

La boca en imágenes

para Profesionales
de Atención Primaria



Miguel de Urquía García

*Estomatólogo del Servicio Andaluz de Salud
con destino en Zaidín Centro, Granada
y en el Servicio para tratamiento odontológico
a pacientes con discapacidad bajo anestesia general
del Hospital Materno Infantil en Granada*

*Profesor Titular de Medicina Bucal
Departamento de Estomatología
Universidad de Granada*

*Vocal del Consejo Ejecutivo
de la Federación de Asociaciones de Médicos Mundi, España*

*Excoordinador del Programa de Asistencia Dental Infantil
en Granada*

Coautores

Ángela de Urquía Palacios

Hicham Aalou

Omar Bouchotrouch Mohan

Andrea Díaz Cuevas

Pilar Peña de Urquía



LA BOCA EN IMÁGENES PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

ISBN: 978-84-608-2592-0

Edita: Escuela Andaluza de Salud Pública
www.easp.es
Granada, 2014

Maquetación: Unidad de Publicaciones, EASP

Las fotografías de este libro tienen todos los derechos reservados y solo podrán ser visualizadas o expuestas en el contexto de este libro.



Este libro se publica con una Licencia Creative Commons por la que puede ser utilizado bajo estas condiciones: mencionar a los autores y editores, no hacer un uso comercial del mismo, no producir obras derivadas a partir de este original y compartir con la misma licencia.

*Colaboradores del Atlas
Unidad Clínica Zaidín Centro de Granada*

Francisco García Jiménez
Director médico

Antonio Padilla Martínez
Médico

Paula Herrera Jiménez
Enfermera

Felisa Framil González
Celadora

Pilar Arance Maldonado
Médica

Montserrat Parrilla Roure
Pediatra

María Josefa León Cruz
Enfermera

María García Martín
Auxiliar enfermería

Rosa María Bailón López
Médica

José Reyes Pérez
Médico

Encarnación Martínez Cruz
Enfermera

Antonia Leiva Romero
Auxiliar enfermería

José Luis Espinosa Martínez
Médico

Guillermo Rodríguez Ramírez
Pediatra

Sara Martínez Molina
Enfermera

Encarnación Morales Gómez
Auxiliar administrativa

Lorenza Gallardo Olivas
Médica

Rafael Tercero Padial
Médico

Amparo Nofuentes Martín
Enfermera

Marina Orlandi Gianfalla
Auxiliar enfermería

Eva María Garrido Garrido
Médica

Ana María Baena Domínguez
Enfermera

M^a Dolores Rodríguez Hernández
Matrona

Engracia Ortega Romero
Auxiliar administrativa

Antonio González Vílchez
Médico

Trinidad Fernández Camarero
Enfermera

Adoración Serrano Rodríguez
Enfermera

Juana Pareja Ortiz
Auxiliar administrativa

José Marín Muñoz
Médico

Violeta Franco Lozano
Enfermera

Margarita Vega Campazas
Enfermera

M^a José Pérez Velasco
Auxiliar administrativa

Isabel Ortega López
Médica

Rosa María García Jiménez
Enfermera

Francisca Baeza Gutiérrez
Administrativa

Agradecimientos

A Marina Orlandi Gianfalla, por hacer bien su trabajo y hacerme más sencillo el mío y también este Atlas. Le quiero reconocer su forma de ser y de afrontar la vida. Para mí un ejemplo de familia y de persona.

A Joan Carles March Cerdá y a M^a José Sánchez Pérez, por haber hecho posible este trabajo y su presentación actual, y sobre todo por ser capaces de entusiasmarse con proyectos de manera desinteresada.

A Juan Ortiz Espinosa, «un gestor es alguien que debe facilitar las iniciativas y el trabajo de su equipo». Gracias Juan, por todos los años que has sabido hacerlo bien y por allanar caminos y dificultades en este Atlas.



Dedicado a mi hijo Miguel

Índice de contenido

Prólogo	6	Listado de materias	440
Para qué este Atlas	8	Bibliografía	442

Unidades

1. Detalles de la boca	11	14. Mucocelos	254
2. Patología de los labios	45	15. Nódulos	265
3. Patología de la lengua	62	16. Infecciones odontogénicas	271
4. Patología de la encía	78	17. Micosis bucales	287
5. Manchas	110	18. Leucoplasia	312
6. Lesiones erosivas. Aftas	123	19. Lupus	331
7. Lesiones vesiculares	148	20. Úlceras traumáticas	339
8. Lesiones por ampollas	171	21. Lepra	361
9. Épulis	190	22. Liquen plano oral	365
10. Hemangiomas	206	23. Necrosis del paladar por iatrogenia	383
11. Papilomas	215	24. Quistes	390
12. Fibromas	229	25. Tumores	405
13. Torus	240	26. Patología del diente	423

Prólogo

Un regalo lo es cuando das a alguien lo que desea, y este Atlas es un regalo que esperaban muchos profesionales para seguir mejorando la salud bucodental de los andaluces y andaluzas. Se trata de una guía de consulta que ha sido elaborada gracias al esfuerzo y a la generosidad de un gran profesional de la odontología, Miguel Ángel de Urquía García, con el apoyo de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Con “La boca en imágenes”, Miguel Ángel culmina un largo y provechoso proceso de trabajo, fruto de su larga experiencia clínica en el Servicio Andaluz de Salud y en sus más de 20 años como profesor de la Universidad de Granada. El resultado es un documento gráfico que nace para compartir conocimientos y talento con una finalidad muy concreta: favorecer las mejoras de los procesos de detección, derivación y tratamiento precoz de las lesiones orales mucosas.

En Andalucía sabemos que la salud oral es parte integral de la salud general, por tanto, mejorar la salud bucal de la población es un compromiso del Gobierno Andaluz y uno de los objetivos prioritarios de sus políticas sanitarias. En este sentido, el Atlas está enmarcado en esta amplia estrategia, en la que se han invertido muchos recursos y esfuerzos, sobre todo, en aquellos grupos que por sus características y/o patologías requieren de especiales necesidades de atención (niños y niñas, mujeres embarazadas, personas mayores de 65 años o personas discapacitadas).

En este proyecto vital, la sanidad pública andaluza se ha ido dotando de instrumentos de mejora continua, conformando un ciclo mágico de análisis, trabajo y evaluación. Hablamos por ejemplo del Proceso Asistencial Integrado “Atención a la Caries Dental y a las Inclusiones Dentarias” de cuya autoría, por cierto, Miguel Ángel de Urquía fue parte activa. Se trata de una herramienta metodológica que pretende reducir la variabilidad clínica y que favorece tanto la promoción y prevención de la salud dental de la población como en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento posterior de las enfermedades de la boca.

sigue

Otro elemento transformador ha sido la consolidación de la gestión clínica que forma ya parte del quehacer cotidiano de la sanidad pública en Andalucía. Con ella los profesionales gozan de una mayor autonomía y corresponsabilidad en sus actuaciones, potenciando la integración de los equipos multidisciplinares. Precisamente, la boca es un territorio donde esta visión holística alcanza especial significado, ya que el deterioro de la salud bucodental requiere de un abordaje coordinado de profesionales vinculados a diversas áreas de conocimiento como: la odontología, la estomatología, la cirugía maxilofacial, la dermatología, la reumatología, la salud pública o la medicina familiar y comunitaria, entre otras.

A ese último colectivo, el de los profesionales de la medicina familiar y comunitaria, va dirigido en primera persona este trabajo recopilatorio. Recordemos que ellos detectan desde la Atención Primaria los primeros síntomas de las enfermedades bucales, y facilitan los primeros pasos para poder atajar las complicaciones de las lesiones mucosas intraorales. Por tanto, la presentación de este proyecto me parece una oportunidad de oro para poner en valor el esfuerzo de este grupo de profesionales. Por varias razones: porque con una mirada integral han sido capaces de imprimir la excelencia de lo cotidiano a la hora de resolver los problemas bucales de la gente; y porque lo han hecho asumiendo un compromiso ético con los valores inherentes al Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Sólo queda invitarles, invítaros, a su uso como instrumento de mejora de la atención bucodental de la población. De su estudio, de las aportaciones que provoque, de la sensibilidad que despierte, de la dedicación que motive y de la estructura funcional que induzca, depende en definitiva, una mejor calidad de vida de los andaluces y andaluzas.

*Aquilino Alonso Miranda
Viceconsejero
Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales
Sevilla, 2014*

Para qué este Atlas

Este Atlas es el resultado de muchos años de clínica en el Servicio Andaluz de Salud, de 22 años como profesor de la Universidad de Granada y de ir siempre con la cámara al hombro.

