células epiteliales muestran disqueratosis. El término disqueratosis se emplea para denotar una serie de aberraciones celulares que habitualmente estan asociadas con tumores.

Se denomina disqueratosis a un conjunto de anomalías de la célula o de su medio circundante: Epitelio con núcleos hipercromaticos, mitosis anormales, disposición anormal de las distintas capas celulares (es decir pérdida de la polaridad). Disrupción de la relación núcleo-citoplasmática, queratinización de las células individuales.

DIAGNOSTICO

Con una historia clínica cuidadosa del paciente, integrando a ésta los hábitos del paciente, como el consumo del tabaco, prótesis mal adaptadas, frecuencia de la candidiasis considerado como factor predisponente entre otras más.

Realizar biopsias para determinar su aspecto histológico y evitar confusión con alguna otra lesión, como por ejemplo: el líquen plano, o carcinoma de la lengua.

PRONOSTICO

La leucoplasia es una lesión premaligna; en consecuencia, si no es tratada debidamente puede convertirse en carcinoma.

Las lesiones de la base de la lengua que no han sido tratadas, se transforman en carcinomas invasores en más de un 90% de los casos. Tanto clínica como microscópicamente resulta imposible distinguir entre las leucoplasias que habrán de ser invasoras y de las que no lo serán.

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección es eliminar los factores asociados con esta enfermedad, como tabaquismo, prótesis mal adaptadas, desnutrición y el más esencial que es la excisión.

En algunos casos no es necesario utilizar intervención quirúrgica puede ser reversible y desaparecer los signos de esta enfermedad, .

CARACTERISTICAS CLINICAS

Tumor intraoral maligno común, algunos autores señalan que puede supe - rar a todas las localizaciones de las demás localizaciones intraorales juntas.

Es considerada como una enfermedad altamente mortal.

En la odontología desempeña una importancia crítica en la detección de cáncer lingual precoz y en consecuencia, acaso curables.

En esta fase la lesión, suele ser totalmente asintomática, pero una ex - ploración habitual y cuidadosa de la lengua pondrá de manifiesto la - presencia del cáncer en fase inicial.

Es una enfermedad que predomina en el sexo masculino con una presenta - ción de cuatro a uno, aducen que puede ser el mayor uso del tabaco, al - cohol, deficiencia higiénica, desnutrición o sífilis.

En fin el carcinoma de lengua es una entidad que incide sobre los úl - timos años de la edad adulta y en personas de edad avanzada.

Los síntomas, las características clínicas y la evolución del carcinoma lingual varían considerablemente según la localización del tumor.

Por ello es conveniente dividir la lengua en subdivisiones anatómicas siendo quizá lo más fácil de considerar, la base o tercio posterior.

Lesiones originadas por detrás de la circunvalación papilar y pliegue glosopalatino, dos tercios anteriores, en tercio anterior y tercio me - dio e incluyendo el borde externo y la superficie ventral.

Dorso.-Porción anterior a la circunvalación papilar pero excluyendo - el borde externo.

El carcinoma lingual suele localizarse la mayoría de las veces en el borde lateral del tercio medio.

Una masa a menudo indolora y con frecuencia descubierta por el propio paciente es el síntoma más común del carcinoma de los dos tercios an - teriores de la lengua.

Los síntomas iniciales en algunos pacientes pueden ser: lesión palpa - ble o visible, dolor local, disfagia.

El dolor muchas veces simulando una faringitis es el síntoma más im - portante del carcinoma del tercio posterior de la lengua.

También la afectación del nervio glossofaríngeo puede provocar un dolor referido en los oídos. La disfagia o la presencia de un bulto en el - cuello pueden ser las manifestaciones iniciales de un determinado nú - mero de pacientes.

El carcinoma lingual inicial que afecta a los dos tercios anteriores suele aparecer como una zona de engrosamiento o rugosidad localizada (leucoplasia) o como una zona indolora de ulceración o descamación - superficial.

A medida que la lesión avanza la zona ulcerada aumenta el tamaño y queda con unos bordes encorvados y grisáceos. Las alteraciones míni - mas existentes en el carcinoma lingual inicial, así como la falta de síntomas relevantes subraya la importancia de una cuidadosa exploración y palpación clínica.

