

870122
69
2y

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Enfermedades de la Piel que Presentan Manifes-
taciones Bucales y su Tratamiento.

TESIS PROFESIONAL
PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
SARA IRMA PERALTA FONSECA
GUADALAJARA, JALISCO 1986



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 está 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

	PAGINA
INTRODUCCION	1
CAPITULO I PENFIGO	3
a) Etiología	
b) Cuadro Clínico General	
c) Cuadro Clínico Bucal	
d) Diagnóstico Diferencial	
e) Diagnóstico de Laboratorio	
f) Tratamiento	
CAPITULO II ERITEMA MULTIFORME	20
a) Etiología	
b) Cuadro Clínico General	
c) Cuadro Clínico Bucal	
d) Diagnóstico Diferencial	
e) Diagnóstico de Laboratorio	
f) Tratamiento	
CAPITULO III LUPUS ERITEMATOSO CRONICO CLASIFI- CACION DISCOIDE FIJO.	30
a) Etiología	
b) Cuadro Clínico General	
c) Cuadro Clínico Bucal	
d) Diagnóstico Diferencial	
e) Diagnóstico de Laboratorio	
f) Tratamiento	
CONCLUSIONES	43
BIBLIOGRAFIA	47

INTRODUCCION

La Dermatología, estudio especializado de las enfermedades de la piel, se ha convertido en una subdivisión importante de la práctica de la Medicina, no sólo debido a las diversas enfermedades primarias que afectan la piel, sino también por las manifestaciones cutáneas más comunes de enfermedades viscerales o generalizadas más profundas. El Dermatólogo sabe que muchas enfermedades cutáneas primarias también afectan las mucosas del organismo, incluida la bucal.

Es especialmente importante que el Odontólogo sepa, no sólo que algunas dermatosis presentan lesiones concomitantes en la mucosa bucal, sino también que las manifestaciones de algunas enfermedades van precedidas por lesiones bucales. Así el Odontólogo estará capacitado para establecer el Diagnóstico de una afectación dermatológica antes que aparezcan las lesiones cutáneas.

En este breve resumen mencionaremos algunas de las enfermedades dermatológicas que incumben al Odontólogo por sus manifestaciones bucales, ya que si son detectadas tempranamente y se les trata adecuadamente, el pronóstico mejora en la mayoría de los casos.

Con relativa frecuencia acuden a la consulta dental, pacientes con lesiones bucales y es responsabilidad del Odontólogo, hacer el Diagnóstico Diferencial de las lesiones exclusivas de la cavidad bucal con las lesiones bucales que preceden a la aparición de algunas manifestaciones generalizadas de la piel como lo son el Péñfigo, - Eritema multiforme y el Lupus eritematoso discoide crónico.

CAPITULO I

PENFIGO

El Pénfigo es una enfermedad poco frecuente, potencialmente fatal, que se caracteriza por la presencia de vesículas y ampollas intraepiteliales o suprabasales y subcórneas, con alteración degenerativa de las células espinosas (acantolisis), y que puede presentarse en piel y membranas mucosas aparentemente sanas, en forma aguda o crónica sin síntomas importantes hasta la ruptura de las ampollas, dejando una superficie erosionada, dolorosa y sangrante.

Se agrupan bajo este nombre a cuatro cuadros clínicos: Pénfigo vulgar y Pénfigo vegetante, que producen una ampolla suprabasal y se consideran los más graves; el Pénfigo foliáceo y el Pénfigo eritematoso que dan ampollas subcórneas y son un poco más benignos. Aunque tienen las características comunes a todos los Pénfigos y puede haber transición de una variedad a otra, cada uno de ellos presenta detalles clínicos e histopatológicos que los individualizan.

El Pénfigo vulgar es el que se observa con mayor frecuencia afectando los tejidos bucales y es este tipo -

el que destacaremos más en nuestra descripción; desde el punto de vista práctico y clínico es el más importante, - porque es el más grave y, generalmente empieza con manifestaciones bucales; suele caracterizarse por un comienzo súbito y brusco de numerosas lesiones en la boca, la piel o en ambas localizaciones; estas lesiones aparecen en brotes sucesivos, produciéndose un brote de ellas cuando las anteriores pueden estar en diferentes estados de curación, lo que indica la ausencia de un período de remisión. El curso de la enfermedad puede tener una tendencia constante a la agravación con una terminación mortal en algunas semanas o meses.

Las lesiones que aparecen en la boca son fundamentalmente las mismas que las de la piel, pero debido al - distinto ambiente que existe en la boca, como humedad -- constante y temperatura más constante y elevada que la cu tánea, la presencia invariable de irritaciones focales - (empastes, prótesis, dientes, alimentos, líquidos irritan tes, etc.) y la presencia de la flora bacteriana habi -- tual; las lesiones presentan un aspecto distinto de las - de la piel.

El Pénfigo vegetante generalmente representa una - forma más leve, sus lesiones cutáneas consisten en masas purulentas de aspecto granulomatoso con costras verdoama-

rillentas o de color oscuro. Las lesiones vegetantes pocas veces o nunca se observan en la cavidad oral.

El Pénfigo foliáceo es una forma rara de Pénfigo - que, en algún caso afecta a las mucosas bucales, pero en un grado mínimo.

En el Pénfigo eritematoso, las lesiones suelen estar limitadas a la cara y tórax, pero algunas veces se encuentra en la cavidad bucal. Las lesiones cutáneas recuerdan a la Dermatitis seborreica, ya que se componen de lesiones eritematosas cubiertas de formaciones parecidas a escamas de color grisáceo y, a veces, con formación de costras; las lesiones bucales, aunque poco frecuentes, pueden consistir en formaciones gruesas, firmemente adheridas, grisáceas y necróticas en las mucosas o encías.

Se han creado muchas hipótesis acerca de la etiología del Pénfigo vulgar, pero desgraciadamente no se ha llegado a una base o causa verdadera; entre muchas, tenemos que se cree que sea una reacción autoinmune, infecciones por estreptococos o virus, trastornos metabólicos, - pero en sí, hasta ahora sigue siendo un enigma.

Se caracteriza por la rápida aparición de vesículas y ampollas, cuyo tamaño varía de unos milímetros a va

rios centímetros (hasta 10) de diámetro, que se desarrollan en ciclos de sucesión continua y en cantidades tales que llegan a cubrir grandes zonas de la superficie cutánea; inicialmente pueden ser localizadas en las mucosas - (oral principalmente) y adquieren rápidamente un carácter erosivo.