La idea surgió en las sesiones clínicas de la Unidad Asistencial del Zaidín Centro. Las charlas tenían muy buena acogida entre los profesionales de la Unidad. Después empezaron a mandarme los pacientes con patología mucosa. Disponíamos de mucha iconografía propia; sin embargo, el Atlas avanzó a partir de la ilusión y del trabajo de mi hija Ángela y de tres alumnos de los másteres de Odontología Integral de Adultos y Estética Dental de la Universidad de Granada: Omar, Hicham y Andrea. Con ellos, hemos podido culminar un trabajo que ha durado ya 10 años.

Soy consciente de que las lesiones de la mucosa oral son tierra de nadie. Interaccionan dentistas, cirujanos maxilofaciales, dermatólogos, reumatólogos (una gran parte de estas lesiones tienen origen autoinmune). Pese a este maremágnum, una gran parte de los pacientes, cuando tienen un bultoma en la boca, acuden a su médico de cabecera. Este colectivo tiene una gran importancia para nosotros porque constituyen la verdadera puerta de entrada de los pacientes con lesiones mucosas intraorales. A estos médicos va dirigido el presente trabajo. Intenta ayudarles a distinguir los signos de alarma de una queilitis actínica, qué tipos de liquen plano son potencialmente cancerizables o aquellas leucoplasias que nos van a crear problemas y deberemos biopsiar. Además intenta explicarles que es absurdo mandar un pénfigo o un liquen reticular a un cirujano maxilofacial, y qué hacer con estas patologías.

Esa úlcera, aparentemente causada por restos de alguna raíz o por una arista cortante de un molar e incluso por el borde de una prótesis mal adaptada, es muy frecuente. Un día dejó de doler. El paciente se acostumbró a vivir con ella, ya no le dio importancia y degeneró en un carcinoma.

sigue

Este hecho se repite una y otra vez en la clínica diaria. Pretendemos facilitar que el médico incorpore la exploración oral en su rutina y que este Atlas y esta Unidad de Atención Primaria sean su herramienta facilitadora.

El Atlas está dividido en unidades. Algunas de ellas corresponden a patologías con criterios topográficos (labios, encía, lengua). Se hace así porque son lesiones propias de esas zonas (no vamos a ver nunca, una queilitis actínica en úvula). Otras unidades se denominan por la lesión elemental que las identifica (ampollas, vesículas, úlceras, manchas, etc.) ya que el profesional clínico va a encontrarse directamente con esa ampolla o esa úlcera. Posteriormente deberá acordarse de cuáles son las enfermedades que cursan con ampollas para aproximar un diagnóstico. Finalmente están aquellas unidades que se denominan por la enfermedad que padece el paciente (lupus, liquen, leucoplasia). Se corresponden con patologías frecuentes que se manifiestan en boca con varias lesiones y tienen varias localizaciones. La clasificación en estas unidades no es casual, hemos intentado quitar cualquier conocimiento que sea prescindible y quedarnos sólo con lo que se recuerda, de la manera más fácil y visual.

El objetivo del primer capítulo es recordar algunos detalles de la boca que son normales o muy frecuentes, y que no deberían alarmarnos. La realidad es que no conocemos nuestra propia boca. A lo largo de 20 años he sido testigo de pacientes, que vienen a la consulta agobiados porque “se han visto un bulto en la boca y juran que antes no lo tenían”. En muchas ocasiones el “bulto” no era otra cosa que la salida de los conductos de excretores de la parótida, con los que llevan toda la vida o contrafuertes de la mandíbula con los que conviven desde hace varias décadas.

Este equipo se ofrece a estudiar los casos con vosotros, queridos lectores y lectoras, y daros las pautas de actuación de manera ágil a través de la dirección de correo electrónico murquia@ugr.es. Si no, habremos sido un fracaso.

*Dr. Miguel de Urquía García
Granada, 2014*

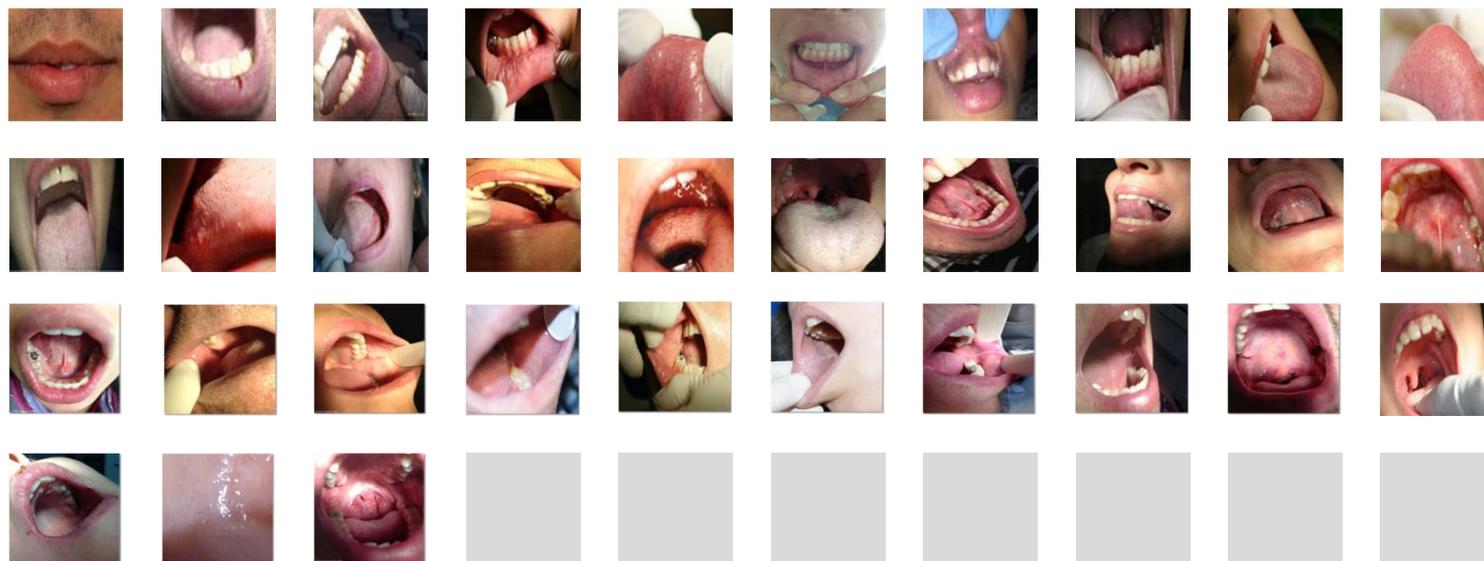
Unidades

La boca en imágenes



Unidad 1

Detalles de la boca





© Prof. Urquía y cols.

Los labios son la puerta de entrada a la boca. Su límite debe estar bien delimitado, de aspecto lustroso y estar bien hidratados.



© Prof. Urquía y cols.

Con mucha frecuencia los labios se secan, dando lugar a fisuras y escamas. Se tratan con una simple crema hidratante. La desecación del labio no tiene ninguna importancia.



© Prof. Urquía y cols.

La epidermis está compuesta por cuatro estratos:

- Capa basal
- Capa de células espinosas
- Capa granulosa
- Capa córnea (la más superficial)

Esta última capa córnea está formada por restos de células que a veces se estratifican, engrosándose sin llegar a desprenderse: son las escamas.



© Prof. Urquía y cols.

La cara interna de los labios y mejillas se llama vestíbulo. En los labios, en esta cara interna, se identifican pequeños bultitos que son glándulas salivares menores.



© Prof. Urquía y cols.

Estas glándulas salivares menores producen una saliva transparente y de mayor densidad que las otras glándulas salivares mayores (parótida, submandibular, sublingual). A veces veremos los orificios de excreción de estas glándulas salivares.



© Prof. Urquía y cols.

Hay 3 tipos de mucosa en la boca:

- Mucosa especializada (lengua)
- Mucosa queratinizada (encía y paladar duro)
- Mucosa de revestimiento (mejillas, vestíbulos)

La mucosa más próxima a los dientes es queratinizada (con capa córnea) y con menos vasos. De ahí viene su aspecto más blanquecino.

Debajo se aprecia mucosa de revestimiento más rica en vasos. Esta doble coloración en la encía es, por lo tanto, normal.



El color de la encía es rosa coral, pero en ocasiones en personas muy morenas la encía presenta manchas melánicas que no deberán alarmarnos .



Estas manchas se deben a un incremento en la producción de la melanina y no a un aumento de la capacidad de división de los melanocitos.



© Prof. Urquiza y cols.

La lengua es un órgano revestido de mucosa especializada que contiene papilas fungiformes (rojas) intercaladas entre papilas filiformes (aspecto de pelitos blancos).



© Prof. Urquía y cols.

Papilas fungiformes donde están los botones gustativos.



En la superficie de las papilas filiformes se acumula abundante queratina lo que le dan el color blanco. Cuando la lengua se mueve poco (p. e. en macroglosia) la queratina se acumula, produciendo ese aspecto de vellosidades blancas. Se dice “no tienes pelos en la lengua” a las personas que hablan demasiado y por lo tanto la mueven mucho. Al friccionarla contra otras estructuras eliminan esa capa de queratina.