La evolución clínica de la neoplasia se realiza básicamente según uno de estos dos patrones principales.

Infiltrativo o exofítico.

Las lesiones profundamente infiltrantes pueden progresar hasta una invasión extensa de la musculatura a pesar de que en la superficie la diseminación y ulceración sea relativamente escasa, excepto en fases avanzadas del proceso.

Otros carcinomas linguales muestran un crecimiento exofítico considerable, adaptando el aspecto de una masa fungosa y ulcerada.

El tumor exofítico muestra una menor propensión a la invasión profunda, aunque existen las gradaciones entre los tumores primitivos - infiltrados y primitivamente exofíticos.

Las lesiones del tercio posterior de la lengua son difíciles de visualizar y tienen tendencia a infiltrar profundamente.

El signo físico más frecuente consiste en una zona de induración que se identifica a la palpación profunda. A menudo existe ulceración superficial aunque resulte difícil de visualizar a menos que se traccione la lengua hacia adelante y se observe la lesión utilizando un espejo.

En las lesiones avanzadas, la lengua se fija en tejidos circundantes.

ASPECTO HISTOLOGICO

Las células epiteliales muestran todas las características de la disqueratosis, es decir pleomorfismo, mitosis normales y anormales, pérdida de la polaridad, hiperchromatismo.

Además de la disqueratosis, existe una invasión de los tejidos subyacentes. Es posible observar islotes, cordones, hileras y racimos de las células tumorales entre los haces musculares, en las glándulas salivales menores, en el tejido conectivo o en otros tejidos que pueden estar presentes en la región.

El grado de infiltración o invasión de tejidos subyacentes depende de muchos factores, de los cuales los más importantes son la duración del tumor y el grado de diferenciación.

El epitelio forma estructuras arremolinadas que reciben el nombre de perlas epiteliales y cuando experimentan una queratinización parcial o total se denominan perlas de queratina. El grado de malignidad de un tumor depende de su grado de diferenciación, es decir cuanto más se parezca un tumor maligno a los tejidos en los cuales se originan, tanto menor es su malignidad.

DIAGNOSTICO

Realización de una historia clínica cuidadosa, estableciendo con precisión si hay hábitos como fumar, alcoholismo, irritación etc. Debido a que es asintomática, se descubre en ocasiones con un examen rutinario en los pacientes que sienten aspereza en la boca. Debido a que no hay una correlación fidedigna entre las manifestaciones clínicas y los datos microscopicos, un diagnóstico definitivo solo se puede establecer por examen histopatológico. Sin embargo debido a la extensión de algunas leucoplasias intrabucales, los frotis citologicos de la superficie son útiles para complementar la información tanto clínica como de biopsia. El diagnóstico se debe de reafirmar periodicamente.

PRONOSTICO

La leucoplasia es una lesión premaligna, en consecuencia si no se trata puede convertirse en carcinoma. La leucoplasia del piso de la boca y la base de la lengua que no han sido tratadas se transformaran en carcinomas invasores en más del 90% de los casos.

TRATAMIENTO

Consiste en la eliminación de los irritantes, que pueden ser tabaco, dentaduras mal adaptadas, trastornos endocrinos, etc). Si la leucoplasia no es reversible se debe realizar la escisión cuando sea factible. Sin embargo puede realizarse la electrodesecación, administración de vitamina "A", la criocirugía y las enzimas proteolíticas aunque no han dado resultados favorables predecibles.



CARACTERISTICAS CLINICAS

Presenta diferentes nombres por su aspecto clínico ,ejemplo: Eritroplasia de Queyrat, cuando circunscribe a las mucosas y se presenta como una lesión roja aterciopelada. También conocida como enfermedad de Bowen - cuando se presenta en piel, generalmente en pacientes que han sido tratados con arsenoterapia.

Conocido también como carcinoma intraepitelial. La gran mayoría de autores clasifica esta lesión como premaligna.

No siempre es posible establecer una diferencia definida entre la displasia que abarque una zona mayor de la que podría ser considerada focal, que sea de grado extremadamente intensa, particularmente con respecto a la hiperplasia basilar, han de ser indudablemente tomados como un carcinoma in situ, siempre que por supuesto, no haya avanzado hasta el punto de ser una verdadera invasión de tejido conectivo.

