

ADOLFO ARTHUR NOUEL

ENFERMEDADES
DE LA
MUCOSA ORAL

Atlas

Este libro es una muestra. El número de páginas mostradas es limitado.

ADOLFO ARTHUR NOUEL

Profesor Meritísimo de la Facultad de Ciencias de la Salud
de la Universidad Autónoma de Santo Domingo
Estomatólogo del Instituto Dermatológico Dominicano
y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz”

**ENFERMEDADES
DE LA
MUCOSA ORAL**

Atlas



Patronato de Lucha Contra la Lepra, Inc.
Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel
"Dr. Huberto Bogaert Díaz"

© Copyright 2015 Santo Domingo, República Dominicana

ISBN 978-9945-08-346-0

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida ni en todo ni en parte, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la utilización de medios audiovisuales para clases, charlas y/o conferencias. Comprendido la reprografía y el tratamiento informático, incluyendo la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamos públicos sin la autorización escrita de los titulares del autor (copywriter), bajo las sanciones establecidas en las leyes.

ADVERTENCIA

Debido a los avances diarios en la medicina como disciplina, el profesional de la salud al realizar un diagnóstico, debe basarlo sobre sus conocimientos y experiencia, siendo el tratamiento su facultad, desligando de toda responsabilidad al autor y al editor. Es necesario que el médico se informe de las indicaciones y contraindicaciones farmacológicas dadas por el fabricante de los medicamentos y su uso indicado.

FOTOGRAFÍAS

Adolfo Arthur Nouel

EDITOR

Patronato de Lucha Contra la Lepra, Inc.
Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel
"Dr. Huberto Bogaert Díaz"

DISEÑO Y PRODUCCIÓN

Lourdes Saleme y Asociados

IMPRESIÓN

Amigo del Hogar

Adolfo Arthur Nouel
Wenceslao Álvarez 253, Santo Domingo,
República Dominicana
adolfoinfocompu@gmail.com
www.adolfoarthur.com

9	CRECIMIENTO DE TEJIDOS BLANDOS	331
	▪ Fibroma por irritación	332
	▪ Fibroma periférico osificante	336
	▪ Esclerosis tuberosa	339
	▪ Granuloma piógeno	340
	▪ Granuloma periférico de células gigantes	345
	▪ Épulis fisuratum	347
	▪ Pólipo fibroepitelial	350
	▪ Gingivitis hiperplásica	352
	▪ Granuloma eosinófilo	355
	▪ Síndrome de Papillon-Lefèvre	357
	▪ Mucocele	362
	▪ Ránula	367
	▪ Mucinocis focal oral	370
	▪ Amiloidosis	371
	▪ Edema de Quincke	376
	▪ Quelitis granulomatosa de Miescher	378
	▪ Levantamiento del piso de la boca	383
	▪ Sialolitiasis	384

10	TUMORES BENIGNOS DE TEJIDOS BLANDOS	387
	▪ Épulis congénito	388
	▪ Perlas de Epstein	390
	▪ Hamartoma	392
	Hamartoma de músculo liso	392
	Hamartoma condroide	394
	▪ Epignatus	397
	▪ Progonoma melanótico	399
	▪ Lipoma	401
	▪ Tumor de células granulosas	404
	▪ Schwannoma	406
	▪ Hemangiopericitoma	408
	▪ Adenoma pleomorfo	409

▪ Leiomioma	413
▪ Neurofibromatosis	415
▪ Anomalías vasculares	417
Hemangioma infantil	417
Malformaciones vasculares	420
Lago venoso y varicosidades	421
Linfangioma	425
▪ Quiste dermoide	431
▪ Osteoma lingual	433
▪ Exóstosis vestibulares y palatinas	436
▪ Torus palatino	437
▪ Torus mandibular	439
▪ Hiperplasia de la tuberosidad	441
▪ Hiperplasia de las apófisis geni	442

11	TUMORES MALIGNOS DE TEJIDOS BLANDOS	443
	▪ Carcinoma de células escamosas	444
	▪ Carcinoma verrugoso	455
	▪ Carcinoma adenoide quístico	458
	▪ Carcinoma mucoepidermoide	460
	▪ Adenocarcinoma de células acínicas	462
	▪ Carcinoma basocelular	463
	▪ Melanoma	465
	▪ Sarcoma de Kaposi	467

TABLAS DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	469
--	------------

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	501
--------------------------------	------------

ÍNDICE	512
---------------	------------

Prólogo

Es un gran honor escribir el Prólogo del libro “Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral”, del Especialista en Cirugía Bucal y Ortopedia Maxilar y Médico Estomatólogo, Dr. Adolfo Arthur Nouel, obra que vendrá a enriquecer el no muy amplio cúmulo de información bibliográfica y gráfica dominicana en el campo de la medicina. Lo acepto, siendo lo más importante, más por razones de afecto y respecto, que por conocimientos específicos del tema, cuyo análisis formal lo dejo a la consideración de los lectores. También lo hago con una visión de compromiso social, ya que el ejercicio de la profesión médica no es solamente una actividad individual, sino que más bien requiere vivenciar los distintos hechos producidos en la vida cotidiana, los cuales tienen influencia en el desarrollo de la ciencia y tecnología de la salud. Es una obra completa y actualizada con temas en constante evolución, con múltiples manifestaciones, ya que sus afecciones clínicas producen alteraciones morfológicas tisulares con signos clínicos.

En mi calidad de Director General del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” (IDCP), he crecido en la búsqueda desinteresada del conocimiento, del rigor crítico, del valor de la investigación, de la reflexión en torno a los valores y de la dimensión ética de la acción humana. De ahí, nuestra deuda de gratitud con el profesor meritísimo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, Dr Arthur Nouel; ya que la dermatología abarca las enfermedades de la mucosa oral y de la mucosa genital, convirtiéndose en un referente obligatorio para el público general, pero muy especialmente para los médicos en formación de nuestra escuela especializada en cursos de postgrado en dermatología de la República Dominicana.

Con más de 48 años de carrera docente, profesor invitado a numerosos Congresos Nacionales e Internacionales, su dedicación institucional al Patronato de Lucha Contra la Lepra y el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz”, su trabajo hospitalario y de consultorio le dan la calidad suficiente para la autoría de esta obra.

Esta primera edición viene a llenar un vacío en el haber científico Latinoamericano. De contenido eminentemente didáctico, con una presentación vanguardista, de lectura sintética, visualización clara y diversa, traduce en sí el trabajo diario del autor, fruto de sus manos hábiles y expertas.

En 11 capítulos y 520 páginas, el profesor Arthur Nouel nos entrega en su libro nítidas e impecables ilustraciones fotográficas representativas de la patología de la mucosa oral, de manera concisa y ordenada, apoyada en un contenido temático con más de 250 citas bibliográficas. Con una excelente puerta de entrada, el capítulo primero muestra los elementos esenciales de las manifestaciones semióticas de las áreas anatómicas, la inspección, la palpación y la olfacción que, complementadas con las pruebas diagnósticas sugeridas, colocan al lector en el camino correcto en el abordaje diagnóstico del enfermo. Las lesiones elementales representativas de las características clínicas o signos clínicos y morfológicos de las enfermedades de la mucosa oral, se tipifican de manera magistral en el segundo capítulo. Su división y clasificación se expresan en un contenido llano y visual exquisitos. Fruto de su rica experiencia, a partir del capítulo tercero, el autor se fundamenta en la morfología de las lesiones orales para agrupar en cada uno de ellos una verdadera expresión del conjunto de afecciones inflamatorias, infecciosas, traumáticas, displásicas, artefactas, tumorales benignas y malignas que convierten este texto en una referencia obligada en la lectura de las enfermedades de la mucosa oral.

Promoviendo un enfoque de direccionamiento estratégico; al finalizar el capítulo 11, el Dr. Arthur establece diagnósticos certeros, lo que reduce la probabilidad de error en la práctica médica, al mostrarnos tablas de Diagnóstico Diferencial, donde se podrá inspeccionar la distinción entre dos o más Enfermedades de la Mucosa Oral de síntomas similares mediante la comparación sistemática de dichos síntomas.

Finalmente, parafraseando a Francis Bacon, escritor y filósofo; aprovecho para desearle al autor éxitos y unirle a las voces de felicitación que imagino por cientos, y también animarle a que persevere en su labor docente y médico en ejercicio, dado que ya a estas alturas de la vida debe saber que “la lectura hace al hombre completo; la conversación lo hace ágil y el escribir lo hace preciso”.

Con la puesta en circulación de este libro “Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral”, en víspera de la conmemoración del 50 aniversario del IDCP, bajo la autoría de un miembro ilustre de la familia del Patronato de Lucha contra la Lepra/IDCP; tenemos motivos para celebrar con júbilo la publicación de este libro; conscientes de que es una nueva contribución fortaleciendo el sistema de salud como elemento básico para el desarrollo de las poblaciones afectadas.

Rafael A. Isa Isa

1

Examen del paciente

El examen del paciente se inicia desde que éste ingresa a la consulta. Observar como camina, se sienta y expresa su queja principal. La historia de la enfermedad es de fundamental importancia para llegar al diagnóstico presuntivo. Los antecedentes personales y familiares deben incluirse en el interrogatorio. Examinar cuidadosamente la cara, aspecto y proporciones de todas sus partes, asimetrías verticales u horizontales, la piel que la recubre, la cantidad y aspecto del pelo en las regiones habituales, los pliegues naturales, movimientos de los ojos, la conjuntiva y si la nariz presenta desviaciones o si por ella sale alguna secreción espontáneamente.