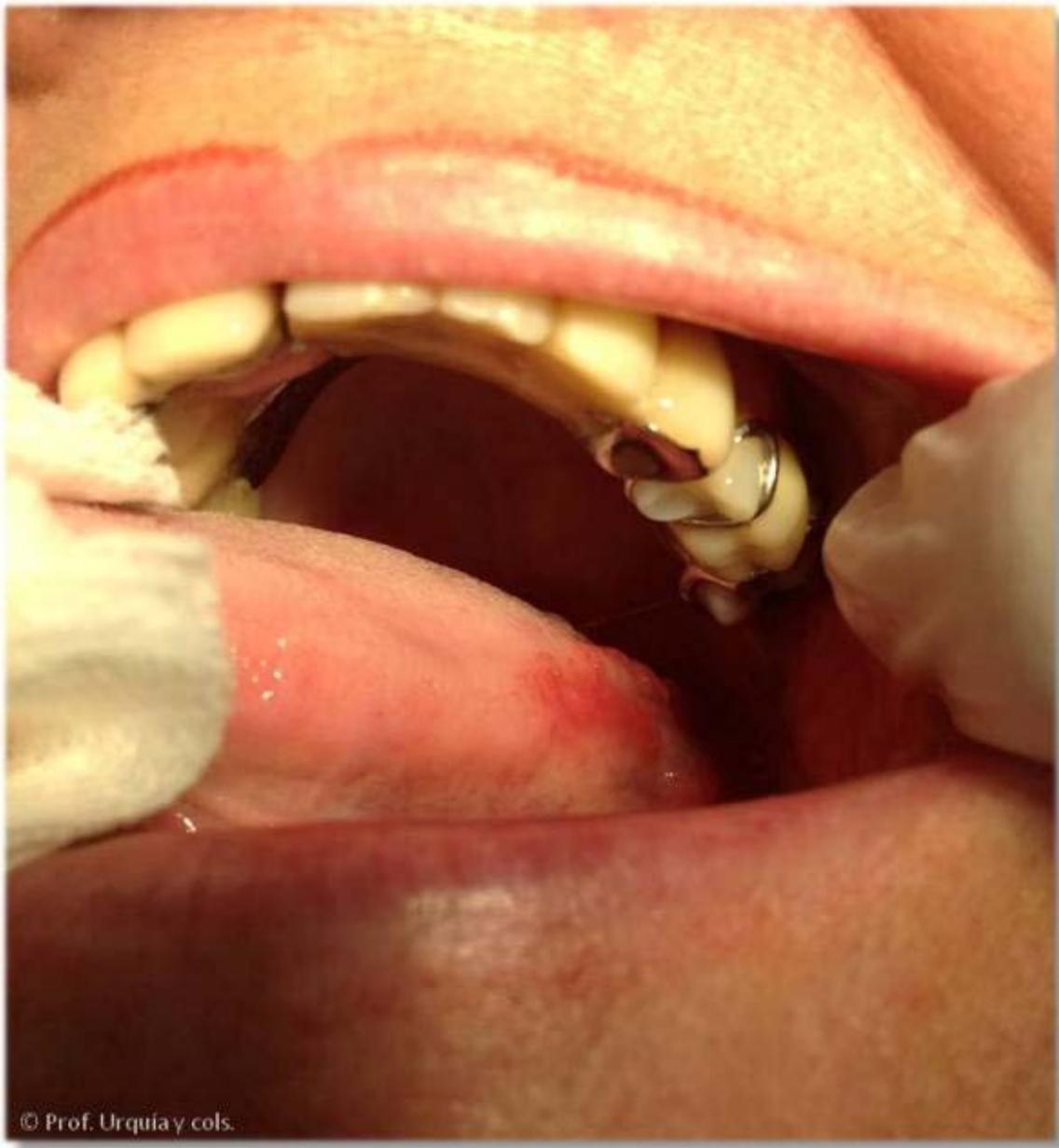


En los laterales, al fondo, podemos distinguir las papilas foliadas. Se llaman así porque simulan las páginas de un libro.



© Prof. Urquía y cols.

Las papilas foliadas tienen estructura de tejido linfoideo. En ocasiones se inflaman y pueden doler.



Irritación de las papilas foliadas de la zona lateral de la lengua.

© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquía y cols.

Al fondo de la lengua se distinguen las papilas caliciformes que se disponen en forma de “V” invertida.



Los pacientes no se ven estas papilas normalmente y cuando las descubren, creen que les han salido “vejigas”. En la foto vemos papilas caliciformes normales y papilas filiformes con retención de queratina.

© Prof. Urquía y cols.



En la parte inferior de la boca hay vasos, que en personas mayores y algunas jóvenes, dan lugar a dilataciones varicosas.

Son normales y no hay que hacer nada.

Se aprecian también los conductos de salida de las glándulas salivares submandibulares.

En este paciente están enrojecidos por haber expulsado una pequeña piedra.



Salida de las glándulas de Blandin Nuhn en cara ventral de la lengua, a ambos lados del frenillo lingual.

© Prof. Urquía y cols.



Estas formaciones pueden estar engrosadas, incluso unilateralmente. En este paciente alarman y simulan un papiloma.

© Prof. Urquía y cols.



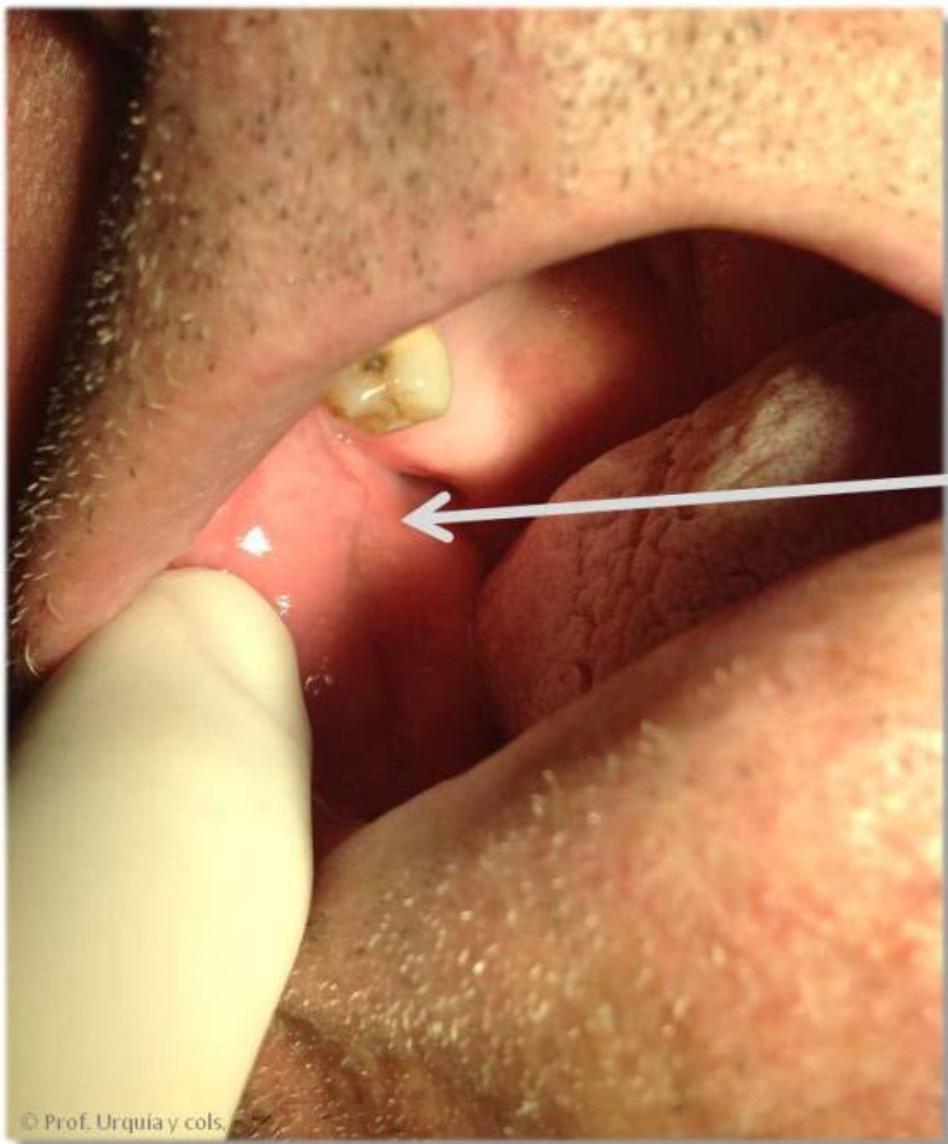
© Prof. Urquia y cols.