Algunas lesiones intrabucales presentan hiperplasia basilar "de arriba a abajo", pérdida de la polaridad ,mitosis aumentada, hiper Cromatismo discariosis y alteraciones de la relación núcleo-citoplasmática sin evidencia de engrosamiento de la capa epitelial o con más significado sin evidencia alguna de un trastorno del proceso de queratinización. En el 50% de los casos diagnosticados por Shafer no presentaron queratinización celular individual, formación de perlas epiteliales, ni hiperqueratosis. Clínicamente fueron descritas como de aspecto plano rojo, aterciopelado y granular, así pues no sólo se manifiesta asociado con leucoplasia, con placas blancas.

No obstante algunas muestras, se alternan zonas de carcinoma plano, delgado y rojo con zonas de hiperqueratosis o paraqueratosis, con acantosis y atipia focal o sin ellas.

No hay suficientes datos acerca de la relación clínicopatológica de la leucoplasia.

Slaughter y colaboradores subrayaron que en la mayoría de los cánceres orales crecen más en sentido lineal que en profundidad, lo que sugiere una propagación por cancerización lateral de la mucosa circundante.

ASPECTO HISTOLOGICO

Se caracteriza por hiperqueratosis, acantosis, disqueratosis y variación de la forma y tamaño de las células epiteliales de la capa escamosa, los núcleos hiper Cromáticos son comunes, como también las figuras mitóticas extrañas y la poiquilocarinosis (división de los núcleos de una célula sin la división de la totalidad de la célula, lo que produce una célula multinuclear) .La capa basal queda intacta.

DIAGNOSTICO

Se deben realizar biopsias en los tejidos sospechosos. Entre los criterios esenciales requeridos por los anatomopatólogos para diagnosticar carcinoma in situ, esta la desorganización completa de las células en todas las capas de la dermis.

PRONOSTICO

Si el carcinoma in situ no es sometido a tratamiento probablemente se convertirá en un carcinoma invasor. Hay una gran variabilidad en cuanto a su ritmo de evolución. Aunque el pronóstico del carcinoma in situ localizado sea relativamente bueno, el paciente debe ser considerado como de riesgo elevado y vigilado de cerca.

TRATAMIENTO

No hay un tratamiento uniformemente aceptado para el carcinoma in situ. Las lesiones han sido enucleadas quirúrgicamente, irradiadas, cauterizadas e incluso expuestas al bióxido de carbono sólido (nieve carbónica).

La presencia de focos independientes de carcinoma in situ origina el cuadro clínico del tumor ulcerado que se observa en los casos avanzados. Es probable que esto sea la razón de muchas de las recidivas del carcinoma oral, así como la frecuencia relativamente elevada de enfermos con carcinoma oral que más adelante desarrollan un segundo o tercer cáncer oral.

BIOPSIA

La palabra biopsia proviene del griego Bios-vida y Opas-visión, etimológicamente significa visión microscópica del tejido que se va a extirpar de un ser vivo.

Es la eliminación de tejido vivo del organismo con objeto de examinarlo microscópicamente que apoyará para determinar el diagnóstico. La biopsia no está restringida al diagnóstico de tumores, sino que es invaluable para determinar la naturaleza de cualquier lesión rara, lamentablemente muchas lesiones carecen de un aspecto microscópico específico y por ello no siempre es posible establecer un diagnóstico definitivo. Se debe tomar en cuenta sus limitaciones de la biopsia pero afortunadamente, las técnicas adaptables al diagnóstico microscópico como: Técnicas histoquímicas, microscopía fluorescente, microrradiografía, historradiografía, y microscopía fluorescente electrónica entre otras.

INDICACIONES

- a) Lesiones sospechosas de malignidad como las úlceras, heridas que cicatrizan en más de quince días.
- b) Cualquier lesión anormal o cualquier zona radiológica anormal en la cavidad oral.
- c) Para determinar el grado de malignidad.
- d) Para determinar el grado de radiosensibilidad.
- e) Para determinar el grado y la forma de la extensión local.