- Áreas anatómicas a examinar
- Exploración diagnóstica
- Pruebas diagnósticas



Áreas anatómicas a examinar

- **Labios**
- **Carrillos**
- **Paladar duro**
- **Paladar blando**
- **Orofaringe**
- **Lengua**
- **Piso de la boca**
- **Encías y dientes**
- **Cara**
- **Cuello**



1.1 Examen de la boca con buena iluminación en forma ordenada y completa.

El examen de la boca debe realizarse en todos los pacientes en forma ordenada y completa, contando con buena iluminación, natural o artificial, teniendo a mano espejo, gasa y un depresor de lengua. Inspeccionar y palpar en forma ordenada y sistemática: labios, carrillos, paladar duro y blando, orofaringe, piso de boca, lengua, encías y dientes. Evaluar con este examen el estado de salud y “ver”, si hay lesiones elementales primitivas o secundarias, que caracterizan la enfermedad que padece el paciente, interpretarlas y hacer el diagnóstico. Es fundamental estar familiarizado con la anatomía normal de cada región y sus variaciones. En las estructuras bilaterales es importante la com-

paración con la del lado opuesto. Anotar cuidadosamente en la ficha todo lo encontrado y describir las lesiones tal y como se ven: tamaño, forma, color, superficie, aspecto, consistencia, base de implantación, localización, signos y síntomas.

Completar el examen de la boca con el reconocimiento de áreas anatómicas anexas a la cavidad bucal, como las articulaciones temporomandibulares, la parotídea, la submaxilar y el cuello en toda su extensión. Tomar en cuenta el funcionamiento de la musculatura facial y masticatoria, de las glándulas salivares mayores y menores y la cantidad de saliva que éstas segregan.



1.2 Bermellón de los labios, borde mucocutáneo y línea de unión o de Klein que lo delimita.



1.3 Cara interna del labio superior, frenillo labial y fondo de surco.

Labios

Los labios son la parte anterior de la boca, la piel que los recubre termina en una línea ligeramente elevada que los contornea, es el borde mucocutáneo; de éste a la línea de unión o línea de Klein, se encuentra la zona roja o bermellón de los labios conocida también por semimucosa labial, rasgo característico en el humano. El grosor de los labios y la cantidad de semimucosa, varía de un individuo a otro. La unión de los labios a cada lado forma las comisuras labiales. Por dentro los labios están cubiertos por mucosa rosada, lisa, brillante, húmeda y delgada que deja translucir el árbol capilar arterial y venoso. A la palpación se pueden percibir gránulos que corresponden a las glándulas salivares menores. El labio superior se extiende hasta el fondo de surco y en el centro presenta un pliegue, es el frenillo labial superior que va del labio a la encía. La mucosa de la cara interna del labio inferior tiene las



1.4 Cara interna del labio inferior, frenillo labial, fondo de surco y árbol capilar normal.

Este libro es una muestra. El número de páginas mostradas es limitado.

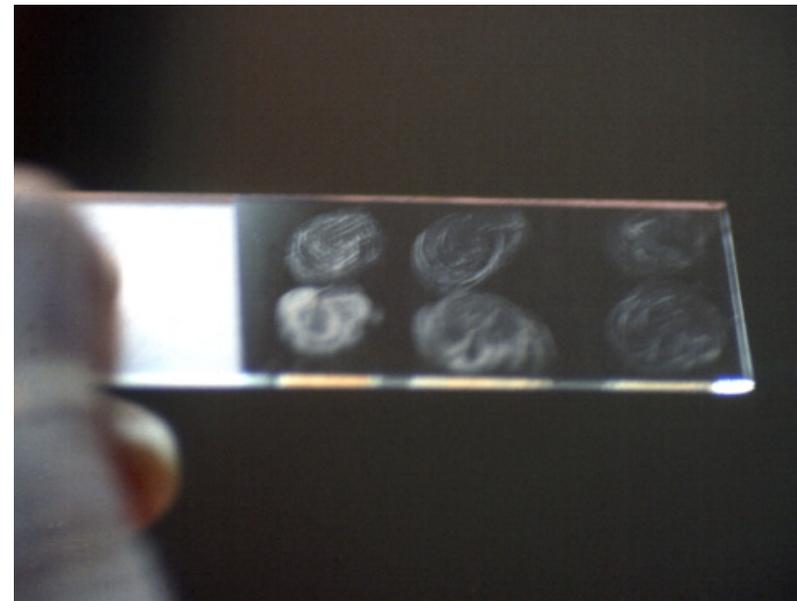
Pruebas diagnósticas

- **Biopsia**
- **Citología exfoliativa**
- **Frotis**
- **Cultivo**
- **Tinción con azul de toluidina**
- **Punción-aspiración**

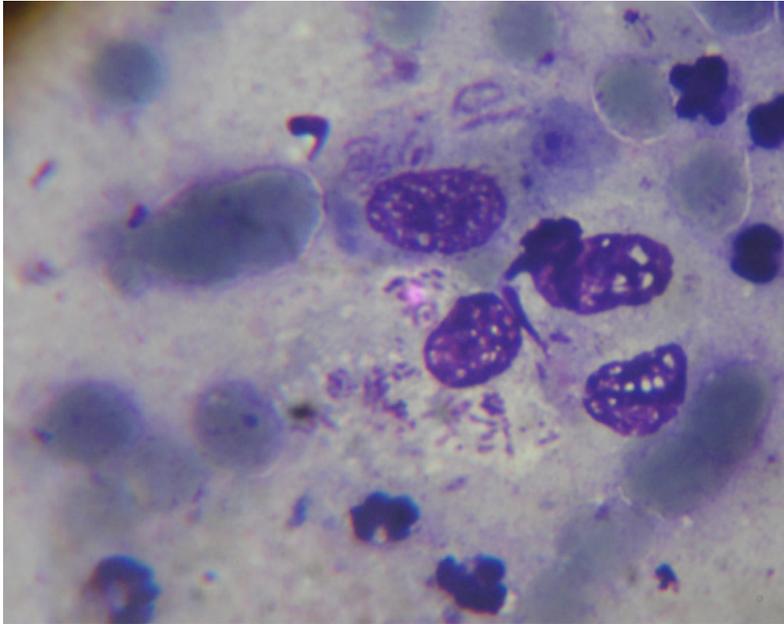


1.50 Biopsia con "Punch" en encía de paciente con granuloma venéreo.

Para el diagnóstico de las enfermedades de la boca, en los casos indicados, se realizan exámenes complementarios y pruebas diagnósticas. La citología exfoliativa, la tinción con azul de toluidina y la biopsia, son las más comunes, especialmente para la detección temprana del cáncer en la boca. La biopsia puede realizarse con bisturí o con sacabocados o "punch". La biopsia con cepillo de cerdas duras, se utiliza con más seguridad que la citología exfoliativa, porque incluye células de la capa basal. El KOH y el cultivo, confirman las infecciones por hongos del tipo *Cándida albicans* y *Cándida dubliniensis*, que son frecuentes en la boca. Las pruebas de vitalidad, el sondaje periodontal y las radiografías de distintos tipos, permiten conocer el estado de salud de los dientes y sus tejidos de soporte, para confirmar o descartar el origen dentario de procesos infecciosos o tumorales, dentro o fuera de la boca. El sondeo de las fistulas señalan el trayecto y origen de las mismas. La punción-aspiración para estudiar el contenido de las lesiones.



1.51 Portaobjeto con frotis por aposición del tejido removido.



1.52 Cuerpos de Donovan en el citoplasma de los monocitos, que confirman el diagnóstico.



1.54 Citología exfoliativa de leucoplasia retrocomisural y carrillo.



1.53 Tinción de leucoplasia con azul de toluidina.



1.55 Punción-aspiración de malformación vascular arterial de alto flujo en el paladar.

2

Lesiones elementales

Toda enfermedad que se manifiesta en la mucosa bucal, produce alteraciones morfológicas tisulares con signos clínicos tan característicos, que han sido clasificadas como lesiones elementales: primitivas y secundarias. “Las lesiones elementales son como las letras de un alfabeto. Sin su conocimiento no puede aprenderse el idioma de la estomatología”. (Grinspan, David). Las lesiones primitivas pueden mantenerse por mucho tiempo o cambiar su apariencia inicial, debido al traumatismo de la masticación, cepillado, maceración, movimientos de los tejidos y al tiempo. Las lesiones que se derivan de las primitivas se conocen como secundarias. Esta denominación tiene significado en orden de aparición y no de importancia, ya que en muchos casos éstas son tan útiles como las primitivas para ayudar a precisar el diagnóstico.

- Lesiones primitivas
- Lesiones secundarias



Lesiones primitivas

- Mancha
- Vesícula
- Ampolla
- Pústula
- Pápula
- Tubérculo
- Nódulo
- Escama
- Queratosis
- Vegetación
- Verrugosidad
- Hipertrofia
- Elefantiasis
- Inflamación
- Esclerosis
- Atrofia
- Infiltrado
- Tumor



2.1 Mancha blanca por leucoplasia en la cara ventral de la lengua de paciente fumadora.

Las lesiones elementales primitivas, son aquellas alteraciones morfológicas que se producen en la piel o en la mucosa, como resultado de una enfermedad o condición.

Las lesiones elementales primitivas pueden mantenerse por mucho tiempo o cambiar su apariencia inicial, debido al traumatismo de la masticación, cepillado, maceración, movimientos de los tejidos y al tiempo.

Mancha

La mancha es el cambio de color en la mucosa bucal o la piel, que no hace relieve. Son lesiones muy frecuentes. Se constituyen por modificaciones del pigmento melánico o hemático, pigmentos del propio organismo o pigmentos externos. Los cambios estructurales superficiales o profundos de los tejidos blandos traen modificaciones en la coloración. En la mucosa bucal pueden presentarse manchas de variados colores y son el reflejo de diferentes enfermedades, trastornos o pigmentos exógenos. Las manchas más comunes son las rojas, blancas, hipocrómicas, pardas, azules, negras y amarillas.