Las ampollas o vesículas generalmente asientan sobre una piel aparentemente no afectada, son flácidas por tener una pared muy delgada, transparentes y llenas de un líquido seroso, incoloro o amarillo poco espeso, el cual puede convertirse muy pronto en purulento o sanguíneo por contaminación microbiana; cuando se revientan estas ampollas o vesículas, dejan unas superficies ulceradas, rodeadas de una zona intensamente enrojecida, que son cubiertas por una costra melicérica (amarilla, dura y fétida - generalmente); el olor es característico, como a "ropa mojada" y puede ser muy desagradable, a "ratón" cuando hay infección secundaria, lo cual es muy frecuente.

En la mayor parte de los casos hay signos y síntomas generales tales como pérdida de peso, caquexia, nerviosidad, anemia, prurito generalizado, fiebre, malestar, dolores intensos, ardor y toxemia.

Cuando ya está establecido completamente el cua-

dro, éste es muy aparatoso; el paciente se presenta a la consulta en muy mal estado general, apenas cubierto con una bata o una sábana, que se pegan al cuerpo y, al tratar de desprenderlas dejan al descubierto extensas áreas denudadas de la piel, costras y ampollas.

La alteración cutánea puede afectar a todas las áreas del tegumento, sin embargo, los sitios afectados con más frecuencia son las regiones seborréicas, es decir, el cuero cabelludo, zona media de la cara, esternón, región mediodorsal, ombligo, axila e ingle.

Casi toda la piel puede estar afectada, con menos frecuencia las palmas de las manos y las plantas de los pies, pero las lesiones predominan en las zonas de roce o presión.

En los casos de Pénfigo activo y de extensión rápida, la denudación puede alcanzar grandes áreas con un llamativo collar periférico de epidermis parcialmente superpuesta.

Afecta a varones y mujeres por igual; muestra predilección por los pueblos judíos y mediterráneos; habitualmente aparece entre los 40 y 70 años, es excepcional en niños; el intervalo medio entre la aparición de las le

siones bucales y el tiempo en que se forman las lesiones cutáneas es de 2.9 meses, el intervalo más largo observado es de 11 meses; si no es tratado, su evolución siempre es mortal en un período de 2 meses a 5 años; las complicaciones de este padecimiento determinan una gran toxicidad y debilitamiento; esta enfermedad constituye aproximadamente el 0.8% de todas las dermatosis; se ha observado que sólo en unos cuantos casos se ha tenido el antecedente de un contacto o relación familiar previo en un enfermo de Pénfigo; individuos que fallecen de Pénfigo, en contraste con lo aparatoso de las lesiones, la necropsia no muestra lesiones viscerales.

Las lesiones bucales del Pénfigo son destacadas por la mayoría de Dermatólogos debido a la frecuencia de su aparición y porque la boca suele ser el sitio de la primera manifestación de la enfermedad. Las lesiones comienzan en la boca en el 50% de los pacientes y, en alguna fase de la enfermedad existe afectación oral en todos los pacientes y un 20% aproximadamente de los casos presentan lesiones bucales como única manifestación de la enfermedad. Un carácter típico de las lesiones bucales es su desarrollo indoloro, el paciente puede ignorar su existencia hasta encontrar en la boca un líquido sanguinolento o de sabor salado. Estas lesiones son similares a las

cutáneas, lo que difiere es que es raro encontrar vesículas o ampollas intactas por la diferencia de ambiente que se presenta en la boca y por lo tanto sólo observamos úlceras generalmente. Pueden denudarse grandes áreas de la mucosa bucal, pero la delgada cápsula de la vesícula o ampolla puede permanecer adherida en forma de colgajos epiteliales, también llamados apéndices epiteliales periféricos. En pacientes con Pénfigo cutáneo y bucal, las lesiones de la boca producen mayores molestias y dolor que las de la piel.

Las lesiones tienden a tener bordes irregulares y están cubiertas de un exudado blanco y con dejo de sangre, son ordinariamente tensas y redondas. No hay zona bucal inmune a las lesiones, por lo que se pueden observar en labios, lengua, mejillas, mucosa del paladar e incluso en las encías, éstas se infectan fácilmente por la flora bacteriana bucal, sangran con facilidad y el dolor llega a ser tan intenso, de manera que la masticación y deglución se hacen difíciles; este carácter clínico tiene considerable importancia diagnóstica.

Otro de los síntomas destacados es la sialorrea intensa, muchas veces sanguinolenta; la saliva gotea y escurre fuera de la boca y tiene acción irritante sobre los tejidos con los que tiene contacto, además el hedor es in

soportable.

Allen afirmó: "Es el Odontólogo alerta, quien puede hacer el Diagnóstico original, que puede ser recibido-excéspticamente porque en ese momento el aspecto de la - - piel es completamente normal".

Stern dice que: "En el mejor de los casos el Diagnóstico Diferencial del Pénfigo es difícil y tal vez por eso sólo se menciona esporádicamente en la literatura".

El Diagnóstico del Pénfigo vulgar no es difícil - cuando se observan las flictenas características, pero - cuando el Pénfigo es crónico ofrece mayores dificultades.

Las lesiones bucales constituyen un rasgo importante del Pénfigo, y por ello, ha de ser siempre considerado en el Diagnóstico Diferencial de las erupciones de tipo - vesicular de las mucosas bucales. Las alteraciones de la mucosa suelen ser más graves y duraderas en el Pénfigo - que en otras enfermedades bucales, con las cuales se puede confundir. Los antecedentes de flictenas de aparición indolora, con pérdida de peso, nerviosismo y prurito, deben hacer sospechar el Pénfigo; puede haber cierta confusión con las aftas o lesiones de candidiasis y cierta dificultad para diferenciarlo de otras enfermedades como la

Dermatitis herpetiforme o penfigoide, Eritema multiforme-ampollar, Líquen plano ampollar, Ginqivitis descamativa - crónica, Epidermolisis ampollar, Erupciones por drogas, - Dermatitis por contacto, Impétigo buloso, Placas mucosas-sifiliticas, Estomatitis fusospiroquetósica crónica, Reac- ciones alérgicas a medicamentos, colutorios y cosméticos; sin embargo, la experiencia clínica, junto con el aspecto histológico de las lesiones suele ser suficiente para dis- tinguir las enfermedades.

Es característica la aparición de tres tipos de le- siones: las lesiones primarias son flictenas o vejigas, - debido a la naturaleza relativamente superficial del pro- ceso de acantolisis y de la formación intraepidérmica de flictenas, características ambas de la enfermedad, tien- den a formarse ampollas en la piel normal, las flictenas- son pequeñas, flácidas y se rompen fácilmente; al romper- se aparecen otros dos tipos de lesiones, erosiones o denu- dación y costras.

Las lesiones que se presentan en la piel cabelluda pueden pasar como lesiones de foliculitis o dermatitis se- borréica, el olor es característico de ropa mojada o como a ratón si es que está infectada.