En el suelo de la boca se aprecian las carúnculas con el conducto de Wharton, salida de las glándulas salivares submandibulares. La saliva es excretada en forma de chorros. Sale con tanta fuerza que, en ocasiones salpica a la cara del explorador.



Si añadimos limón y masajeamos las glándulas situadas debajo de las ramas horizontales de la mandíbula estimularemos la salida de un chorro de saliva.

© Prof. Urquía y cols.



En la parte interior de las mejillas, a nivel de los primeros molares permanentes, se encuentra una pequeña excrescencia con el conducto de Stenon. Este es la salida de la parótida.

© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquia y cols.

La saliva es puramente serosa, se excreta en forma de sábana. El ostium puede estar enrojecido y no indica la infección de la glándula.



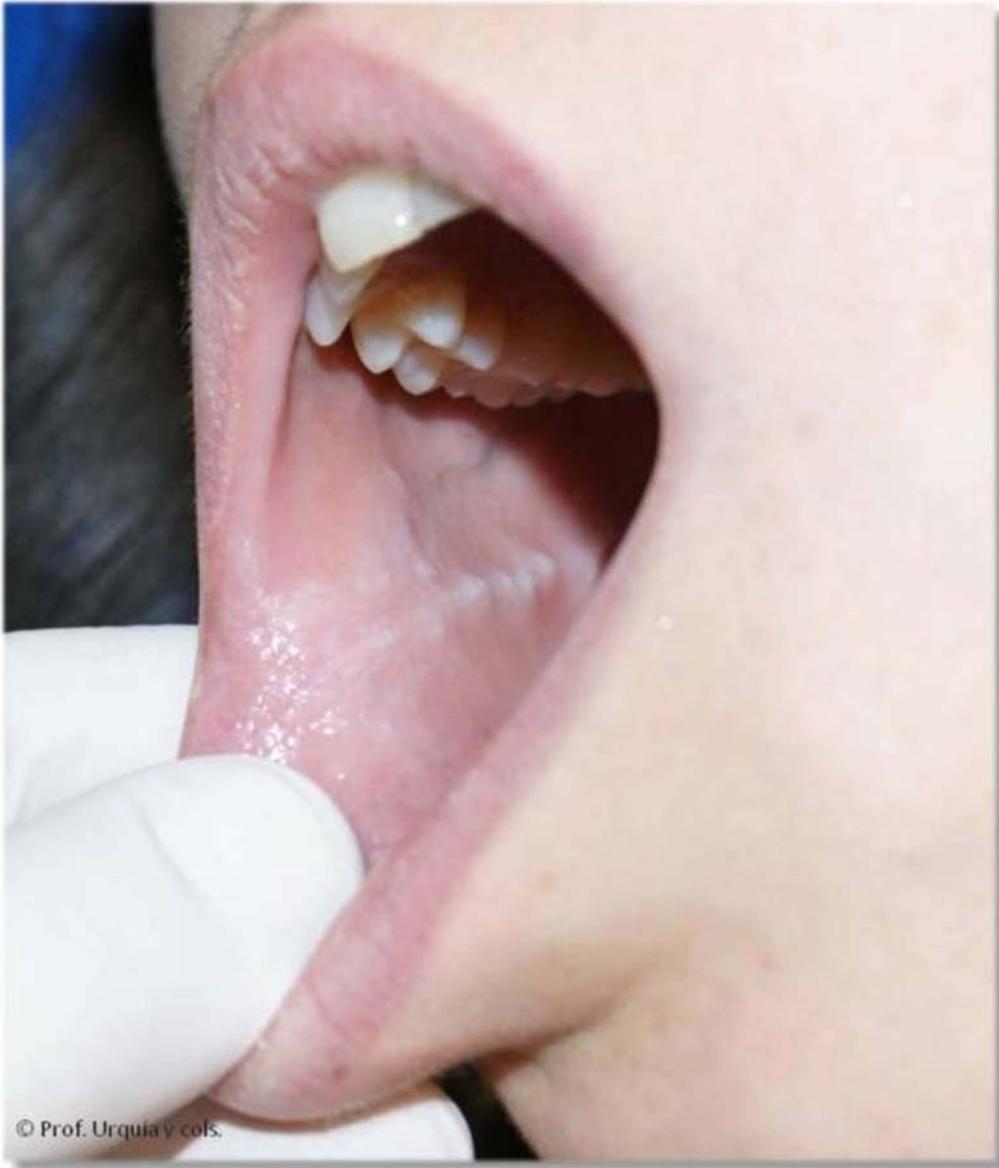
© Prof. Urquía y cols.

Con mucha frecuencia en las mejillas aparecen manchas amarillentas que se llaman gránulos de Fordyce. Son glándulas sebáceas que tienen una situación ectópica. No son patológicas. Tampoco deberemos intentar eliminarlas.

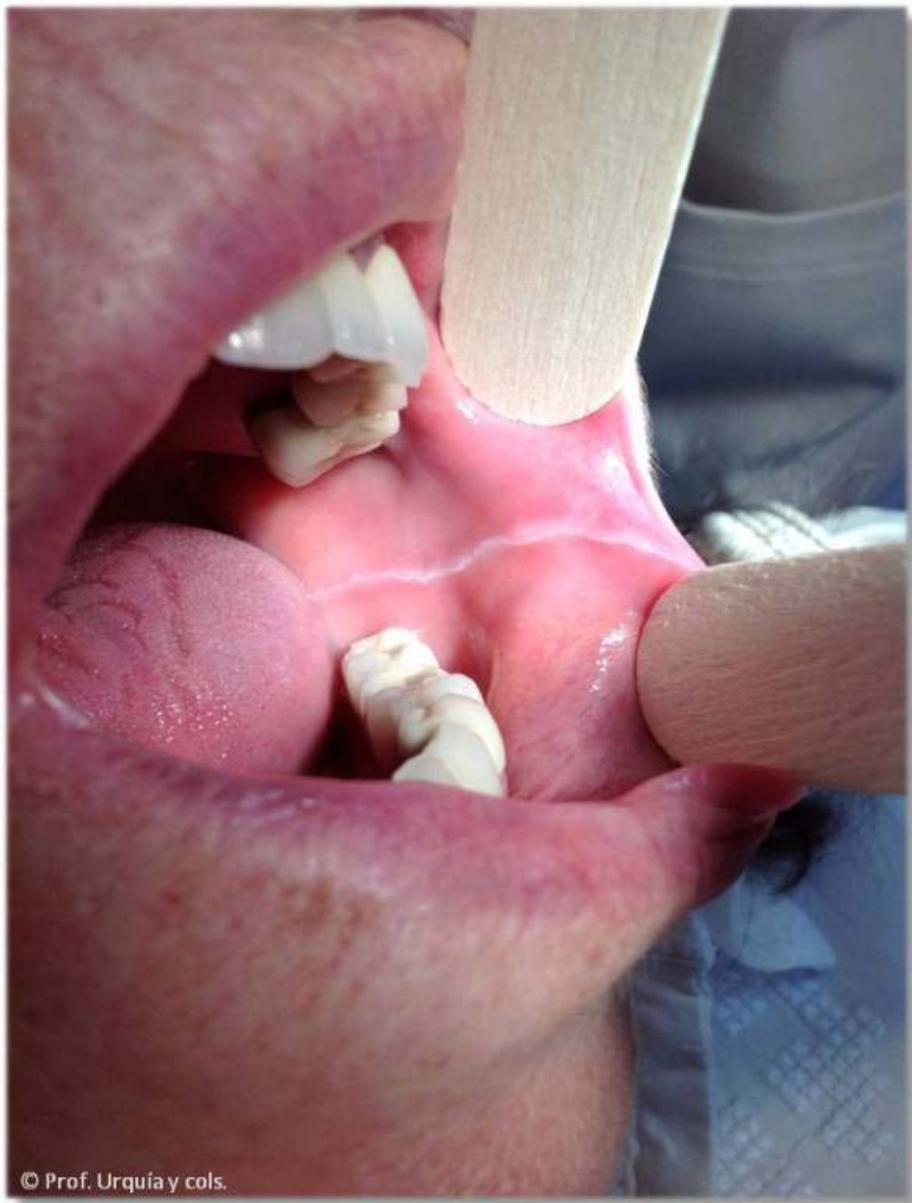


Paciente con gránulos de Fordyce en la mejilla.

© Prof. Urquía y cols.



A veces la zona de oclusión está marcada en las mejillas en forma de línea que muestra las identaciones.