Lesiones secundarias

- **Ulceración**
- **Úlcera**
- **Erosión**
- **Fisura**
- **Perforación**
- **Cavidad**
- **Mácula**
- **Escama**
- **Costra**
- **Cicatriz**
- **Escara**
- **Esfacelo**
- **Absceso**
- **Fístula**
- **Indentación**



2.57 Ulceración con fondo amarillento sobre fondo eritematoso en surco vestibular, ocasionada por afta menor.

Las lesiones elementales secundarias se derivan de las lesiones elementales primitivas.

Esta denominación tiene significado en orden de aparición y no de importancia, ya que en muchos casos, éstas son tan útiles como las primitivas para ayudar a establecer el diagnóstico.

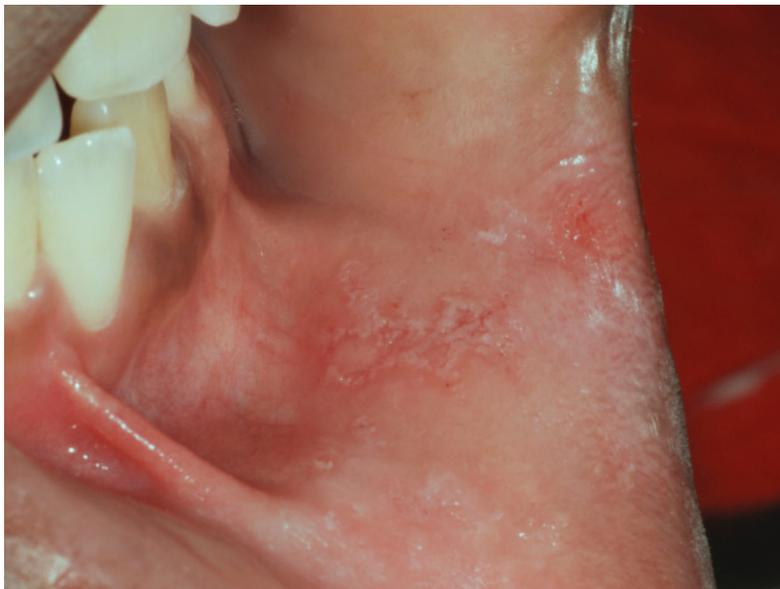
Ulceración, úlcera y erosión

La ulceración como lesión elemental primaria es la pérdida superficial del epitelio, aguda o subaguda con tendencia a la cicatrización, como es la causada por traumatismo dentario o protésico.

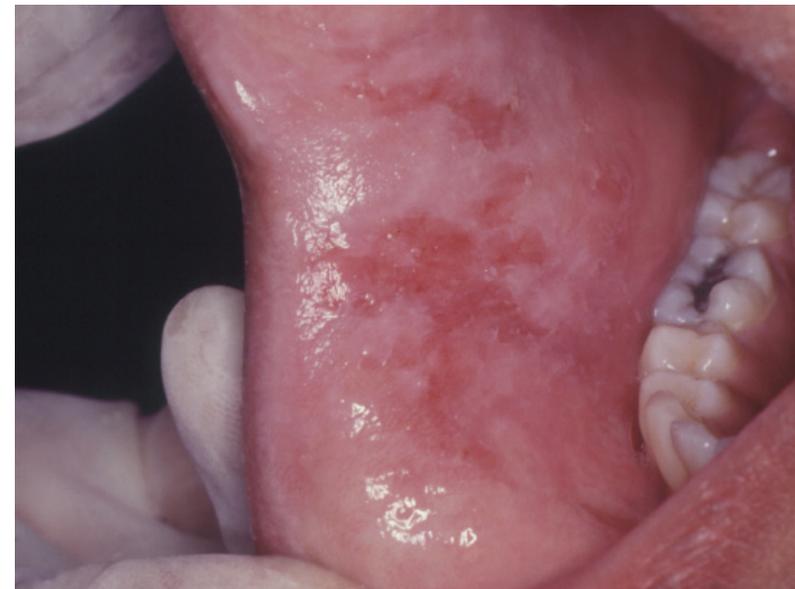
Como lesión secundaria es la que se produce como resultado de la necrosis de un afta. La úlcera es más profunda y no tiende a cicatrizar y cuando lo hace deja cicatriz. La erosión o abrasión, es la pérdida de substancia superficial que no deja cicatriz, aunque como secuela puede dejar un cambio en la coloración del epitelio, que se llama mácula. Así como la úlcera puede ser secundaria a lesiones elementales, la erosión tiene sus lesiones que la anteceden.



2.58 Úlceras en borde lateral de lengua, paladar blando y labio inferior, producidas por molar fracturado, quemadura por cigarrillo electrónico y anemia aplásica.



2.59 Erosión en labio inferior como resultado de mordiscamiento intencional.



2.60 Erosión del carrillo por mordiscamiento en paciente con estrés.



2.61 Fisura sangrante en paciente con queilitis fisurada.



2.63 Cavidad en paciente desdentado como resultado de la secuestrectomía.



2.62 Perforación por goma sifilítica con comunicación buconasal.

Fisura, perforación y cavidad

La fisura o grieta es la pérdida de sustancia lineal, generalmente localizada en los pliegues naturales de los labios, en las comisuras labiales o en lugares donde existe engrosamiento córneo y pérdida de la elasticidad.

La perforación es la pérdida de sustancia que abarca todas las capas de un sector anatómico, estableciéndose como consecuencia de comunicaciones entre dos cavidades vecinas. Como accidente de extracciones dentales puede producirse la perforación del piso del seno maxilar, que si no es tratada deja una comunicación bucosinusal. Como secuela del goma sifilítica se producen perforaciones del paladar, que comunican la boca con las fosas nasales o el seno maxilar.

La cavidad es la pérdida grande de sustancia que alcanza los huesos maxilares, pero no llega a producir comunicaciones con otra cavidad.



2.64 Máculas en la piel y borde mucocutáneo secundarias a herpes labial recurrente.

Mácula

Es un área cutánea coloreada, visible y plana que por lo general tiene menos de 10 milímetros de diámetro y no incluye un cambio en la textura o grosor de la piel. La mácula no es más que una mancha secundaria. Las lesiones de contenido líquido, las pápulas y las inflamaciones superficiales, en ocasiones dejan secundariamente una mácula pigmentada melánica o eritematosa.



2.65 Mácula hipocrómica en mucosa del labio inferior por vitiligo.



2.66 Máculas pigmentadas en piel y comisura de niña con incontinencia pigmentaria.

Escama, costra y cicatriz

La escama como lesión secundaria se ve en la etapa final de procesos inflamatorios, acompañando o no, a otras lesiones primitivas.

La costra es la desecación de la secreción patológica o del líquido humoral. Las costras se clasifican en hemáticas, serosas, purulentas, necrobióticas y melicéricas.

Las hemáticas son características del eritema multiforme y las melicéricas de las infecciones estreptocócicas.

La cicatriz sigue a una herida o a la pérdida de sustancia. La cicatriz puede ser de tipo esclerótico o atrófico, según exista o no fibrosis.

Es fácil hacer el diagnóstico retrospectivo de las aftas mayores por las cicatrices que dejan en la mucosa bucal.



2.68 Escamas secundarias a proceso inflamatorio y deshidratación por infección herpética.



2.67 Costras melicéricas en paciente con queilitis actínica.



2.69 Costras melicéricas y sangramiento en labio de paciente con queilitis actínica aguda.



2.70 Costras melicéricas y hemáticas en paciente con liquen erosivo.



2.71 Costras hemáticas en los labios de adolescente con eritema multiforme.



2.72 Cicatriz de afta mayor en comisura y carrillo.



2.73 Cicatriz de afta mayor en paciente con aftosis bipolar.



2.74 Cicatriz post-quirúrgica en encía vestibular.



2.75 Escara en piso de boca sobre fondo eritematoso, ocasionada por ácido fosfórico derramado accidentalmente durante un tratamiento dental.

Escara

La escara se define como el tejido muerto que se desprende de la piel o de la mucosa sana, causado por una quemadura o cauterización. La escara en sí, es tejido cutáneo desvitalizado cuyo componente principal es la piel o mucosa y a veces el tejido subyacente, que se torna duro, seco o húmedo, blanco-perlado, grisáceo o negruzco.

Se producen escaras como resultado de quemaduras en la superficie de la mucosa oral, por la utilización de sustancias cáusticas para realizar procedimientos odontológicos, medicamentos de uso comercial o caseiros aplicados por el paciente, la ingestión de sustancias por accidentes o intentos de suicidio y por agentes químicos ocupacionales.

El grado de la necrosis depende del tipo de sustancia, la concentración y la duración de su efecto.

Las radiaciones para el tratamiento del cáncer en cabeza y cuello, pueden producir quemaduras en la mucosa oral con formación de escaras.



2.76 Escara en el carrillo de un niño después de un procedimiento odontológico.



2.77 Esfacelo y pérdida parcial del labio inferior de niña que se mordía al convulsionar, afectada con el síndrome de Dandi-Walker.



2.78 Esfacelo por absceso dentario en paciente diabético.

Esfacelo

Es la escara ya desprendida de sus bordes y en proceso de eliminación. Se presenta como depósito amarillento, grisáceo o pardusco. Se observa en algunas lesiones de la mucosa, sobre todo, cuando se ha realizado una extracción dentaria muy traumática y/o colgajos mal nutridos que se desprenden del tejido sano.

También en pacientes traumatizados con heridas en los labios y la lengua que no son suturados a tiempo, el tejido se gangrena, se desprende fácilmente, dejando un defecto cicatrizal.