El signo de Nickolsky ayuda a establecer el Diag--

nóstico, pero es muy difícil observarlo en piel cuando el Pénfigo se limita a la mucosa bucal.

Desde el punto de vista histológico, las ampollas del Pénfigo pueden ser patognomónicas, hay una sorprendente ausencia de datos patognomónicos de laboratorio y clínicos y, no se encuentran lesiones primarias en el estudio o por medio de la biopsia de los órganos internos.

La imagen histológica es muy característica; las bulas o vesículas son el resultado de un despegamiento intradérmico profundo, inmediatamente sobre la capa basal, por lo general en el límite de unión de esta capa con el estrato espinoso; esto produce una "división suprabasilar" típica, de manera que en la porción inferior o piso de la bula está formada por la capa basal de la epidermis y en ocasiones también por una o dos hileras de células del estrato espinoso; las células acantolíticas presentan caracteres atípicos, son grandes, hinchadas, con un núcleo redondo, tumefacto, hipercromático, que tiende a rodearse de un halo y citoplasma basófilo con marcado aumento de RNA.

Cuando la bula se encuentra intacta es característico observar cuando tienen más de 10 a 12 días, cantidades variables de linfocitos, leucocitos y polimorfonuclea

res, algunos de ellos eosinófilos; pero si la bula se rompe, se infecta y el infiltrado de polimorfonucleares se hace muy importante, aparecen signos de regeneración epidérmica y la imagen pierde su valor diagnóstico.

El estudio de la sangre descubre que en la mayor parte de los casos de Pénfigo existe anemia secundaria e hipoalbuminemia secundaria probablemente por la mala nutrición, la pérdida de proteínas en las denudaciones, leucocitosis y eosinofilia intensas y elevación de las globulinas alfa₂, puede haber aumento en la velocidad de sedimentación; conforme la enfermedad progresa, es posible encontrar abatidos los niveles séricos de proteínas y modificaciones en los electrolitos del suero. El dato que se refiere a la elevación de las globulinas alfa₂, es un hallazgo inespecífico en muchos enfermos de afectaciones crónicas y es muy interesante saber que estos enfermos parecen tener una elevada susceptibilidad a las infecciones por levaduras (*Cándida albicans*) por lo que se observa con frecuencia moniliasis bucal intertriginosa y en forma de paroniquia.

Según Talbot y Coombs "Se producen alteraciones en la química sanguínea semejantes a las que se observan en la insuficiencia suprarrenal y puede establecerse una relación recíproca entre hiponatremia y gravedad del cuadro

clínico.

Cuando se realizan frotis o improntas con el techo de las bulas y se colorean por alguno de los métodos utilizados en hematología, se pone de manifiesto fácilmente el carácter atípico de las células del estrato espinoso.

La prueba de Tzank es de mucho valor en el Diagnóstico rápido de presunción; ésta se realiza por medio de un frotis tomado de la base de las ampollas o bulas recién abiertas y teñido con Giemsa o colorante de Pappenheim; esto nos hace posible observar una imagen histológica característica por la ruptura de las conexiones celulares epidérmicas y es conocida con el nombre de acantolisis.

También la prueba de Nickolsky nos ayuda en el Diagnóstico, para ello la piel o una superficie mucosa del paciente sospechoso de Pénfigo se golpean, presionan o friccionan fuertemente con dos dedos o con un depresor de lengua; si es positiva la reacción, se forma una pequeña flictena o ampolla en los tejidos golpeados o se separan las capas superficiales de los mismos como una lámina delgada, esto se debe al rompimiento de la unión de la dermis con la epidermis causado por el edema perivascular; el resultado observable es una zona denudada de epidermis

que puede ser agrandada periféricamente; también puede -- presentarse otra reacción que puede observarse a los pocos minutos, aunque a veces después de varias horas, una flictena llena de un líquido hemorrágico de color purpúreo. Por desgracia, no siempre se provoca una reacción positiva aún cuando exista Pénfigo, y existen otras enfermedades como la Epidermólisis ampollar, Dermatitis herpetiforme y Eritema multiforme ampollar, que pueden dar respuestas parecidas.

La biopsia es de la mayor importancia para establecer el Diagnóstico de Pénfigo, cuando existen lesiones vesiculares o ampollosas en la cavidad bucal; debe tomarse un fragmento de tejido de una vesícula o ampolla íntegra o del margen de una flictena colapsada, ya que las características distintivas del Pénfigo son más fáciles de demostrar en estos sitios. Las características observables son un intenso edema intercelular en la parte inferior de la capa de células espinosas; existencia de fisuras o hendiduras de tamaño moderado entre la capa de células basales y la de células espinosas; vesículas o ampollas intraepiteliales; y, especialmente, la existencia de células espinosas flotando en este espacio aisladamente o en grupos. Debe hacerse hincapié que estas características expuestas no se demuestran clara o fácilmente, y cuando -

la sospecha clínica de Pénfigo es bastante fundamentada, - se deben efectuar biopsias repetidas.

Sé ha observado que la aplicación de una corriente de aire comprimido a la mucosa bucal o a los tejidos de las encías, puede ocasionar un ligero brillo de los tejidos superficiales, seguido de la formación de una vesícula o de una ampolla; en algunos casos éste ocasiona la destrucción del epitelio y la denudación. Aunque resulta un buen auxiliar diagnóstico, esta prueba no puede considerarse específica del Pénfigo, ya que puede producir reacciones muy parecidas a otras enfermedades como el Pénfigoide benigno de las mucosas y la Gingivitis descamativa ampollosa.

Los estudios inmunofluorescentes han demostrado anticuerpos en la sustancia del cemento intercelular del epitelio escamoso estratificado de la mucosa oral y de la piel del paciente con Pénfigo.

Todavía no hay Tratamiento específico para ninguna de las formas de Pénfigo, éste corresponde al Dermatólogo; se deben tomar medidas generales, específicas y locales para controlarlo ya que la curación total no se ha observado hasta la fecha. Las medidas generales incluyen hospitalización, reposo en cama, aplicación de antibióti-

cos, transfusiones sanguíneas, alimentación hiperprotéica intravenosa, ingestión de líquidos y el dolor puede calmarse con la administración de comprimidos anestésicos; - las medidas específicas, administración de corticotropina intravenosa en una dosis diaria de 25 unidades goteada en un período de 6 a 8 horas o una dosis elevada de corticosteroides, por ejemplo: 100 mg. o más de Prednisona o su equivalente, aplicar parenteralmente una dosis de Corticotropina de absorción lenta o Corticoides por vía oral y reducirlas tan pronto como sea posible a una dosis diaria mínima suficiente para controlar las manifestaciones locales y generales; las medidas locales, en lo referente a piel, aplicación de antibióticos adecuados para las infecciones secundarias, para el control y tratamiento de las lesiones bucales resultan muy útiles las aplicaciones locales de corticosteroides en forma de pastas, polvos, pomadas o pastillas; está justificado el empleo de colutorios ligeramente antisépticos y en los casos de una infección moniliásica sobreañadida, son muy eficaces los agentes antifúngicos como el Mycostatin, la Anfotericina B o la Violeta de Genciana.