CONTRAINDICACIONES

- a) Por temor a que el procedimiento altere el comportamiento de un tumor latente, pero se soluciona planeando la biopsia por un seguimiento quirúrgico y una radiación previa.
- b) En lesiones sarcomatosas que suelen ser bastante vasculares y cualquier procedimiento puede lesionar o abrir los conductos sanguíneos para aumentar la posibilidad de esparcir células tumorales (metastatizar).
- c) Nunca debe someterse a un melanoma a una biopsia, sino que debe ser eliminado en su totalidad.
- d) Un tumor encapsulado debe ser totalmente extirpado antes que sometido a una incisión quirúrgica, pues la perforación de la cápsula puede introducir elementos peligrosos.
- e) Las lesiones ubicadas en lugares inaccesibles no deben someterse a una biopsia doblemente.

BIOPSIA EXCISIONAL

Se efectúa cuando la lesión es pequeña y por lo tanto no es práctico extirpar sólo una parte de ella, sino que se debe de reseca en su totalidad.

Además de obtener la muestra para biopsia se hace el tratamiento de la lesión, por ejemplo los nevus o el papiloma.

BIOPSIA INCISIONAL

Esta se hace cuando ha causa del tamaño y otros factores ,se puede remover una porción de la masa con cuidado de incluir tejido normal adyacente o sea que consiste en la obtención de una parte de la lesión mediante la incisión del tejido que se ha de examinar en lesiones de fácil acceso. Ejemplo, en las lesiones cutáneas, bordes de una úlcera.

BIOPSIA POR PUNCIÓN

Se inserta una aguja de amplia luz en la masa tumoral para aspirar sus células.

Se usa cuando el tumor se encuentra por debajo de la superficie y yace en una posición inaccesible o en el centro del hueso.

Se entiende por punción aspirativa la introducción de la aguja seguida de aspiración por jeringa y por punción biopsia , cuando además se emplean cánulas diversas que por su acción cortante permite obtener muestras cilíndricas del tejido u órgano a estudiar.

La punción aspirativa muchas veces solo permite obtener material líquido o semilíquido y en casos que halla fragmentos tisulares , estos suelen ser pequeños.

Se emplea para el diagnóstico de las neoplasias de las glándulas salivales en ganglios o zonas cervicales pero es de comprender que un resultado negativo no excluye completamente la posibilidad de tumor.

BIOPSIA POR RASPADO

Consiste en el arrastre mecánico del tejido con caretas apropiadas su empleo es de gran utilidad en el estudio del endometrio y de ciertas lesiones óseas.

BIOPSIA POR TREPANACION

Cuando se desee obtener muestras de estructura de gran densidad y consistencia, es necesario emplear un taladro o aguja trefina.

Se emplea en casos de biopsias de hueso o médula ósea.

BIOPSIA CON SACABOCADOS

Consiste en la recepción de un fragmento mediante instrumentos especiales, tales como las pinzas sacabocados.

El sacabocados nasal, esta destinado a remover tejido de zonas inaccesibles tales como la laringe y no debiera usarse para suplantar la reacción quirúrgica de las lesiones orales, en particular cuando una masa es de fácil alcance.

Las pinzas sacabocados, a lo sumo remueven un pequeño fragmento de tejido que no puede ser representativo de la lesión.

Este tipo de biopsia se usa principalmente para tomar muestras las lesiones úlcerosas infiltrantes o vegetantes de mucosas accesibles; ejem: boca, cuello uterino, etc.

BIOPSIA EXPLORATORIA

A menudo es ventajoso combinar la biopsia con la exploración, en particular, en las lesiones óseas o en las originadas en la profundidad de los tejidos blandos. De éste modo se pueden determinar la forma y el grado de la lesión local. El tejido debe ser representativo del proceso y no tomado de la periferia o de una zona adyacente cuya reacción pueda ocultar la lesión primaria.

FROTIS

En cierto sentido se puede considerar a los frotis como una forma de biopsia puesto que se toma material para su examen en el laboratorio. Cuando se sospecha de un proceso inflamatorio específico, como la sífilis o la tuberculosis adquieren todo su valor. En tales casos debe tomarse material de la porción activa del proceso, ya que es en esta región donde florecen los microorganismos. Los frotis hay que combinarse con la biopsia cuando exista la posibilidad de un proceso neoplásico.