El esfacelo debe ser removido para facilitar y promover la cicatrización de la herida y en ocasiones controlar el exudado resultante.

La terapia antibiótica debe ser considerada, especialmente en pacientes diabéticos o inmunocomprometidos por otras enfermedades.

Este libro es una muestra. El número de páginas mostradas es limitado.

3 Lesiones blancas

Las enfermedades de la mucosa oral que se manifiestan como lesiones blancas son: leucoedema, mucosa mordiscada, quemadura medicamentosa, candidiasis, liquen plano, leucoplasia, queratosis friccional, leucoplasia vellosa, enfermedad de Darier, nevo blanco esponja, la disqueratosis de Witkop-Von Sallman y el lupus eritematoso mucoso discoide. Por el aspecto blanquecino que producen en la mucosa oral la esclerodermia sistémica y la morfea, se incluyen en este capítulo.

- Leucoedema
- Mucosa mordiscada
- Quemadura medicamentosa
- Candidiasis
- Liquen plano
- Leucoplasia
- Queratosis friccional
- Leucoplasia vellosa
- Enfermedad de Darier
- Nevo blanco esponja
- Disqueratosis de Witkop
- Lupus eritematoso
- Esclerodermia sistémica
- Esclerodermia localizada o morfea





3.6 Lesiones blanquecinas y erosivas por mordiscamiento del borde lateral de lengua en paciente con síntomas de estrés.

Mucosa mordiscada

La mucosa mordiscada o morsicatio buccarum, es la alteración traumática de la mucosa bucal, caracterizada por placas blanquecinas de bordes irregulares con pequeñas erosiones y desprendimientos de la parte más superficial del epitelio, localizada en la mucosa de los carrillos, labios y bordes laterales de la lengua.

Es una lesión de origen traumático. El paciente utiliza las cúspides y bordes incisales de los dientes para “pellizcarse” o morderse suavemente la mucosa de los carrillos, lengua y labios, desprendiendo la parte superficial del epitelio sin que duela ni sangre, haciéndose un “experto inconsciente” en la producción de estas lesiones.

La mucosa de los carrillos es frecuentemente el lugar afectado, siguiendo la mucosa interna del labio inferior y la de los bordes laterales de la lengua. Aunque esta entidad se ve en niños, es más común entre la segunda y la cuarta década de la vida, junto a un fuerte componente de ansiedad.

La mucosa afectada se nota pálida, blanquecina y áspera con descamación y pérdida de sustancia por desgarramiento superficial del epitelio, lo que contribuye al diagnóstico diferencial de otras lesiones blanquecinas. En ocasiones se observan petequias, como resultado de mordiscamiento severo o una coloración más blanquecina de lo habitual, cuando es colonizada por *Cándida albicans*.

El diagnóstico se hace por el aspecto clínico que tiene la lesión y su localización, ya que sólo está afectada la mucosa que es alcanzada por las cúspides y bordes incisales dentarios.

La atención cuidadosa al hablar con el paciente, y más aún, si se genera estrés en el interrogatorio, puede comprobarse que el paciente realiza “muecas” con sus labios o carrillos, que lo pone en evidencia. Es común en pacientes con estado de ansiedad y no tiene predilección por sexo ni grupo étnico.

El diagnóstico diferencial se hace con las siguientes lesiones

Este libro es una muestra. El número de páginas mostradas es limitado.

4 Lesiones rojas

Las enfermedades de la mucosa oral que se manifiestan como lesiones rojas, son el resultado de una mayor vascularización por la inflamación de los tejidos o por el adelgazamiento del epitelio que deja translucir el tejido conjuntivo. Son: candidiasis eritematosa aguda, candidiasis eritematosa crónica, queilitis angular, gingivitis VIH, eritroplasia, liquen erosivo y atrófico, gingivitis a células plasmáticas, glositis atrófica, hemorragia submucosa, lengua geográfica, estomatitis alérgica y dermatomiositis.

- Candidiasis eritematosa
- Eritroplasia
- Liquen erosivo y atrófico
- Gingivitis a células plasmáticas
- Glositis atrófica
- Hemorragia submucosa
- Lengua geográfica
- Estomatitis alérgica
- Dermatomiositis



Candidiasis eritematosa

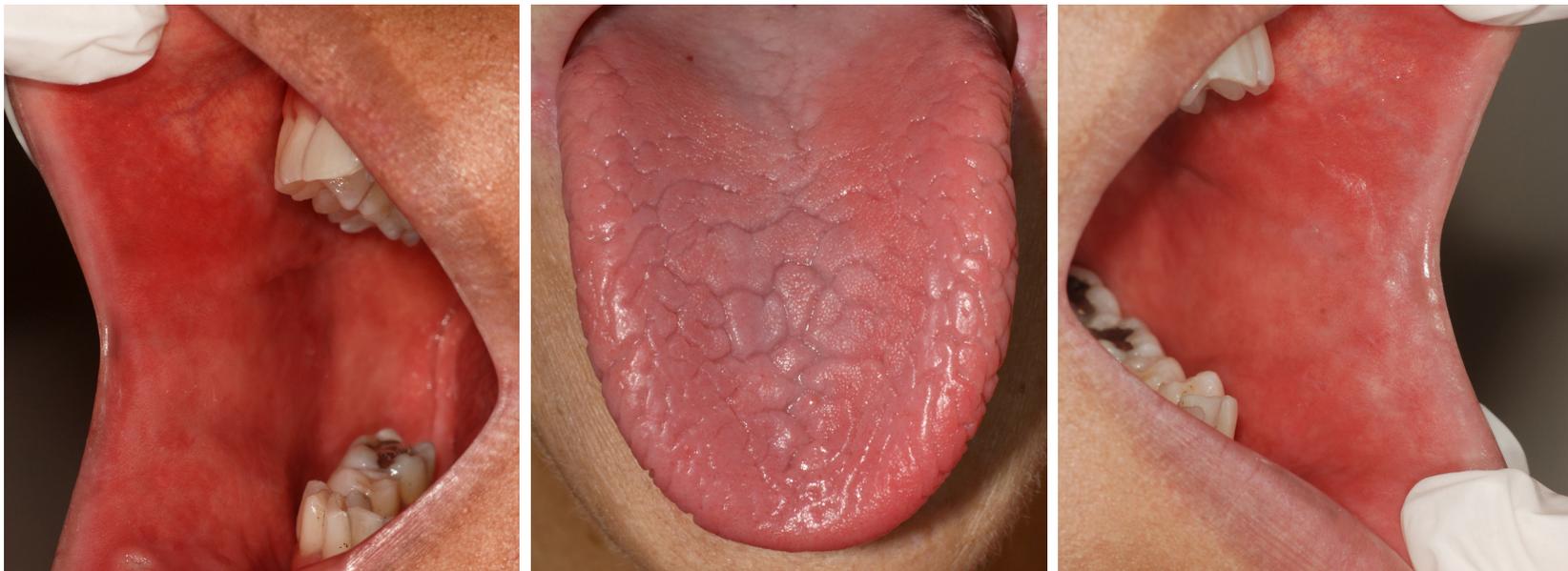
La candidiasis eritematosa es la forma aguda de candidiasis, que antes de la epidemia del VIH, era causada como resultado de terapia antibiótica. Se localiza preferentemente en la cara dorsal de la lengua, produciendo pérdida de las papilas filiformes y fungiformes en esa zona, mostrando la superficie lisa con marcado enrojecimiento y sensación de dolor intenso, de ahí el nombre de “lengua dolorosa antibiótica”.

En pacientes VIH la candidiasis eritematosa es una de las manifestaciones iniciales de la infección. El paladar y el dorso de la lengua son las primeras mucosas afectadas.

La *Cándida albicans* es la principal causa de la enfermedad. Favorecen la infección la administración prolongada de antibióticos y esteroides, la inmunosupresión, diabetes, radioterapia, mala nutrición, xerostomía y uso permanente de dentaduras o ciertos aparatos de ortodoncia.



4.1 Candidiasis eritematosa aguda por prolongada terapia antibiótica.



4.2 Candidiasis eritematosa aguda en carrillos y dorso de la lengua de paciente diabético descompensado.



4.26 Liquen erosivo en encía y liquen en placa con áreas erosivas y sangrantes en la semimucosa del labio inferior. La sepsis bucal por falta de cepillado acentúa la inflamación de las áreas erosivas.



4.27 Inflamación gingival localizada en la región de los incisivos de niña de 11 años, ocasionada por infiltración de células plasmáticas.

Gingivitis de células plasmáticas

La gingivitis de células plasmáticas es una rara condición caracterizada por la masiva y difusa infiltración de células plasmáticas debajo del epitelio de la encía.

Clínicamente se observa inflamación, edema difuso y rojizo de la encía, que se extiende hasta el límite mucogingival pudiendo afectar el hueso alveolar.

La superficie es lisa y brillante, sangrante al cepillado y ocasiona molestias al comer alimentos salados o picantes.

La etiología de la gingivitis a células plasmáticas es desconocida, pero debido a la presencia de células plasmáticas, muchos autores la relacionan a la reacción inmunológica frente a un alérgeno. Los compuestos saborizantes a base de canela en enjuagues, pastas dentales, goma de mascar y otras especies como chile, pimienta, cardamomo y acacia, han sido asociados con esta gingivitis.

Kerr y col. reportaron en 1971, un caso de gingivitis a células plasmáticas por reacción alérgica a los agentes saborizantes a base de canela, en gomas de mascar.

El diagnóstico diferencial se realiza con el lupus eritematoso crónico, liquen plano erosivo, penfigoide de membranas mucosas, leucemias y mieloma. Es obligatorio el estudio hematológico y la biopsia.