Con todo esto, la mortalidad ha disminuído al 30%, ya que antes era del 95%, aunque hay quienes aseguran que con este tratamiento se puede producir una remisión com-

pleta y permanente, y, en tal caso, es posible descontinuar la terapéutica de sostén. Se ha observado que algunos pacientes responden mejor a la ACTH, otros a la cortisona o uno de sus derivados, y algunos a ninguno.

Las lesiones bucales suelen ser más rebeldes que las de la piel. Con frecuencia los esteroides corticosteroides locales aumentan el efecto de otros fármacos sobre los tejidos bucales y son coadyuvantes de la terapéutica general. Como se necesitan dosis elevadas de cortisona o ACTH, son comunes las reacciones secundarias tales como la "Cara Lunar", hiperpigmentación y a veces manifestaciones psicóticas.

La cortisona y la ACTH, se han llegado a utilizar durante 2 a 3 años hasta "quemar" el Pénfigo, pero es frecuente que se requieran dosis de mantenimiento durante toda la vida.

El Pronóstico de esta enfermedad es en la mayor parte de los casos grave. La muerte puede producirse en 3 ó 4 semanas en el Pénfigo vulgar, generalmente los enfermos sucumben por alguna infección intercurrente a pesar de la intensa antibióticoterapia.

Pueden persistir lesiones bucales crónicas de las

mucosas mucho tiempo después de que las lesiones cutáneas han desaparecido, por lo que se debe prolongar mucho tiempo la terapéutica con esteroides, hasta "quemar" los fenómenos patológicos teniendo muy presentes las complicaciones que pueden acompañar a este tipo de terapéutica.

Un Diagnóstico temprano y un Tratamiento enérgico y rápido con algún esteroide suprarrenal puede, además de salvar la vida del paciente, impedir o reducir los efectos colaterales tóxicos indeseables en un tratamiento prolongado. Cuando se aplican antibióticos prolongadamente es común la moniliasis. Las infecciones secundarias se presentan frecuentemente y a menudo son causantes de debilidad extrema. En la fase terminal puede presentarse choque, septicemia, alteraciones del equilibrio electrolítico, caquexia, toxemia y neumonía.

CAPITULO II

ERITEMA MULTIFORME .

Eritema multiforme exudativo, Síndrome de Stevens - Johnson, Ectodermosis erosiva pluriorificial.

Eritema multiforme es un término aplicado a una dermatitis aguda de etiología desconocida y manifestaciones cambiantes. Aunque la causa exacta es oscura, se sabe que varios agentes diferentes desencadenan un ataque alrededor de la mitad de los pacientes. El resto de casos son espontáneos. El agente desencadenante más común estudiado por Shelley, es la infección por el Herpes simple, que precede a la aparición del Eritema multiforme entre una y tres semanas. Muchas otras infecciones virales también desencadenan la enfermedad, como así mismo lo hacen las infecciones bacterianas y micóticas, la ingesta de medicamentos, vacunación, radioterapia y algunas otras enfermedades.

Se trata de un Síndrome caracterizado por eritema y ampollas fundamentalmente. Se ha mencionado como un Síndrome reaccional, en reacción leprosa y como una farmacodermia. Sin embargo muchas veces puede corresponder a un cuadro aparentemente autónomo cuya causa en reacciones es difícil conocer y producir lesiones ampollosas que pue

den confundir al clínico con otras enfermedades de este tipo.

Fue descrito primeramente por Hebra, con el nombre de Eritema exudativo multiforme.

Es una enfermedad común que afecta a la piel, frecuentemente produce lesiones inflamatorias en la boca.

En muchos casos, la enfermedad ha demostrado ser una respuesta alérgica a alimentos, agentes infecciosos o drogas como: sulfonamidas, penicilina y salicilatos.

El Eritema multiforme se produce principalmente en adultos jóvenes aunque puede aparecer a cualquier edad, y afecta a varones más que a mujeres. Esta enfermedad se caracteriza por máculas asintomáticas, circunscritas e intensamente eritematosas; pápulas o a veces vesículas y ampollas distribuidas con bastante simetría en manos y brazos, piés y piernas, cara y cuello. Las lesiones individuales varían considerablemente de tamaño aún en el mismo paciente, pero por lo general, miden unos centímetros o menos de diámetro. El aspecto anular concéntrico de estas lesiones, que originan tonalidades variables de eritema, dió origen a los términos "blanco", "iris", o centro de blanco para describirlas.

Es común que esté afectada la mucosa bucal. Las lesiones aparecen con rapidez, en un día o dos, y persisten entre varios días o algunas semanas, después se van atenuando y por último desaparecen. La recidiva de la enfermedad en un período de años es común.

Las lesiones de la mucosa bucal no son una característica significativa de la enfermedad excepto el dolor y la molestia que producen. Las máculas, pápulas o vesículas hiperémicas llegan a erosionarse o ulcerarse y sangran fácilmente.

La lengua, paladar, mucosa vestibular y encía están afectadas en forma difusa. En ocasiones, las lesiones mucosas se producen antes que las cutáneas, pero la afección bucal sin lesiones dérmicas es dudosa.

Las lesiones bucales se encuentran más comunmente en los labios, lengua y mucosa bucal. Las lesiones bucales no suelen ser tan características como las de la piel, donde son multiformes: eritemas, máculas, pápulas, vesículas, flictenas, nódulos y lesiones anulares.

Parece claro que no hay síntomas típicos en esta enfermedad, más bien es la existencia polimorfa de muchas lesiones en diferentes lugares. Consisten también en ve-

sículas y vejigas que se revientan dejando una superficie ulcerada en carne viva, en la que se forman costras. El aliento es fétido y aumenta la salivación. En los casos graves el paciente sufre mucho y tiene dificultad para tomar los alimentos. Es característica la tendencia de la enfermedad a recurrir a intervalos o periódicamente al igual que los síntomas orgánicos.

Una forma ampollar muy grave del Eritema multiforme con lesiones dispersas que típicamente incluyen piel, cavidad bucal, ojos y genitales, es el Síndrome de Stevens - Johnson, que en una época fue considerado una enfermedad separada.