TECNICA DE BIOPSIA

- _ No pintar la zona para biopsia con yodo ni con antiséptico coloreado.
- _ Uso de anestesia infiltrativa, pero sin inyectar directamente en la lesión, sólo en la periferia de la lesión.
- _ Evitar desgarrar el tejido, usando bisturí filoso.
- _ Incluir un borde de tejido normal en la muestra.
- _ No mutilar la muestra al tomarlo con la pinza.
- _ Fijar el tejido inmediatamente en formol al 10% o alcohol al 70%.

ANESTESIA

Se recomienda la procaína con preferencia sobre el cloruro de etilo u otras sustancias que anestesien por congelación. Esta puede causar serios deterioros celulares, con aumento de las posibilidades de un diagnóstico inexacto. La inyección de procaína debe realizarse en los bordes de la lesión y no en ella misma. Esta también -- tiende a impedir la distorción de los tejidos.

CONCLUSIONES

Las enfermedades de la lengua son consideradas importantes en virtud que se encuentran en gran parte de la población adulta e infantil.

Dada la incidencia de los padecimientos en la lengua se ha estimulado el estudio para que se profundice en las mismas.

Estas enfermedades aparecen desde tiempos prehistóricos y algunas -- otras recientemente por la administración masiva de fármacos, una nutrición deficiente, hábitos adquiridos y en ocasiones yatrogenias que tienen como efecto el desequilibrio de la salud.

Afortunadamente a través de los siglos su rehabilitación ha ido evolucionando de tal manera que en la actualidad dichas lesiones y la regeneraciones de los tejidos afectados ha disminuido.

Ha disminuído el problema para los estomatólogos y considerando los medios; farmacológicos, quirúrgicos, nutricionales, psicológicos y preventivos, que tenemos ahora a nuestro alcance, en materia de conocimientos.

Creo valiosa y necesaria la información obtenida de varios autores para realizar este trabajo, siendo de gran utilidad , sus conclusiones u observaciones que han realizado a través de su trayectoria - profesional y ha generaciones posteriores permitan llevar al clínico a un diagnóstico y tratamiento más confiable.

Cada día el odontólogo deberá encontrarse mejor informado y más --- actualizado para ofrecer una mejor alternativa a las lesiones que - se presentan en el paciente, teniendo como consecuencia una mejor re solución.

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

PATOLOGIA BUCAL ----- BHASKAR N.S.
TERCERA EDICION
EDITORIAL "EL ATENEO"
1 9 7 7

TECNICAS QUIRURGICAS ----- DIVISION DEL SISTEMA
UNIVERSIDAD ABIERTA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
1 9 8 0 UNAM

MANUAL DE FARMACOLOGIA
CLINICA ----- GOLFIEN ALAN
H. MAYER FREDERIK
JAWETZ ERNEST
CUARTA EDICION
EDITORIAL EL MANUAL
MODERNO.
1 9 8 0

PATOLOGIA ORAL ----- GOLMAN M. HENRY
GORLIN J. ROBERT
THOMA K. H.
SEXTA EDICION
EDITORIAL SALVAT
1 9 7 9

TRATADO DE PATOLOGIA
BUCAL ----- HINE K. MAINARD
BARNET M. LEVY
SHAFER G. WILLIAM
TERCERA EDICION
EDITORIAL PANAMERICANA
1 9 7 7

DIAGNOSTICO CLINICO
Y TRATAMIENTO

CHATON J. MILTON
KRUPP A. MARCUS
DIECISEISAVA EDICION
EDITORIAL EL MANUAL
MODERNO.
1 9 8 1

CIRUGIA BUCAL

RIES CENTENO A. GUILLERMO
SEPTIMA EDICION
"EL ATENEO"
SEGUNDA REIMPRESION
1 9 7 5

ANATOMIA HUMANA
DESCRIPTIVA Y
TOPOGRAFICA

ROUVIERE H.
SEGUNDA EDICION ESPAÑOLA
TOMO I
EDITORIAL NACIONAL
1 9 7 3

ESTOMATOLOGIA
ORTOPEDICA

YU KURLIANDSKY
SEGUNDA EDICION
EDITORIAL MIR
1 9 7 9