La histopatología muestra epitelio estratificado escamoso con hiperplasia psoriasiforme y espongirosis de la parte superficial, con intensa exocitosis y microabscesos neutrofilicos. El tejido conectivo subyacente contiene en mayor o menor grado un infiltrado crónico de células plasmáticas con núcleos excéntricos, con apariencia de ruedas de carretas.

El tratamiento consiste en identificar y suprimir el agente causante, profilaxis dental, control de placa bacteriana y cepillado dental.

Coadyuva con el tratamiento la indicación de enjuagues con clorexidina al 0.2%, dos veces al día.



4.40 Glositis atrófica por candidiasis en anciano desnutrido.



4.41 Lengua lisa y roja de paciente con síndrome de Plummer-Vinson.



4.42 Lengua roja, atrófica y carente de papilas en paciente con síndrome de Plummer-Vinson.



4.68 Edema eritematoso en párpados y región malar de paciente con dermatomiositis.

Dermatomiositis

La dermatomiositis, dermatomucomiositis o dermatoneuromiositis es una enfermedad que pertenece a las miopatías inflamatorias idiopáticas, grupo heterogéneo de enfermedades autoinmunes que afectan la piel y/o los músculos esqueléticos. Está asociada con la polimiositis, neumonitis intersticial y afecciones del miocardio. Su incidencia es menos de 6 casos por millón.

Inicia con pródromos poco característicos como vértigos, cefaleas, anorexia, vómitos y fiebres que pueden durar días, semanas o más tiempo, precediendo las manifestaciones dermatológicas y musculares. Las alteraciones cutáneomucosas precoces, que permiten en la mayoría de los casos reconocer la enfermedad son: el estado eritematoedematoso que asienta en los sitios expuestos de la cara, cuello y miembros superiores, mostrándose en la cara la forma más característica. Aparecen en las manos las pápulas de Gottron, la distrofia cuticular y



4.69 Placa rojo heliotrópica debajo del pabellón auricular de la paciente 4.68.



4.75 Lesiones en la mucosa oral caracterizada por placa eritematosa en paladar duro con algunas ulceraciones. Bordes laterales de la lengua carentes de papilas y pigmentaciones melánicas. Piel veteada y escamosa en la región esternal y pápulas aplanadas sobre los nudillos de la mano izquierda de la paciente 4.73.



4.77 Mucosa oral de la paciente 4.76. Edema de la encía palatina, telangiectasias en ambos lados del paladar blando, próximo a la tuberosidad, piso de boca y labios cercanas a las comisuras. Placas rojo violáceas en carrillos edematizados. Histopatología: fibras musculares estriadas esqueléticas, con presencia de discretos agregados linfocitarios. HE-20x. Depósitos intersticiales de mucina. HC-20x.

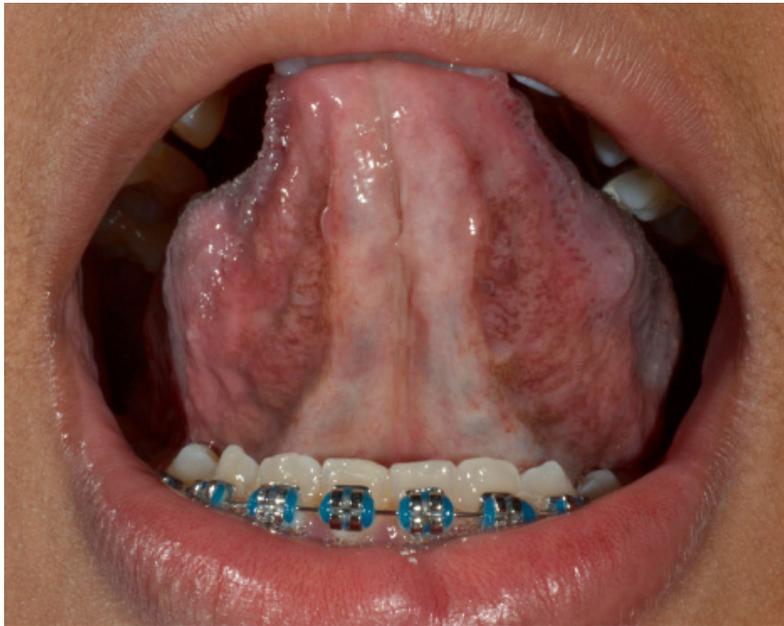
Este libro es una muestra. El número de páginas mostradas es limitado.

5 Lesiones pigmentadas

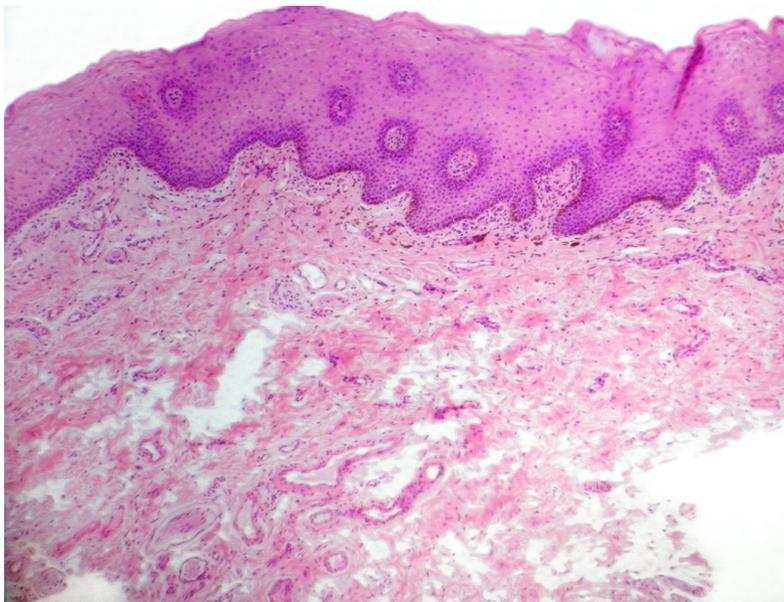
Las lesiones pigmentadas se caracterizan por el cambio de color en la mucosa oral. Esto se debe a pigmentos externos o exógenos o a pigmentaciones endógenas. Las lesiones pueden ser de diferentes colores siendo las pardas o negras las más comunes. Las pigmentaciones raciales, máculas melanóticas, melanosis del fumador, nevos melanocíticos, melanoma, eritema fijo pigmentado son producidas por pigmentos internos así como los síndromes del VIH-SIDA, Peutz-Jeghers, Sturge-Weber, enfermedad de Von Recklinghausen, enfermedad de Addison y el xeroderma pigmentoso, que producen pigmentaciones en la mucosa. Los tatuajes son producidos por pigmentos externos.

- Pigmentación racial
- Melanosis del fumador
- Nevos melanocíticos
- Efélides
- Eritema fijo pigmentado
- Tatuajes
- Síndromes y enfermedades que pigmentan la mucosa





5.8 Pigmentaciones melánicas en cara ventral de lengua.



5.9 Pigmentación melánica. Pigmentación de la membrana basal y del estrato espinoso inferior. Infiltrado de melanófagos y linfocitos en corion. HE-10x.



5.10 Máculas melanóticas en semimucosa y mucosa de los labios.



5.24 Pigmentación de la semimucosa labial, de rápida aparición relacionada a la ingestión de antipirético en niño de 7 años.



5.25 Eritema fijo pigmentado por ingestión de antiinflamatorio no esteroide.

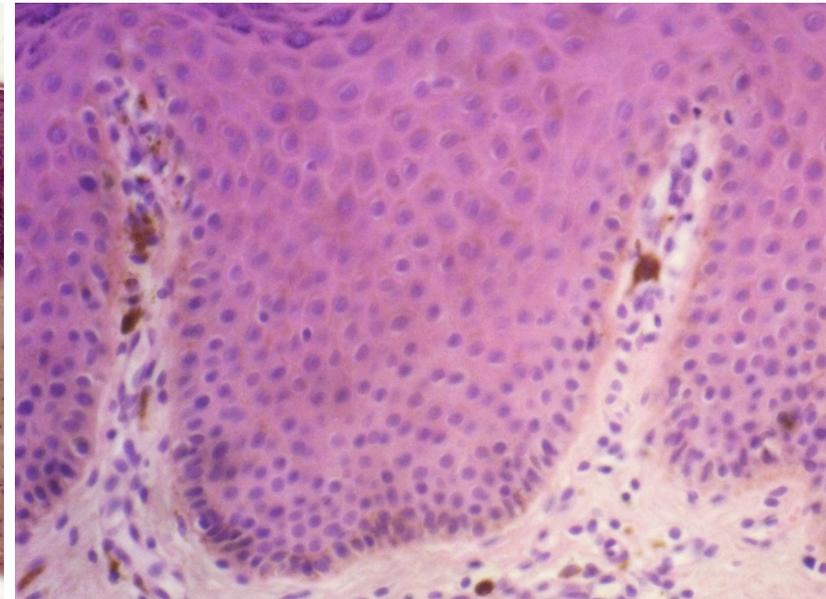
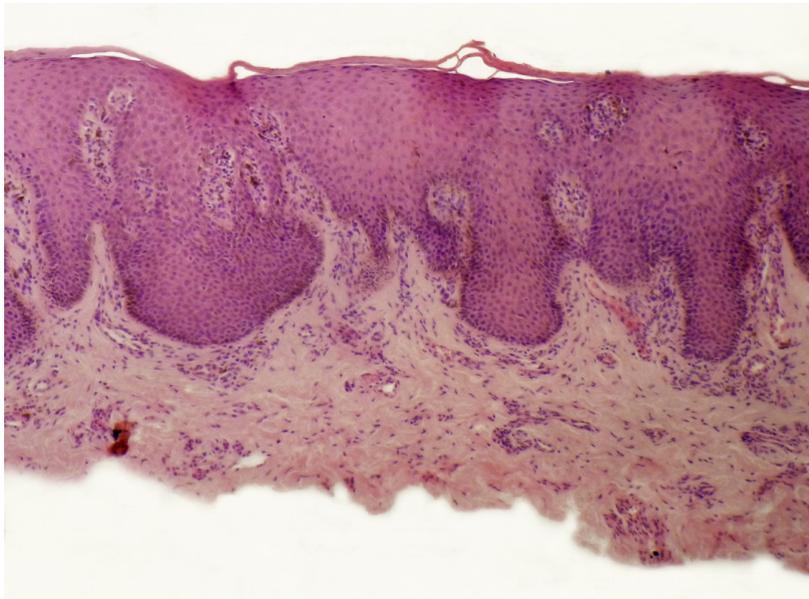
Eritema fijo pigmentado

El eritema fijo pigmentado es una variante especial de toxicodermia, la cual supone el 10% del total de reacciones adversas a medicamentos, caracterizada por la aparición de lesiones cutáneas y/o mucosas que presentan recurrencias siempre en la misma localización tras la administración del agente causal.