Comienza con fiebre, malestar, fotofobia y erupciones de la mucosa bucal. Las lesiones cutáneas en la enfermedad mucocutánea ocular son similares al Eritema multiforme, aunque no es raro que sean hemorrágicas y suelen ser vesiculares o ampollosas.

Las lesiones de la mucosa bucal llegan a ser en extremo graves y tan dolorosas que impiden la masticación. Se producen vesículas o ampollas mucosas que se rompen o dejan superficies cubiertas con un exudado espeso blanco-amarillo. También son comunes las erosiones de la faringe. Los labios presentan úlceras dolorosas con cos-

tras sanguinolentas. Las lesiones bucales pueden ser las principales molestias del paciente y, comprensiblemente, pueden ser tomadas por una gingivoestomatitis ulceronecrotizante. Sin embargo, es interesante que los microorganismos de la infección de Vincent, son escasos en los pacientes con esta enfermedad.

Las lesiones oculares consisten en fotofobia, característica de la enfermedad, atribuible a la conjuntivitis, ulceración córnea y panofalmitis.

También se describió querato-conjuntivitis seca. - La ceguera es producto de la infección bacteriana intercurrente.

Las lesiones genitales consisten en uretritis y balanitis inespecíficas o úlceras vaginales o ambas.

Otras características registradas se relacionan con afecciones de las vías respiratorias como la ulceración traqueobronquial y neumonía. Los pacientes se recuperan, salvo que sucumban a una infección secundaria.

En la forma bulosa, cuando la lesión es más demostrativa histopatológicamente, las bulas, con frecuencia multiloculares, se forman por un despegamiento de la unión

dermoepidérmica, en donde la cavidad formada tiene por techo la epidermis, más o menos adelgazada, según la edad - de la lesión y por piso la dermis papilar, no se observan fenómenos de acantolisis y, por el contrario, es común en contrar necrosis o necrolisis temprana de la epidermis, - caracterizada histológicamente por eosinofilia marcada de esta estructura.

En la cavidad formada se aprecia líquido en su interior y un número variable de células inflamatorias, - - constituidas por polimorfonucleares.

Las máculas y las pápulas presentan señales de espongiosis, edema intracelular en el epitelio e infiltración inflamatoria del corión.

Los vasos sanguíneos se dilatan en las papilas y - puede haber extravasación.

El aspecto microscópico del Eritema multiforme no es diagnóstico, aunque hay variaciones considerables que se corresponden con la variación en el aspecto microscópico, por lo general, las lesiones cutáneas o mucosas - presentan edema intracelular de la capa espinosa del epitelio y edema del tejido conectivo superficial que en realidad puede producir una vesícula subepidérmica.

Histológicamente, las lesiones muestran una ligera a notable inflamación dérmica, sobre todo perivascular - compuesta predominantemente de linfocitos con variable número de eosinófilos, cuando existen vesículas son subepiteliales y van con frecuencia asociadas con un infiltrado inflamatorio dérmico subyacente más pronunciado que puede contener leucocitos polimorfonucleares neutrófilos.

En los casos graves, puede haber hemorragia. Las vesículas orales pueden romperse rápidamente para formar ulceraciones superficiales; la mucosa oral es notablemente frágil. Las lesiones han sido también estudiadas con el microscopio electrónico.

Las bases para el diagnóstico son lesiones cutáneas simétricas, violáceas y polimorfas (máculas, pápulas, nódulos, bulas, etc.), con historia de recurrencias. Localización preferente en las superficies extensoras, pueden presentarse también en las palmas de las manos y plantas de los pies a mucosas. Historia de evidencias de un padecimiento general o de sensibilización a drogas.

La naturaleza variada de la enfermedad puede presentar dificultades en el Diagnóstico, en particular cuando las lesiones cutáneas son mínimas. Cuando existen lesiones bucales, hay que considerar la Estomatitis aftosa,

Dermatitis o Estomatitis por contacto y Gingivitis ulcero necrotizante aguda, así como Pénfigo, Dermatitis herpetiforme, Líquen plano ampollar, Herpes zoster, Varicela y - Necrólisis epidérmica tóxica (enfermedad de Lyell).

Se basa fundamentalmente en las características - clínicas y morfológicas (ataques repetidos, variedad de - tipos de lesiones eritematosas, ya sean cutáneas o mucos- sas).

En el Eritema multiforme hay generalmente alguna - reacción de tipo constitucional, pudiendo incluirse fie- bre.

No hay datos de laboratorio característicos. Los - cambios histológicos pueden ser sugestivos, pero no son - patognomónicos. Se hace la biopsia para hacer el Diagnós- tico Diferencial con el Pénfigo.

Existen complicaciones y prevenciones. El Erite- ma multiforme puede estar complicado por la existencia - de lesiones viscerales. Y para prevenir, evitar el em- pleo de todos los medicamentos innecesarios en pacientes con historia de Eritema multiforme.

El Tratamiento es principalmente sintomático. Se elimina de ser posible el agente causal. La enfermedad-

se limita por sí sola, pero es común su repetición.

El empleo de antihistamínicos ha sido valioso en el tratamiento; en algunos casos la autohemoterapia ha dado resultados satisfactorios.

Localmente la miel Karo en agua tibia usada como enjuagatorios es un buen paleativo. La aplicación de azul de metileno en la boca del paciente le da alivio. El ungüento dental de hidrocortisona aplicado a los labios es muy valioso.

El tratamiento es solamente paleativo. Es importante mantener el aporte de líquidos y una nutrición adecuada. En caso de infección secundaria son necesarios los antibióticos. La administración de corticosteroides produce remisiones del proceso, pero no la curación.

Las medidas generales son: reposo en cama y medidas generales cuando existe fiebre. Las medidas específicas son: eliminar factores causales como infecciones generales crónicas, infecciones focales y drogas sensibilizantes. Es de utilidad la tetraciclina administrada por varios días en dosis de 250 mg., 4 inyecciones diarias.

Las medidas locales son tratar la dermatitis de -

acuerdo con su tipo y etapa en que se encuentra. En las fases agudas emplear gasas húmedas simples o lociones sedantes.

Realmente no hay tratamiento específico para la enfermedad, aunque en algunos casos la ACTH, cortisona y -clorotetraciclina han dado resultados promisorios.

Raras veces está en peligro la vida del paciente, pero las recidivas episódicas crónicas pueden ser desconcertantes.

CAPITULO III

LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE CRONICO.

Es muy raro que la forma discoide crónica evolucione hacia la forma generalizada y sus complicaciones graves.

Las características detalladas, dependen de la duración de las lesiones, así como de su tamaño, cuanto mayor es la duración mayor es la cicatrización y la deformación resultante.