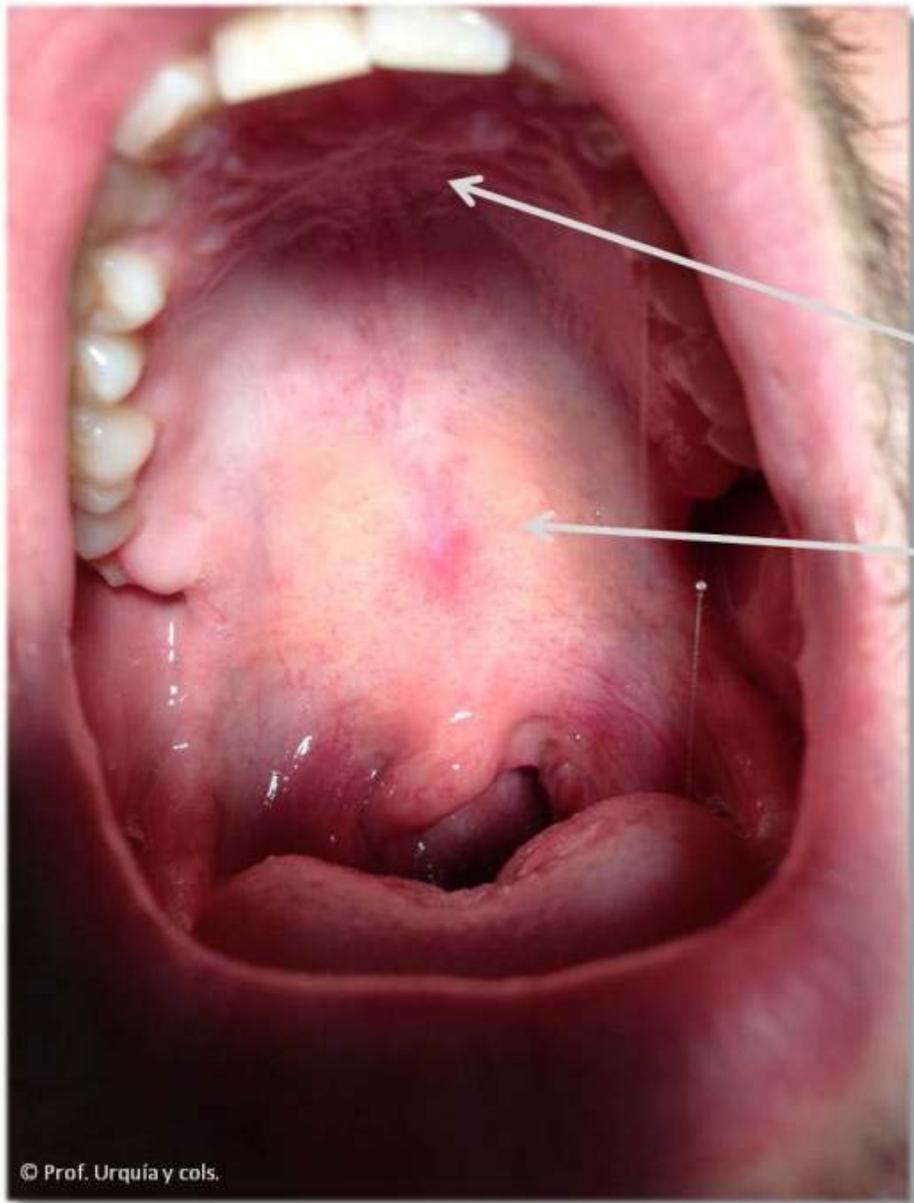
© Prof. Urquía y cols.

Esta línea puede estar queratinizada, dando lugar a la "línea alba".



© Prof. Urquía y cols.

La línea alba no deberemos confundirla con leucoplasias. La diferenciamos de las mismas por el recorrido coincidiendo con la línea de oclusión.



Paladar duro: blanquecino recubierto de mucosa con queratina.

Paladar blando: más vascularizado. Mucosa sin queratinizar.





El paladar duro es rugoso. En el paladar no existen botones gustativos, frente a lo que cree la gente. Algunos pacientes os dirán que han perdido el gusto, desde que se pusieron una prótesis superior que les tapa el paladar. Debemos explicarles que esto no es así.



El paladar duro está revestido de mucosa queratinizada y, por lo tanto, más blanquecina que el paladar blando.

En el paladar hay glándulas salivares menores que segregan una saliva muy espesa. Se queda en forma de gotitas como se ve en la imagen.

© Prof. Urquía y cols.



En el paladar se aprecian puntitos rojos que corresponden con la salida de glándulas salivares menores.

© Prof. Urquía y cols.

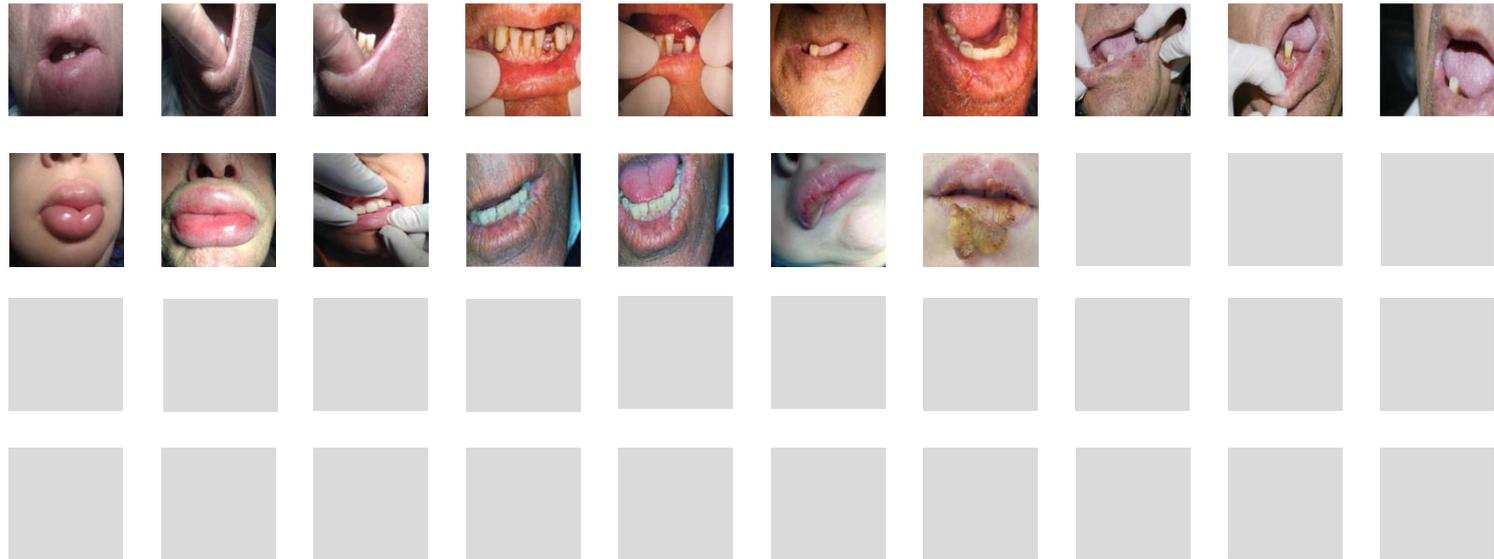


© Prof. Urquía y cols.

Al fondo se aprecian los pilares anteriores, los pilares posteriores y entre ellos las amígdalas con sus criptas.

Unidad 2

Patología de los labios





© Prof. Urquía y cols.

Queilitis actínica: Es una inflamación de los labios por exposición al sol de manera continuada.

Se caracteriza por:

- Borramiento del límite entre borde rojo y piel
- Falta de lustrosidad
- Pérdida de elasticidad
- Aparición de escamas



© Prof. Urquía y cols.

La pérdida de elasticidad se nota por el tacto, porque se queda más blanco el labio cuando lo estiramos y sobre todo por la línea blanca que vemos junto al dedo y que nos impide seguir tirando.



© Prof. Urquía y cols.

La queilitis actínica es una lesión cancerizable.



© Prof. Urquía y cols.

Queilitis actínica: si estiramos el labio veremos que aparece un cordón fibroso.



© Prof. Urquía y cols.

Observamos como si tuviera una cuerda en el interior del labio que lo hace menos elástico.



© Prof. Urquía y cols.

Queilitis actínica: un labio como este, en un trabajador del campo, debe mantenerse muy hidratado y vigilarse de cerca.



© Prof. Urquía y cols.

Carcinoma in situ de un paciente fumador.



© Prof. Urquía y cols.

Esta lesión en un paciente con un labio normal pasaría por un herpes.



© Prof. Urquía y cols.

En un labio como este deberemos descartar la posibilidad de que sea un carcinoma epidermoide.



© Prof. Urquía y cols.

Leucoplasia de labio, se ve como una placa blanca. Debemos identificar la causa y vigilar muy de cerca. Si es por tabaco: biopsia.