Tiene origen medicamentoso establecido entre el 85 y el 100% de los casos. Los fármacos principalmente involucrados son agentes de uso común como trimetoprima sulfametoxazol o cotrimoxazol, antiinflamatorios no esteroideos, tetraciclinas, metronidazol y carbamazepina, paracetamol, amoxicilina, ampicilina, eritromicina, griseofulvina, clindamicina, alopurinol, seudofedrina, cetirizina, hidroxicina, dapsona y los anticonceptivos orales. Otras causas no medicamentosas son la ingestión de leguminosas, frutas, sustancias aditivas, colorantes de cápsulas, metales pesados y exposición a la luz ultravioleta.



5.29 Mácula en semimucosa de labio inferior de adolescente, de aparición espontánea y causa desconocida, que desapareció tres meses después sin ningún tipo de tratamiento.



5.30 Eritema fijo pigmentado. Epitelio con discreta acantosis, elongación irregular de las redes de cresta y pigmentación basal. En corion infiltrado de linfocitos con melanófagos. HE-20x y HE-40x.

En el síndrome de Peutz-Jeghers se producen pigmentaciones pardas o negras en los labios, palmas de las manos y plantas de los pies que unidos a la poliposis intestinal, completan el cuadro clínico. En el xeroderma pigmentoso las lesiones pigmentadas son pardas generalizadas en toda la piel incluyendo el borde mucocutáneo y la semimucosa o bermellón de los labios. En el síndrome de Sturges-Weber la pigmentación es rojo púrpura, consecuencia de la malformación vascular capilar de la piel y las mucosas de la boca. Afecta generalmente un lado de la cara siguiendo el trayecto del nervio trigémino, incluyendo la mucosa oral. En la enfermedad de Von Recklinghausen las manchas “café con leche”, características de este síndrome se observan en la piel de los labios y dentro de la boca, así como también neurofibromas. Las manchas marrones en la mucosa oral son a menudo la primera manifestación de la enfermedad de Addison.



5.43 Manchas violáceas en paladar duro y blando por sarcoma de Kaposi.



5.44 Manchas violáceas por sarcoma de Kaposi en el paladar duro y encía vestibular. En las dos primeras figuras, sangramiento espontáneo por púrpura trombocitopénica causada por el VIH/SIDA.

Este libro es una muestra. El número de páginas mostradas es limitado.

6

Lesiones vesiculares, erosivas y ulceradas

Las lesiones vesiculares de la mucosa de la boca son en su mayoría producidas por infecciones virales. El virus del herpes simple produce la gíngivoestomatitis herpética primaria y el herpes recurrente, el virus de la varicela, la varicela y el herpes zoster, el virus Coxsackie la enfermedad de manos pies y boca y la herpangina. Las lesiones ulceradas son producidas por la estomatitis aftosa recurrente en sus tres variedades: aftas menores, aftas herpetiformes y aftas mayores. Otras lesiones ulceradas son de origen traumático, generalmente ocasionadas por los dientes o el resultado de infecciones bacterianas, por hongos, enfermedades sistémicas, cáncer o por el tratamiento de éste.

- Gíngivoestomatitis herpética primaria
- Herpes recurrente
- Herpangina
- Varicela
- Herpes zoster
- Enfermedad de manos, pies y boca
- Estomatitis aftosa recurrente
- Gingivitis, periodontitis y estomatitis necrotizante
- Enfermedad de Riga-Fede
- Úlcera eosinofílica
- Queilitis actínica
- Ulceración y úlcera traumática crónica
- Carcinoma de células escamosas
- Sífilis primaria
- Sífilis secundaria
- Donovanosis
- Tuberculosis oral y faríngea



Estomatitis aftosa recurrente

La estomatitis aftosa recurrente (EAR) no tiene una etiología específica pero puede estar asociada a desórdenes sistémicos, deficiencias nutricionales y de inmunoglobulina A, enfermedades gastrointestinales, inmunodepresiones incluyendo el síndrome de inmunodeficiencia humana VIH-SIDA, enfermedad de Reiter, síndromes como el de Sweet, MAGIC (úlceras en boca, genitales con inflamación del cartílago) y PFAPA (fiebre, adenopatía, faringitis, y aftas) o formar parte de la aftosis de Touraine, la aftosis bipolar de Neumann, *Ulcus Vulvae Acutum*, enfermedad de Behcet y enfermedad de Crohn.

Aftas menores

Las aftas menores o de Mikulicz, ocurren en el 80% de los casos de estomatitis aftosa recurrente y se localizan en la mucosa de labios, carrillos, piso de la boca, cara ventral y borde lateral de la lengua, paladar blando y pilares amigdalinos, con excepción de la encía y el paladar duro.

Las lesiones generalmente están precedidas por los síntomas de ardor, picazón o escozor, con la aparición de una mácula eritematosa.

Se presentan como erosiones o ulceraciones superficiales, redondeadas u ovals de 3 a 10 mm de diámetro, con el fondo amarillento de tejido necrótico rodeadas por un halo rojizo inflamatorio.

Su número es variable, son muy dolorosas y curan espontáneamente en 8 o 10 días sin dejar cicatriz, para luego reaparecer un tiempo después. Su etiología es desconocida, se la relaciona con el estrés, la menstruación, trastornos digestivos, alergias alimentarias o microbianas, mecanismo autoinmune y otros.

El factor de necrosis tumoral (FNT) representa una de las causas principales en la formación de las aftas.



6.38 Aftas menores características, en diferentes localizaciones de la mucosa oral.



6.54 Lesiones erosivas y ulceradas en la encía de paladar a nivel de incisivos y primer molar de la paciente 6.53. Aftas simultáneas en genitales externos y vagina próximas al cuello del útero.

7

Lesiones ampollares

Las lesiones ampollares que se manifiestan en la piel y/o en las mucosas, pertenecen al grupo heterogéneo de enfermedades, con distintas formas de presentación. Son enfermedades que cursan clínicamente diferentes y deben ser diagnosticadas y tratadas en forma temprana para evitar consecuencias fatales. Dos son los mecanismos histológicos en la formación de la ampolla y su conocimiento es fundamental para el diagnóstico.

Las ampollas intraepiteliales corresponden al pénfigo y las subepiteliales al penfigoide benigno de mucosas y a la epidermólisis ampollar hereditaria. Las hay también por causas mecánicas, físicas, químicas y metabólicas, entre ellas el eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson y la necrólisis epidérmica tóxica.

- Pénfigo vulgar
- Pénfigo vegetante
- Penfigoide de membranas mucosas
- Liquen plano penfigoide
- Eritema multiforme
- Síndrome de Stevens-Johnson
- Necrólisis epidérmica tóxica
- Epidermólisis ampollar hereditaria
- Dermatitis IgA lineal





7.1 Ampollas en labios, fondo de surco y encías de mujer con pénfigo vulgar.

Pénfigo vulgar

El pénfigo es una enfermedad grave que afecta la piel y las mucosas. Se caracteriza por la formación de ampollas acantolíticas intraepiteliales, producto del defecto inmunológico que causa la producción de anticuerpos que destruyen los desmosomas, que son los que mantienen unidas las células del epitelio. Esta enfermedad es de evolución mortal si no es diagnosticada y tratada en su inicio.

La incidencia del pénfigo vulgar varía de 0.42 a 1.62 casos por cada 100,000 personas, afectando más a los descendientes judíos y personas del mediterráneo. La edad promedio ha sido reportada entre los 50 y 60 años, afectando por igual a ambos sexos.