Es más frecuente en mujeres que en varones y se presenta entre los 20 y 40 años.

Una importante proporción de parientes de pacientes con Lupus eritematoso discoide crónico, se supone que presentan anomalías serológicas tales como preparaciones-Lupus eritematoso positivas y anticuerpos antinucleares.

El Lupus eritematoso se clasifica en: crónico discoide fijo y agudo o subagudo diseminado o generalizado.

El Lupus eritematoso agudo o subagudo diseminado o generalizado es una enfermedad inflamatoria no infecciosa, la cual primeramente afecta los tejidos vascular y co

nectivo de muchos órganos y, en consecuencia, tiene una multiplicidad de manifestaciones locales y generales; hay debilidad, malestar, fiebre, pérdida de peso, anemia, leucopenia, hiperglobulinemia, aumento de la velocidad de sedimentación globular, artritis, miocarditis, hepatitis, endocarditis y poliserositis.

En él aparecen erupciones eritematosas en la cara y otras áreas expuestas a la luz solar.

Puede ser confundido con una gran variedad de enfermedades, especialmente con desórdenes músculo-esqueléticos, dermatológicos y hematológicos, debe ser también diferenciado de muchas enfermedades infecciosas agudas y crónicas.

Las lesiones orales del tipo generalizado son más extensas, hemorrágicas y edematosas, y más propensas a cambiar de aspecto clínico que las del tipo discoide crónico.

Se piensa que cuando ocurren reacciones positivas-falsas para sífilis, los casos son de enfermedad generalizada.

El estudio de laboratorio puede revelar leucopenia, disminución de la albúmina, aumento de las globuli-

nas alfa y beta, preparaciones positivas de Lupus eritematoso, pruebas positivas para los anticuerpos antinucleares, anemia y trombocitopenia.

En las formas aguda y subaguda, el edema de la dermis superior es más pronunciado, observándose por lo general un infiltrado linfocítico dérmico superior difuso. Raramente se observan ampollas. En la fase aguda, las paredes de los vasos y la zona subpapilar revelan una degeneración fibrinoide del tejido conectivo, que presenta una coloración densamente eosinófila con la hematoxilina y eosina, siendo ácido periódico de Schiff positivo. En ocasiones existe extravasación de los glóbulos rojos. Las lesiones de la membrana mucosa pueden presentar el mismo cuadro exceptuando la ausencia de taponamiento folicular.

El Lupus eritematoso discoide crónico es una enfermedad de la piel y de la mucosa oral que se caracteriza por la presencia de máculas y placas rojas bien delimitadas, con tendencia a la atrofia cicatrizal en el centro a medida que se desarrollan en la periferia, suele ser bilateral, en la zona malar y nariz, adoptando una configuración semejante a una mariposa; también se pueden observar comunmente en la frente, las orejas, cuero cabelludo, borde mucocutáneo de los labios incluso mucosa bucal, en casos raros hay ataque de otros sitios de la piel, pueden

desaparecer espontáneamente, pero se agravan con la luz solar, la mucosa presenta un aspecto seco y a menudo puntillado de blanco.

Poco se conoce sobre su etiología; entre las muchas teorías hay las siguientes: Se trata de una forma de tuberculosis que se asocia a la infección bucal; se produce a causa de fotosensibilidad, sin embargo se acepta que estos factores son más coadyuvantes que etiológicos; también se ha intentado relacionar con agentes tóxicos como los arsenicales, el oro, el bismuto y los barbitúricos - aunque no hay pruebas evidentes de los mismos. En la actualidad se clasifica al Lupus eritematoso discoide crónico entre las enfermedades del colágeno y probablemente sea el resultado de un mecanismo de autoinmunidad; también se discute si se trata de una entidad definida o de una forma más benigna de la enfermedad generalizada. Se sabe que la exposición excesiva a los rayos actínicos frecuentemente desencadenan los ataques. La enfermedad puede iniciarse o agravarse por el empleo de drogas o proteínas extrañas o por la exposición a rayos ultravioleta y posiblemente por trastornos psíquicos.

Este tipo de Lupus se presenta en forma de placas eritematosas descamativas y por lo general claramente marginadas, localizadas principalmente en la cara y cuero -

cabelludo, aunque puede resultar afectada cualquier zona de la superficie corporal.

Ocasionalmente el comienzo es rápido y la enfermedad posteriormente tiene la cronicidad, más frecuentemente el comienzo es insidioso y la enfermedad es objeto de remisiones y exacerbaciones durante muchos años.

La mayoría de los enfermos con lesiones orales tienen lesiones cutáneas que no sólo son características, sino que se localizan en zonas fácilmente observables por el Dentista, siendo su localización favorita el puente de la nariz, sus superficies laterales y las zonas sonrojadas de las mejillas. Las lesiones orales son bien limitadas con bordes ligeramente elevados, enrojecidos, en forma de panecillos que dan al centro un aspecto de depresión, a veces se encuentran placas queratósicas adherentes, blanco-grisáceas, pequeñas, de varios milímetros, que cubren varias zonas de la lesión, en algunos las formaciones queratósicas son muy pequeñas y están agrupadas pareciendo una papilomatosis; se cree que es esta parte de la lesión la que puede invadir de forma activa los tejidos vecinos.

La enfermedad es muy persistente y crónica, sus lesiones cutáneas suelen crecer y extenderse muy lentamente.

te, a veces se hacen estacionarias con muy poca o ninguna actividad, en otros periodos se observa un rápido crecimiento. Las lesiones presentan oclusión de los folículos y escamas adherentes, al experimentar evolución a veces ocurren atrofia y despigmentación.

Monash encontró en el 50% de los casos, lesiones bucales bien marcadas. Las amplias revisiones de Andreasen y Poulsen indican que del 10 al 15% de los pacientes con Lupus eritematoso discoide crónico presentan lesiones orales o labiales, mientras que los que presentan afectación general son más propensos a tener lesiones orales (aprox. del 35 al 50%), sin embargo Tuffanelli y Dubois encontraron una incidencia mucho menor de afectación mucosa.