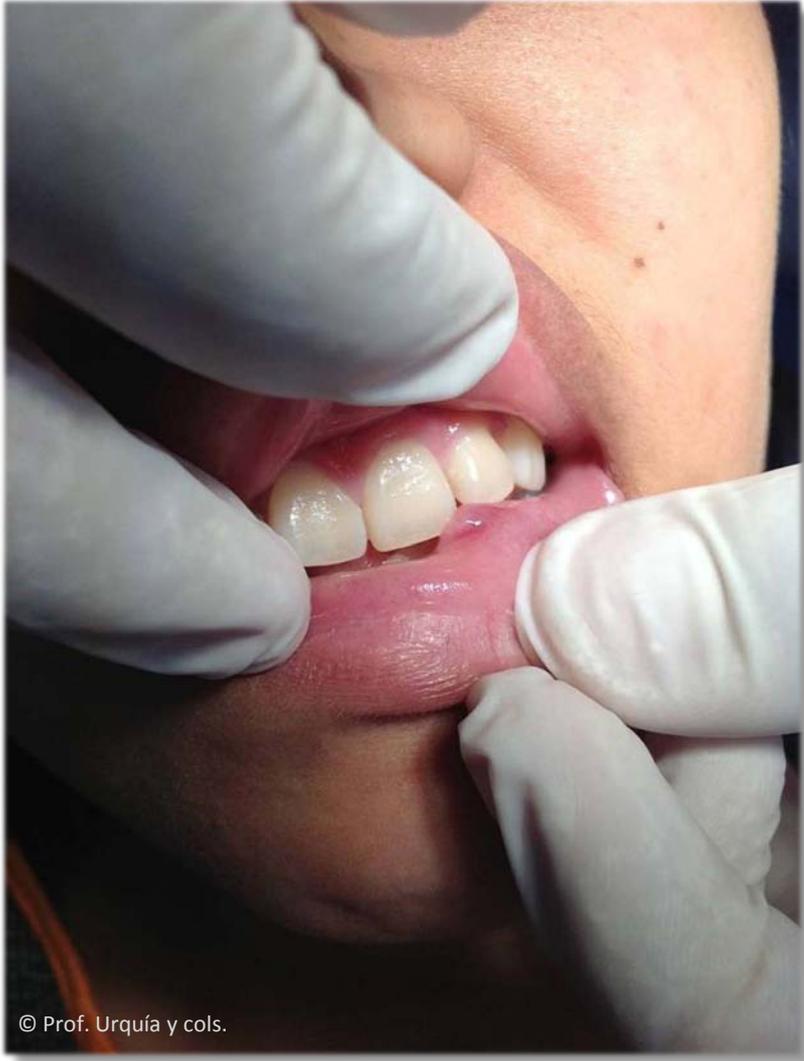
© Prof. Urquía y cols.

Síndrome de Melkersson Rosenthal: caracterizados por parálisis facial, hinchazón de la cara y labios y lengua escrotal. Se suele dar en la infancia.



© Prof. Urquía y cols.

No confundir el síndrome de Melkersson Rosenthal con una queilitis por reacción alérgica, como la de este paciente. En estos casos de edema de labio de tipo alérgico, deberemos descartar la existencia de un angioedema que comprometa vías respiratorias.



© Prof. Urquía y cols.

Diapneusia: lesión por hábito de succión. El diagnóstico se hace al coincidir la lesión con un diastema entre los dientes.

Histológicamente es un fibroma.
No cancerizan.

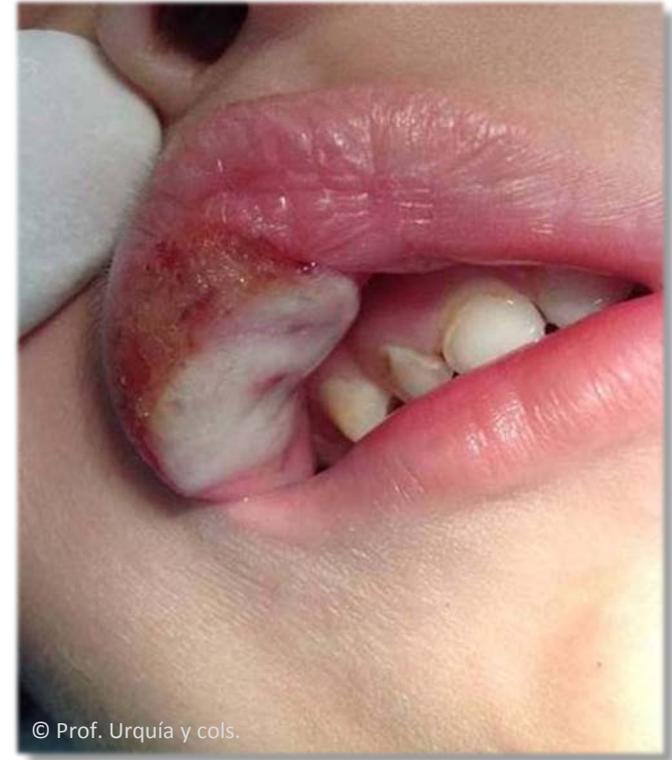


© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquía y cols.

Carcinoma verrugoso en labio: tumor de Ackerman, es una variedad del carcinoma espino celular.



Lesión en el labio de un niño, tras un tratamiento odontológico.

Al no notarse el labio con la anestesia, el niño estuvo mordiéndoselo reiteradamente hasta que se le pasó el efecto.

Estas lesiones son muy frecuentes. Deberemos siempre advertir a los padres que, después de un tratamiento con anestesia local, no deben comer nada duro durante dos horas.

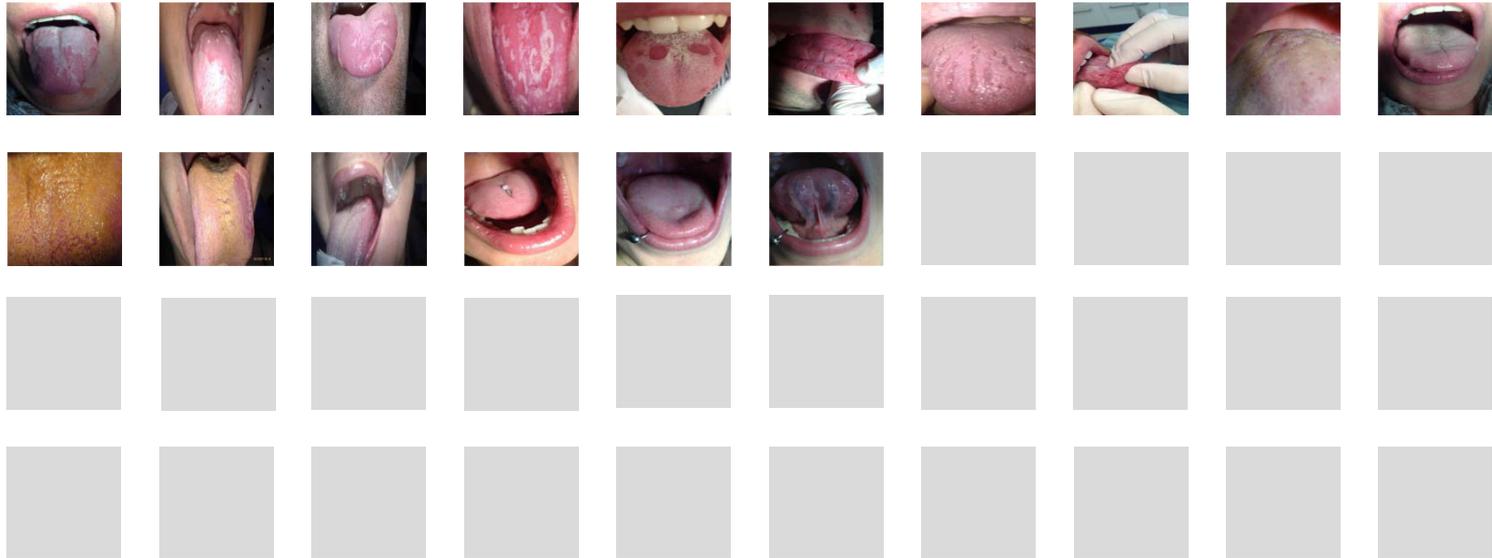


La queratosis actínica aparece en cara, cuero cabelludo y labios, es decir, en zonas del cuerpo que están expuestas al sol. Tiene muchas formas de presentación, algunas simulan un cuerno cutáneo, pero en todas ellas existe una placa engrosada de capa córnea o queratina. Diferentes autores la relacionan con un carcinoma de células escamosas in situ.

En su tratamiento se emplean crioterapia, curetaje, electrocoagulación, terapia con láser, etc.

Unidad 3

Patología de la lengua





© Prof. Urquía y cols.

La lengua es un órgano muscular revestido de mucosa especializada. Las papilas filiformes, en algunos pacientes, desaparecen por áreas.



© Prof. Urquía y cols.

Estas papilas filiformes son cambiantes, dando lugar a la “lengua geográfica”. Cada mañana el paciente verá, en el espejo, dibujos diferentes (que a veces simulan mapas). Se alternan zonas con papilas filiformes y zonas depapiladas.