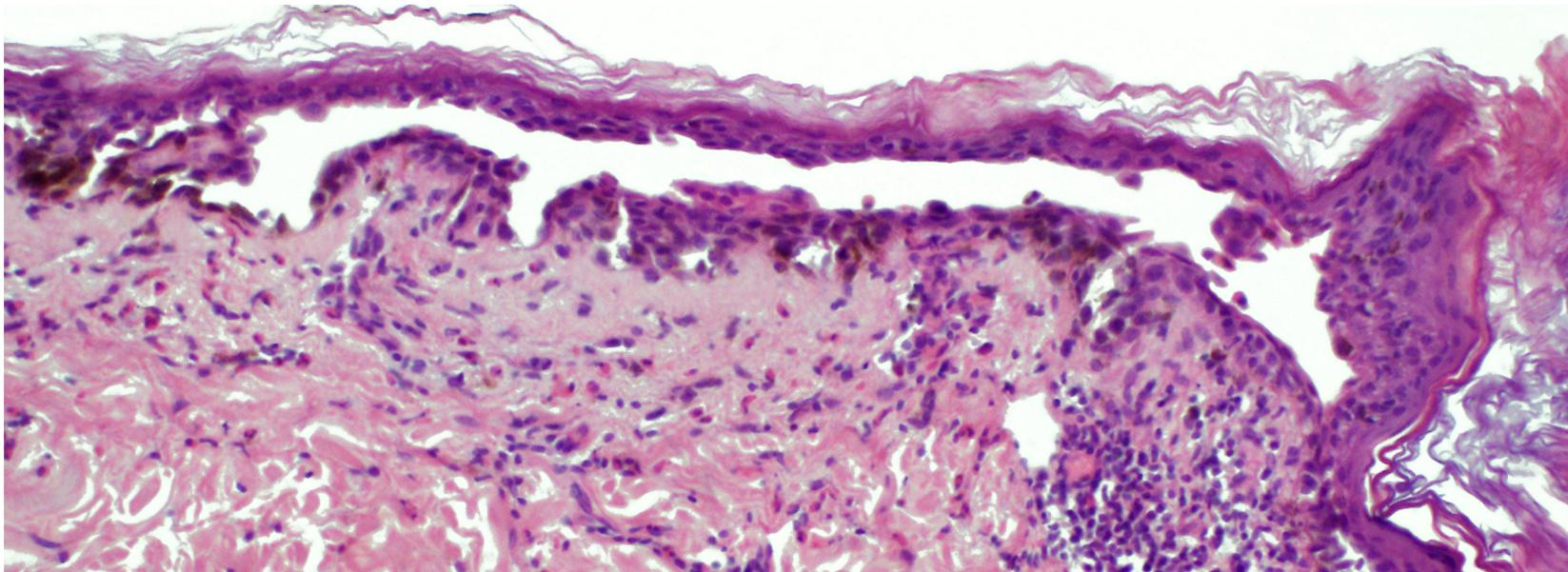
En la mucosa oral es donde generalmente se producen las primeras ampollas, de ahí la importancia del examen de la boca por parte del médico y del odontólogo. Pueden ser afectadas por el pénfigo la mucosa nasal, conjuntiva de los ojos, laringe, faringe, esófago, anal y genital.



7.2 Ampollas en piso de boca, cara ventral y borde lateral de lengua y carrillo de la paciente 7.1. Los aparatos de ortodoncia contribuyen a agravar el cuadro.



7.16 Ulceraciones y techos de ampollas en encía que al desprenderse dejan descubierta el área erosiva. Ulceración secundaria a ampolla de pénfigo en genitales.



7.17 Pénfigo vulgar. Ampolla suprabasal acantolítica con infiltrado de eosinófilos. Las células desprendidas de la capa espinosa, dentro de la ampolla, tienden a asumir una forma redondeada. HE-10x.

10 Tumores benignos de tejidos blandos

Los tumores benignos de la mucosa bucal, se originan en cualquiera de sus componentes tisulares: epiteliales, conjuntivos, de glándulas salivares, nervios y vasos sanguíneos. Este capítulo trata sobre: épulis congénito, lipoma, tumor de células granulosas o de Abrikossoff, schwannoma, hamartomas, hemangiopericitoma, adenoma pleomorfo, progonoma melanótico de la infancia, neurofibromatosis, hemangioma infantil, malformaciones vasculares y quiste dermoide. Porque tienen apariencia de tumores: el torus palatino y mandibular, la exóstosis ósea, la hiperplasia de la tuberosidad y de las apófisis geni, se tratan en este capítulo.

- Épulis congénito
- Perlas de Epstein
- Hamartoma de músculo liso
- Hamartoma condroide
- Epignatus
- Progonoma melanótico
- Lipoma
- Tumor de células granulosas
- Schwannoma
- Hemangiopericitoma
- Adenoma pleomorfo
- Leiomioma
- Neurofibromatosis
- Hemangioma infantil
- Malformaciones vasculares
- Linfangioma
- Quiste dermoide
- Osteoma lingual
- Exóstosis vestibulares y palatinas
- Torus palatino
- Torus mandibular
- Hiperplasia de la tuberosidad
- Hiperplasia de las apófisis geni



11

Tumores malignos de tejidos blandos

Los tumores malignos más frecuentes de la mucosa oral son: el carcinoma de células escamosas o epidermoide, verrugoso de Ackerman, carcinoma adenoide quístico o cilindroma, mucoepidermoide, el adenocarcinoma de células acínicas, melanoma y el sarcoma de Kaposi en pacientes con VIH /SIDA. El carcinoma basocelular es excepcional en la mucosa oral.

- Carcinoma de células escamosas
- Carcinoma verrugoso
- Carcinoma adenoide quístico
- Carcinoma mucoepidermoide
- Adenocarcinoma
- Carcinoma basocelular
- Melanoma
- Sarcoma de Kaposi



Este libro es una muestra. El número de páginas mostradas es limitado.

Tablas de Diagnóstico Diferencial

TUMORES MALIGNOS DE DE TEJIDOS BLANDOS



Adenocarcinoma de células acinicas / Pág. 462

Incierta. Parece originarse en los conductos intercalares del tejido glandular.



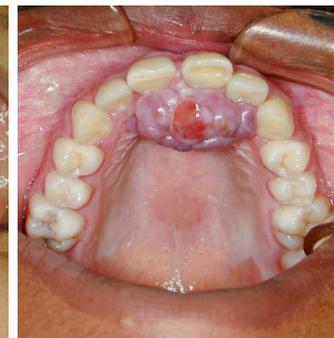
Carcinoma basocelular / Pág. 463

Relacionado a la exposición de los rayos ultravioletas, en personas blancas.



Melanoma / Pág. 465

Se origina de melanocitos. Factores genéticos incluyendo la mutación del gen CDKN2A.



Sarcoma de Kaposi / Pág. 467

Proliferación de vasos sanguíneos atípicos, relacionado a la infección del HVS-8, factores genéticos, inmunológicos y ambientales.

Etiología	Incierta. Parece originarse en los conductos intercalares del tejido glandular.	Relacionado a la exposición de los rayos ultravioletas, en personas blancas.	Se origina de melanocitos. Factores genéticos incluyendo la mutación del gen CDKN2A.	Proliferación de vasos sanguíneos atípicos, relacionado a la infección del HVS-8, factores genéticos, inmunológicos y ambientales.
Localización	La parótida es la más afectada y con menos frecuencia las glándulas salivares menores del paladar y carrillo.	Piel de la cara y excepcionalmente en la mucosa oral.	En la boca el 80% se localiza en la encía y el paladar. Menos frecuente en encía mandibular, carrillos, lengua y piso de boca.	Piel y mucosas.
Edad	Entre la quinta y sexta década.	A partir de la cuarta década.	Todas las edades con prevalencia a partir de los 50 años.	Adultos jóvenes infectados con el VIH, después del inicio de la epidemia.
Sexo	Más común en mujeres.	Ambos sexos.	Ambos sexos con predominio del masculino de 2:1.	Más frecuente en el masculino.
Aspecto clínico	Agrandamiento que levanta la mucosa dando el aspecto de adenoma, variando el tamaño entre uno y cinco centímetros de diámetro. En paladar esta adherido a los planos profundos y en la mucosa del carrillo puede deslizarse a la palpación.	El nodular se inicia como pápula, de crecimiento lento, más tarde forma una depresión umbilical que se ulcera y destruye los bordes. El pigmentado aparece como nódulo que se coloniza con melanocitos benignos. El escleroso simula una escara de bordes atróficos, pálidos, firmes y sobremente diferenciados.	El 70% se inicia como mancha negra que se extiende lenta y superficialmente, para luego elevarse como masa tumoral blanda y de negro intenso, hasta adquirir gran tamaño. Un tercio de los pacientes con melanomas pigmentados se inician sobre lesiones melanóticas en la boca. Los amelanóticos carecen de pigmentación.	En su inicio la lesión aparece con manchas marrones, violáceas o rojo púrpura, formando luego placas o nódulos que aumentan de tamaño progresivamente. El tumor se disemina a lo largo de los ganglios linfáticos hacia otros lugares del organismo.
Síntomas	Asintomático, pero puede ser doloroso.	Asintomático en el inicio, posteriormente las lesiones pueden ser dolorosas.	Asintomático. El sangrado ha sido referido como signo para el diagnóstico.	Asintomático en sus primeros estadios, posteriormente dolor, sangramiento y necrosis superficial.
Evolución	Crecimiento lento, a veces produce adenopatías metastásicas y a distancia.	Crece y se extiende lenta y progresivamente afectando otras áreas. Son raras las adenopatías.	Crece y se extiende en forma uniforme, lenta y progresivamente. La diseminación e invasión a otros tejidos es la norma. Mal pronóstico.	Inicio de crecimiento lento que se acelera en la etapa tumoral.
Histopatología	Compuesto de células acinicas, en su mayoría serosas, células ductales, células vacuoladas y glandulares inespecíficas. Las células acinicas son poligonales con abundante citoplasma granular basófilo y núcleos hiper cromáticos excéntricos, predominando sobre los otros tipos celulares.	Nidos de células basaloideas dispuestos aleatoriamente en forma de empalizada hacia la periferia. Las células tienen núcleo hiper cromático, rodeado de citoplasma pequeño, no bien definido. Numerosas figuras mitóticas a veces atípicas y abundantes células en apoptosis.	Su aspecto varía dependiendo si es in situ o invasivo. Este último muestra un amplio espectro histopatológico que se confunde con tumores mesenquimales, neurales y epiteliales. Los marcadores S-100 y HMB-45 ayudan a confirmar el diagnóstico.	Capas de células espinosas y epiteloides atípicas que forman hendiduras parecidas a vasos sanguíneos con eritrocitos extravasados. Las células espinosas se tiñen con marcadores CD31, CD34 y Vimentina. Presentes figuras mitóticas dentro y fuera de los eosinófilos.