Aunque la mayor parte de las mucosas orales se acompañan de lesiones cutáneas con lo que se facilita el Diagnóstico, a veces las manifestaciones mucosas preceden a las lesiones cutáneas en unas semanas o incluso meses y, en algunos casos, las lesiones de la boca pueden ser los únicos signos clínicamente apreciables durante varios o incluso muchos años. Las lesiones mucosas son esencialmente las mismas que las cutáneas, pero su aspecto se modifica por la humedad e irritantes de la boca. Consisten en placas blancas múltiples con bordes de un color rojo púrpureo oscuro y clínicamente pueden parecerse a una leu

coplasia o hiperqueratosis benigna, en algunos pacientes- existe ulceración de las placas, las ampollas son siempre efímeras, aparecen como erosiones al principio opalinas, - muy dolorosas, acompañadas de edema, la mucosa bucal a ni vel de las lesiones está enrojecida y atrófica y puede - desgarrarse fácilmente. Las lesiones bien desarrolladas- están constituidas por extensas ulceraciones superficia-- les, frecuentemente purpúreas rodeadas por un gran número de nódulos blanquecinos del tamaño de una cabeza de alfi- ler. Después de curar, las partes afectadas son substi-- tuídas por tejido cicatrizal blando y delgado. Las lesio- nes se pueden localizar en labios, lengua, paladar duro, - mucosa de mejillas y raramente en las encías, puede haber una mayor tendencia a que los individuos con este tipo de Lupus desarrollen un carcinoma de células escamosas del - labio inferior, las lesiones linguales van acompañadas de atrofia de las papilas.

Debe realizarse una completa historia clínica y - una consulta médica para descartar totalmente la posibili- dad de otras variedades de Lupus. Para decidir si la en- fermedad no es generalizada y se circunscribe a la piel, - o si se trata del tipo generalizado del paciente deben to marse en cuenta los análisis de sangre y orina y los sín- tomas clínicos. Un estudio histológico puede ser eficaz-

para su Diagnóstico acertado ya que se puede confundir -- con Lfquen plano, es decir hiperqueratosis, parequeratosis o ambas.

Los síntomas constitucionales son raros. Cuando - haya fiebre, artralgias y leucopenia se pensará en otros tipos de Lupus eritematoso.

El cuadro histológico característico consiste en - hiperqueratosis, oclusión de los folículos queratósica, - atrofia epidérmica, edema y degeneración basófila del tejido conectivo e infiltración linfocítica perivascular y perianexial.

El epitelio puede ser atrófico y delgado con atrofia de la mucosa debido a la degeneración de la capa fundamental y con señales de hiperqueratosis.

Ha sido sugerido un mecanismo autoinmunológico por el hallazgo de varias fracciones protéicas anormales en - el suero de los pacientes con Lupus eritematoso discoidecrónico. Los cambios patológicos usualmente no son específicos, pero incluyen cambios fibrinoides diseminados - vasculares y perivasculares, artritis diseminada, endocarditis verrugosa y glomerulonefritis focal o difusa. Se - encuentra linfadenitis generalizada y poliserositis en -

cerca del 50% de los casos.

El hallazgo histológico más característico son las llamadas células de Lupus eritematoso y las masas de materias nuclear y homogéneamente púrpura aparentemente relacionados (cuerpos de hematoxilina).

El examen microscópico de la piel puede revelar un proceso inflamatorio agudo, subagudo o crónico, tanto las lesiones de tipo discoide como en las de tipo generalizado.

Está indicado realizar una biopsia no sólo para confirmar el diagnóstico, sino para descartar la posibilidad de una leucoplasia o de un carcinoma que clínicamente puede parecerse al Lupus eritematoso discoide crónico.

Histológicamente se observa una degeneración parecida a la hialina del tejido conjuntivo colágeno.

El cuadro microscópico de las lesiones de la mucosa bucal muestran características similares a las lesiones cutáneas, hiperqueratosis o paraqueratosis, degeneración basófila del colágeno, licuefacción degenerativa de la capa basal del epitelio e infiltración perivascular en los tejidos subepiteliales.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

El Lupus eritematoso presenta un amplio espectro- que varía desde el tipo discoide crónico esencialmente li- mitado a la piel hasta las formas aguda y subaguda genera- lizadas, caracterizadas por lesiones viscerales con afecta- ción cutánea o sin ella. Aunque se han comunicado casos- o existen observaciones personales que se supuso represen- taban simplemente un proceso cutáneo, se está acumulando- un creciente volumen de evidencia proporcionada por el la- boratorio, que demuestra que incluso la forma cutánea pre- senta evidencia inmunológica de ser una enfermedad gene- ral.

La mayor parte de la literatura que diferencia el- Lupus eritematoso discoide crónico del Lupus eritematoso- agudo o subagudo diseminado o generalizado incluyendo la- afectación de la mucosa oral, fue publicado antes de que- se introdujesen muchas de las pruebas serológicas y de - anticuerpos, de forma que la incidencia y tipo de las le- siones orales no están claramente definidos en varios ti- pos de enfermedad.

El Tratamiento depende del Internista aunque el - Odontólogo puede ayudar considerablemente a obtener el - éxito terapéutico eliminando todos los irritantes locales que pueden contribuir a la intensidad de las lesiones ora- les.

Muchas veces se usan los antimaláricos tales como cloroquina, atabrine, primaquina, para tratar la enfermedad, pero deben tenerse en cuenta los efectos colaterales indeseables de estos fármacos.

La asociación de cortisona con antibióticos lleva a una recuperación más o menos rápida del paciente, dejando una cicatriz temporaria.

Sé ha observado que la ACTH y la cortisona pueden detener la evolución de la enfermedad, tienen efectos -- muy favorables y frecuentemente notables, pero este tratamiento no puede considerarse curativo, los resultados son variables.

El tratamiento es usualmente más efectivo en las fases tempranas de la enfermedad, muchos de los pacientes obtienen marcados efectos benéficos durante los episodios agudos o cuando hay lesión de órganos vitales, puede ser necesario aplicar varias dosis y pueden salvar la vida del paciente. La opinión difiere acerca de si estas drogas deberían de ser descontinuadas después de un ataque agudo que remite o continuadas indefinidamente sobre bases de mantenimiento.

Se aconseja una dieta hipercalórica rica en vita-

minas, las sales de hierro o las transfusiones de sangre pueden ser necesarias para corregir la anemia. Debe evitarse la exposición indebida o excesiva a la radiación solar o ultravioleta. El tratamiento antiinfeccioso -- apropiado debe ser instituido para la neumonía y otras infecciones. Los salicilatos y otros analgésicos y la terapia física, pueden estar indicados para corregir los dolores musculares y articulares. La nefropatía se trata de acuerdo con el tipo y severidad del padecimiento. En la actualidad hay cierto optimismo sobre el futuro tratamiento de esta enfermedad generalmente fatal.

La enfermedad puede ser fulminante, con una progresión rápida de síntomas severos, hasta llegar a la muerte en unas cuantas semanas a pesar del tratamiento.

Más frecuentemente, la enfermedad sigue un patrón típico con lesiones recurrentes de uno o más órganos o sistemas por un período de muchos años.

La supervivencia de los pacientes con la enfermedad crónica puede ser incrementada por una apropiada corticoterapia.