© Prof. Urquía y cols.

Estas zonas depiladas suelen estar bien limitadas por un área con acúmulos de queratina (la queratina siempre se observa en boca de color blanco). Este hecho es un dato muy típico de la lengua geográfica.



© Prof. Urquía y cols.

Las zonas depiladas pueden escocer mucho. La lengua geográfica es muy frecuente y se da mucho en pacientes con alergia atópica, muy nerviosos, etc.



© Prof. Urquía y cols.

En los casos típicos no hay problema en el diagnóstico. En otros, tendremos que hacer diagnóstico diferencial con algunas micosis. Esta imagen corresponde a una lengua geográfica, que podría confundirse.



En la lengua existen surcos que, en ocasiones, se encuentran muy marcados dando lugar a un aspecto cerebroide: la llamada “lengua escrotal”.



© Prof. Urquía y cols.

Lengua escrotal: aumento de la profundidad de los surcos linguales.



Estos surcos pueden llenarse de comida e inflamarse. Si esto ocurre, duelen.

© Prof. Urquía y cols.

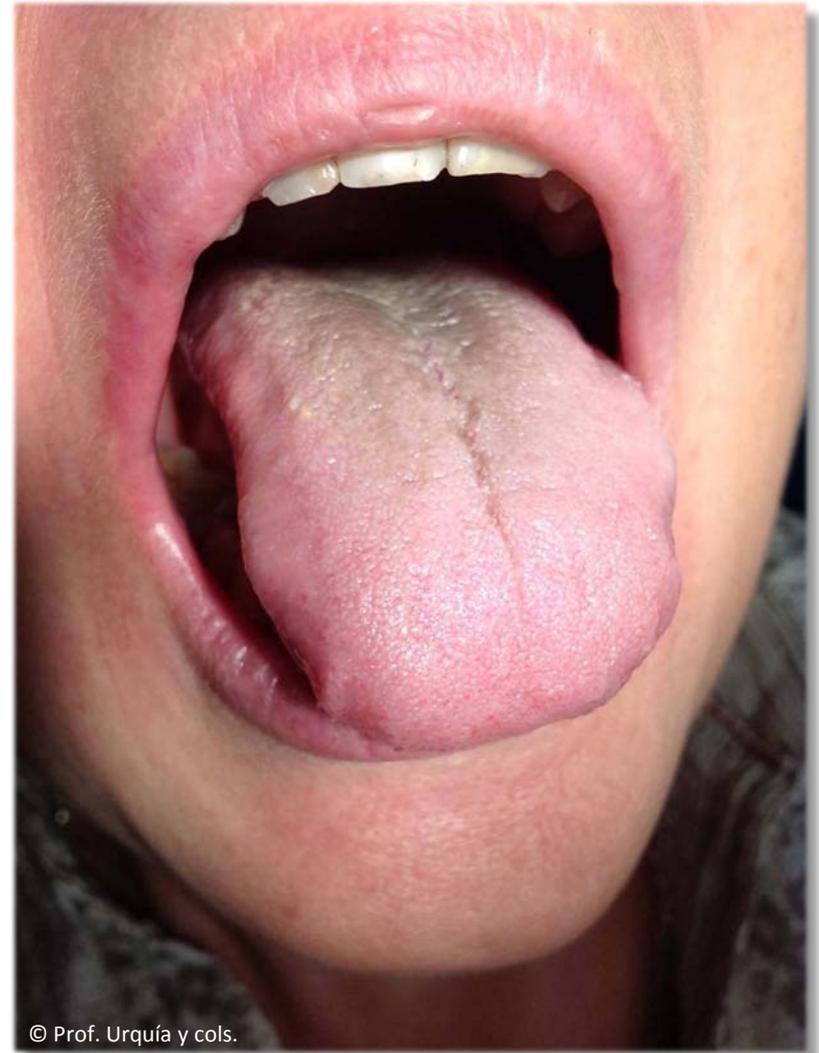


© Prof. Urquía y cols.

Lengua saburral: algunos trastornos digestivos y la escasa movilidad de la lengua, pueden provocar que la queratina de las papilas filiformes se acumule sin desprenderse.



© Prof. Urquía y cols.



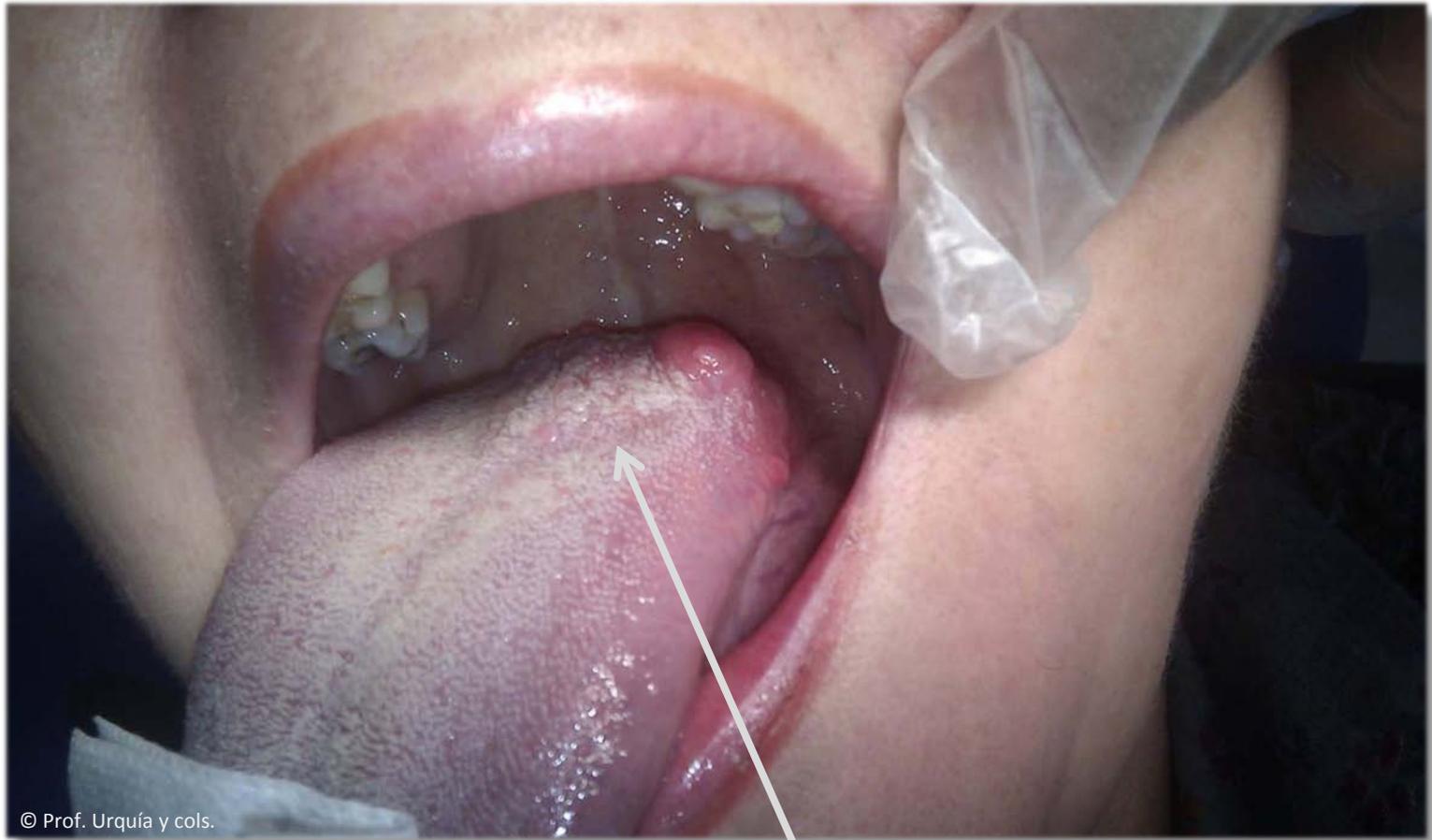
© Prof. Urquía y cols.

Como consecuencia de la toma de antibióticos, la queratina de las papilas filiformes puede colorearse dando lugar a la llamada “lengua vellosa antibiótica”.