Índice

Los números de páginas seguidos de la letra “f” indican fotografías

A

Absceso 62f
gingival 62f
palatino 63f
pulpar 63
Abrikossoff tumor de 404-405, 495
histopatología 405f
Acantólisis 39
Acantosis 70, 89f
Aciclovir 197, 199
Ácido fólico 80, 144, 146
fosfórico 72
hialurónico 370
retinoico 71
Acitretina 103
Acné 102
Ackerman carcinoma de
455-457, 499
Adenocarcinoma
de células acínicas 462, 500
histopatología 462f
Adenocarcinoma
polimorfo 459
tipo cilindroma 458
Adenoma pleomorfo 409-412, 496
histopatología 410f
Adenoma de tiroides 322
Adenopatías
cervicales 222
inflamatorias 26f
metastásicas 27f, 43f, 450
Addison enfermedad 181,
191-192, 479

Adrenalitis tuberculosa 91
Aftas
herpetiformes 210-211, 481
mayores 59, 212-214, 481
menores 54f, 209, 481
histopatología 210f, 481
Aftosis
bipolar de Neumann 59,
215-219, 482
genitales 215, 217, 218, 219,
de Touraine 209
Agentes esclerosantes 467
Agrandamiento de parótida 105,
120
Agujero ciego 23f, 433
AINES 87, 174, 272
Alcohol 230, 444
Alergeno 155
Alergias alimentarias 209
Alopurinol 174, 262, 272
Amalgama de plata 38f
tatuaje 178-179, 180
Amenorrea 191
Amígdalas palatinas 19f, 20,
Amiloidosis 371-375, 492
histopatología 375f
Amoxiciclina 174
Ampicilina 174
Ampolla 40f, 257, 266
acantolítica 242, 244
hemática 40, 146, 147
intraepitelial 252f
subepidérmica 261, 267f

Analgésicos 221
Aneurisma de carótida 27f
Anemia
aplásica 55, 146
falciforme 22
ferropénica 145
megaloblástica 143
perniciosa 142
Angioedema 376, 377
orolingual 376
Angiofibromas faciales 339
Angioleiomioma 413
histopatología 414f
Ano 221
úlceras en Crohn 221f
Anodoncia 31f, 330f
Anorexia 157
Anomalías vasculares 417-430
Anticonvulsivantes 272, 352
Anticuerpos 242
Anticentrómeros
anticuerpos 119
Antitopoisomerasa I
anticuerpos 119
Anti ANA anticuerpos 34
Anti DNA anticuerpos 34
Antihistamínicos orales 176
Anti-jo-1 anticuerpos 34
Anti-La/SS-B anticuerpos 34
Antimaláricos 87, 164
Anti RNP anticuerpos 34
Anti-Ro/SS-A anticuerpos 34
Anti Smith/anticuerpos 34

Apiceptomía 178
Apófisis coronoides 441
Apoptosis 262
Arborización capilar 16f, 19
Ardor 274
Areca 96
Artralgia 266, 274
Asimetría facial 126, 128
Aspirina 71
Atrofia 52f
de papilas 123
Autoclisis dentaria 236
Azitromicina 236
Azul de toluidina 32f, 33, 230

B

Bacilo de Koch 238
Bacillus fusiformis 222
Barbitúricos 262
Bebé colodión 45f
Behçet enfermedad 209, 215
Benzocaína 72, 221
Bermellón de los labios 15,
183, 225
Betabloqueadores 87, 352
Beta-lipotropina niveles 191
Biopsia 32f, 228, 320
cutánea 176
excisional 98
Bisturí eléctrico 361
Blandin-Nuhn, glándulas 21
Blastomycosis 64
Bolsa de Rathke 398
Borde mucocutáneo 15, 110

- Borrelia vincentii 222
 Bruxismo 77
- C|**
- Calcinosis cutis 119
 Cálculo salivar 384-386
Calymmatobacterium granulomatis 235, 236, 237
Cándida albicans 34f, 100, 130
 y prótesis dentales 76, 320
 dubliniensis 32, 73
 cándida-leucoplasia 76f
 cultivo 34f
 Candidiasis 73-80, 444
 eritematosa aguda 129f,
 130-132, 474
 comisural “perleche” 77
 crónica mucocutánea 78, 79
 hiperplásica crónica 74, 75,
 76, 95
 histopatología 80f
 oral primaria 74
 oral secundaria 78, 264
 pseudomembranosa 73, 74, 470
 vaginal 74
 vegetante 80, 256
 Cara 26
 Carbamacepina 174
 Carencias alimentarias 222
 Carcinoma
 adenoide quístico 458-459, 499
 histopatología 458f
 basocelular 463-464, 500
 histopatología 464f
 Ackerman 455
 células escamosas 230, 326,
 443f, 444-454, 483, 499
 histopatología 444f, 445f, 451f
in situ 96, 135
 mucoepidermoide 460-461,
 499
 verrugoso 328, 455-457, 499
 Carrillos 16f, 17, 245
 Carúnculas salivares 24f
 Cavidad 56f
 Cefaleas 157, 202, 232, 266
 Ceguera 257
 Células de Langerhans 355
 gigantes 34f, 346
 levaduriformes 34f, 80f
 plasmáticas 140
 Celulitis de origen dentario 50, 51f
 Celso signos cardinales 50
 Cepillado dental 25
 Cervix 458
 Cetirizina 174
 Cicatriz 58, 59f
 Ciclosporina A 35
 Cigarrillo electrónico
 quemadura 55
 Cilindroma 458
 Ciprofloxacina 236
 Cirrosis hepática 146
 Citología exfoliativa 32, 33f,
 34f,
 Citomegalovirus 115
 Citoquinas 78, 87
 Clindamicina 174
 Clorexidina 72, 140
 Clormezanona 272
 Cockayne-Touraine EAH 286
 Colchicina 221
 Colitis ulcerativa 291
 Comunicación buconasal 56
 Condiloma acuminado 46,
 299-310, 488
 genitales 305, 306, 308, 310
 histopatología 305f, 309f, 310f
 relacionados a sexo oral
 303f, 305f,
 Condiloma latum 233f
 Condroma 53f, 394
 Conducto
 auditivo externo 458
 de Stenon 16, 17
 de Wharton 24, 50
 Conjuntivitis 269
 Complejo B 80, 144
 Complemento C3 34, 250, 292
 Complemento C4 34
 Coristoma 393, 394
 Corteza suprarrenal 191
 Corticoides tópicos 176
 Costra 58f
 Costras
 hemáticas 59f, 200f, 264f, 269f
 melicéricas 58f, 225f, 263f
 Cotrimoxazol 174
 Coxackie tipo A 201
 Coxackie tipo A16 205
 Criocirugía 72, 301, 362, 467
 Crohn, enfermedad 220-221,
 482
 Cromosoma X 329
 Cromosoma 17 415
 Cuello 26f, 260
 Cuerpos
 de Donovan 33f, 237
 de Verocay 406
- Ch|**
- Chancro 231
 Chancro sifilítico 231f, 484
- D|**
- Dapsona 174, 292
 Darier enfermedad 101-105, 472
 histopatología 103f
 Degeneración hidrópica 70, 89
 Dengue hemorrágico 40
 Dermatitis
 exfoliativa 276
 seborreica 102
 Dermatomiositis 26, 157-162, 476
 histopatología 162f
 Dermatoscopio 164
 Dermatitis ampollar
 IgA lineal 291-292, 487
 histopatología 292f
 inmunofluorescencia 292f
 Dermoabrasión 103
 Deshidratación 274
 Desmosomas 103, 242
 Destartraje dentario 222
 Detección
 de ADN del VPH 34
 de anticuerpos HbsAg 34
 de anticuerpos HCV 34
 de anticuerpos IgE, 34
 de anticuerpos VHS 34
 del cáncer oral 32
 Diabetes 130, 352, 355
 Diarrea 220
 Diclofenac 291
 Dientes
 hipoplásicos 282
 de Hutchinson 231
 Difenhidramina 154
 Diltiazem 352
 Dimensión vertical 77
 Dióxido de carbono 328
 Discrasias sanguíneas 146
 Disfagia 159, 191, 222
 Displasia
 ectodérmica 26, 31f
 epitelial 225
 fibrosa 31f
 Disqueratosis
 congénita 108
 de Witkop108, 473

ATLAS DE ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL

Por más de 50 años examinando y tratando pacientes con enfermedades de la mucosa oral, y además como docente, fui preparando una fototeca que pudiera servir para transmitir la experiencia adquirida y ayudar en el diagnóstico a personas interesadas en la estomatología.

El Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral es el resultado de esta recopilación.

El primer capítulo hace un repaso del examen de la boca, áreas anatómicas, exploración y pruebas diagnósticas. Documentado con una gran riqueza fotográfica se ven las lesiones en sus manifestaciones iniciales, en sus formas típicas, sus variantes y en algunos casos cuando aún son dudosas o inusuales, donde la pericia del clínico se convierte en desafío, destacando el valor del diagnóstico precoz para realizar un tratamiento eficaz. Se señala la importancia que tiene el conocimiento de las “lesiones elementales” manifestadas en la boca, para llegar al diagnóstico correcto.

La obra está sustentada en una extensa revisión bibliográfica que despierta en el lector gran interés por su actualización.

Finaliza el Atlas en un apéndice de Tablas de Diagnóstico Diferencial, ayuda inmediata ante cualquier duda.

El Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral es ciertamente una obra de referencia, tanto para odontólogos, médicos, dermatólogos, estudiantes y relacionados a especialidades afines

Este libro es una muestra. El número de páginas mostradas es limitado.