Sin duda algunos casos previamente considerados como un típico Lupus eritematoso discoide crónico han

acabado siendo una forma aguda o subaguda generalizada - inequívoca.

Sin embargo la inmensa mayoría de los pacientes - diagnosticados de Lupus eritematoso discoide crónico poseen un pronóstico a largo plazo relativamente bueno en lo que a la vida y morbilidad se refiere y, por lo tanto, la retención de este diagnóstico desde un punto de vista pronóstico está justificado.

CONCLUSIONES

Después de haber estudiado las diferentes manifestaciones de Pénfigo vulgar, Eritema multiforme y Lupus eritematoso discoide crónico, hemos llegado a la conclusión, de que es de suma importancia para el Odontólogo, reconocerlas para poder dar un buen diagnóstico y un tratamiento adecuado, ya que mientras más temprano se detecte la enfermedad, mejor será el pronóstico.

El Pénfigo vulgar es el que más frecuentemente -- afecta los tejidos bucales, antes de sus manifestaciones cutáneas, estas lesiones aparecen súbita y bruscamente; su desarrollo es indoloro, la característica principal es que son vesículas o ampollas tensas y redondas que raramente se encuentran intactas, lo que observamos más frecuentemente, son úlceras cubiertas de un exudado blanco y un dejo de sangre; su localización puede ser labios, lengua, mejillas, mucosa del paladar e incluso en las encías.

Un dato muy importante por el cual el paciente busca la atención del Odontólogo, es el dolor tal intenso que experimenta al masticar y deglutir y el hedor que ni el mismo paciente soporta.

El Eritema multiforme, también se caracteriza por

la presencia de ampollas que aparecen en la cavidad bucal con rapidez y persisten durante algunas semanas, al cabo de las cuales desaparecen, y la recidiva en un período de años es común; lo característico de esta enfermedad es el dolor y la molestia que producen, ya que las ampollas hiperémicas llegan a ulcerarse o erosionarse y sangran fácilmente; se pueden observar en la lengua, paladar, mucosa vestibular y encía en forma difusa, a veces se presentan antes que las cutáneas, pero las lesiones bucales sin presencia de lesiones dérmicas en esta enfermedad es dudosa.

Esta enfermedad pocas veces pone en peligro la vida del paciente.

Una característica es que estas ampollas al romperse dejan una superficie cubierta con un exudado blanco espeso o amarillo y debe de diferenciarse con la gingivitis ulcero necrotizante aguda, por los síntomas tan parecidos que presenta.

Con los estudios e investigaciones que han hecho recientemente del Lupus eritematoso discoide crónico, no se ha llegado a un acuerdo, puesto que hay quienes opinan que este tipo termina siendo Lupus eritematoso disseminado o generalizado y otros que defienden su teoría,

diciendo que los pacientes diagnosticados de Lupus eritematoso discoide crónico, tienen un mejor pronóstico y hasta una recuperación total y definitiva.

Las lesiones bucales son máculas y placas rojas bien delimitadas, con bordes ligeramente elevados que en el centro presentan una depresión, a veces se observan placas queratósicas adherentes color blanco grisáceas, muy pequeñas, cubriendo varias zonas de la lesión, pareciendo una papilomatosis. La enfermedad es muy crónica y persistente. A veces estas lesiones preceden a las cutáneas en unas semanas o incluso meses y en algunos casos las lesiones orales pueden ser los únicos signos clínicamente apreciables durante varios o muchos años.

Lo que más comunmente observamos son erosiones opalinas muy dolorosas, edematosas y la mucosa bucal se encuentra enrojecida, atrófica y puede desgarrarse fácilmente.

Después de curar las partes afectadas son substituidas por tejido cicatrizal, blando y delgado; estas lesiones las podemos observar en: labios, lengua, paladar duro, mucosa de mejillas y muy raramente en las encías; en las lesiones linguales se observa atrofia de las papilas.

Por la etiología de estas tres enfermedades, el tratamiento es similar en cuanto a que en ellas se administra ACTH y cortisona, habiendo diferencias en el Péñfigo, como sumando a lo anterior, agentes antifúngicos, como el mycostatín, anfoterisina B o la violeta de geneciana, puesto que es común que se presente una infección moniliásica sobre añadida.

En el eritema se administran antihistamínicos, -- enjuagatorios con miel Karo disuelta en agua tibia y el antibiótico de más utilidad, es la tetraciclina.

En el Lupus eritematoso discoide crónico muchas veces se usan los antimaláricos, como la cloroquina, primaquina y atabrine, tomándose en cuenta los efectos secundarios colaterales, además debe evitarse la exposición indebida al sol o rayos ultravioleta; los salicilatos están indicados para disminuir los dolores articulares y musculares.

Estos tratamientos no se pueden considerar definitivamente curativos, pues lo que se ha observado es que son de mucha ayuda para detener la evolución de cada enfermedad; los efectos son muy favorables y frecuentemente notables.

BIBLIOGRAFIA

Shaffer William, Hine Maynard K, Levy Barnet M.
TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.
3a. Edición. 1977
Editorial Interamericana.
México.

Corra Pelayo, Arias-Stella Javier.
Pérez Tamayo Ruy, Carbonell Luis M.
TEXTO DE PATOLOGIA.
2a. Edición. 1976
Editorial La Prensa Médica Mexicana.
México.

Bhaskar SN.
PATOLOGIA BUCAL.
Editorial El Ateneo.
Buenos Aires, Argentina.

Gorlin Robert J. Goldman Henry M.
THOMA PATOLOGIA ORAL.
Editorial Salvat.
1a. Edición. 1973.
Barcelona, España.

Krupp Marcus, Chatton Milton J.
DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO.
15a. Edición. 1980.
Editorial El Manuel Moderno.
México.

Burket Lester W.

MEDICINA BUCAL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

Traducción de la 2a. Edición.

Editorial Interamericana. 1954.

México.

Thoma Kurt H. DMD.

PATOLOGIA BUCAL.

2a. Edición. 1959.

Editorial Hispanoamericana.

México.

Robbins Stanley L.

PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL

1a. Edición. 1975

Editorial Interamericana.

México.

Buster Lester W.

MEDICINA BUCAL Dx. y Tx.

Traducción de la 2a. Edición.

Editorial Interamericana. 1954.

México.

Zegarelli Edward V, Kutscher Austin H.

Hyman George A.

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL.

2a. Edición. 1972.

Editorial Salvat.

Barcelona. España.

Tenenbaum León.

PATOLOGIA CLINICA Y PERIODONTOLOGIA

1a. Edición.

Editorial Mundi, S.R.L.

Buenos Aires, Argentina.