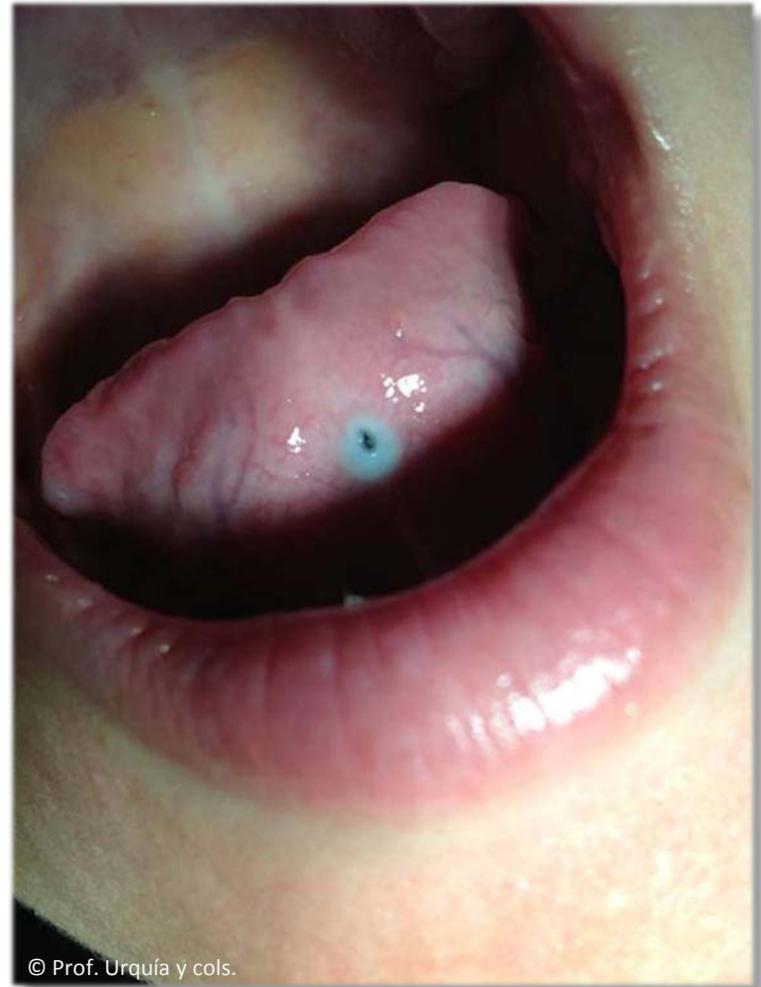
© Prof. Urquía y cols.

En esta lengua antibiótica las coloraciones van desde el amarillo hasta el negro.



© Prof. Urquía y cols.

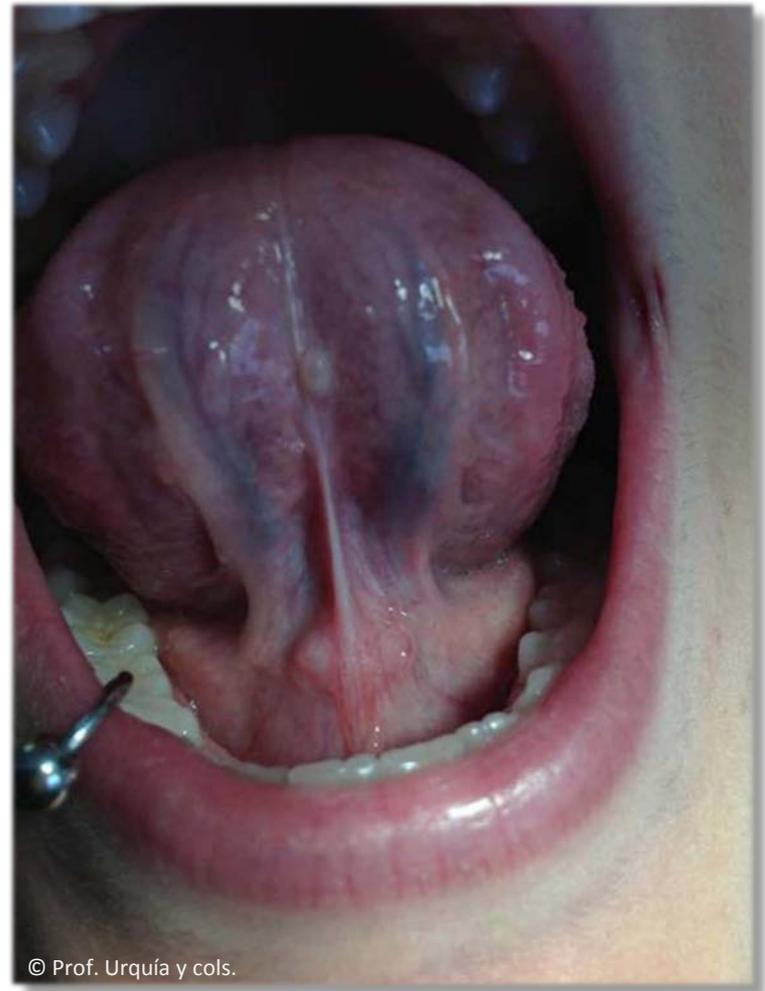
Las papilas caliciformes también pueden inflamarse. Da lugar a alarma por parte de los pacientes. Esta lesión se mandó biopsiar. No fue por la inflamación de la papila, sino por el bulto de la lengua que la rodea. Estaba indurado, se notaba una consistencia diferente.



Piercing y lesiones traumáticas que dejan: en la imagen se aprecia la bola del piercing introducida en lengua.



© Prof. Urquía y cols.

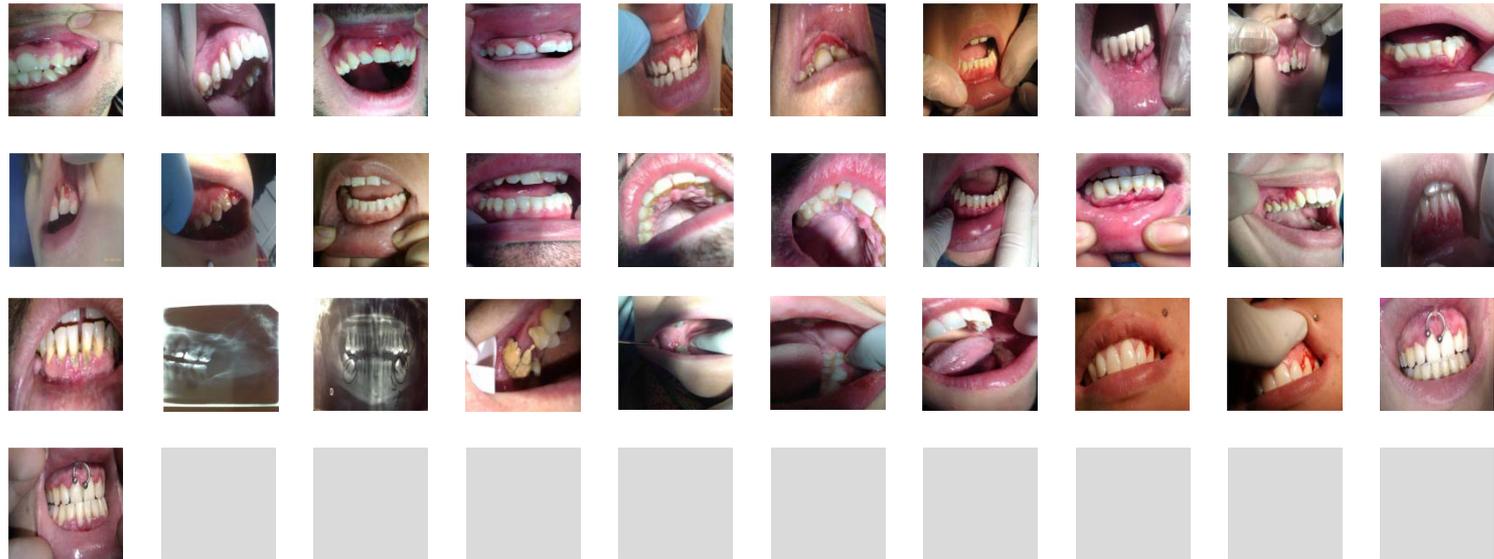


© Prof. Urquía y cols.

Cicatriz dejada tras quitar el piercing.

Unidad 4

Patología de la encía





© Prof. Urquía y cols.

Encía sana: las papilas interdetales deben tener la misma coloración que la encía circundante, ocupar perfectamente la tronera y estar pegadas al diente.

En esta unidad se tratan las siguientes patologías:

- Gingivitis
- Hipertrofia gingival
- Recesión gingival
- GUNA
- Periodontitis juvenil (o rápidamente progresiva)
- Periodontitis crónica
- Pericoronaritis



© Prof. Urquía y cols.

Gingivitis: inflamación de la encía. No se necesitan muchos días sin lavarse los dientes para que se produzca. La causa es un acúmulo de placa bacteriana. También pueden aparecer por otras causas, como por ejemplo en el curso de un liquen plano.



Gingivitis: inicialmente se caracteriza por papilas separadas de las troneras y sangrado.



© Prof. Urquía y cols.

Lo que hay que hacer: cuatro semanas de cepillado diario, masajeando la unión de la encía al diente.



© Prof. Urquía y cols.

Hipertrofia gingival: aumento del tamaño de la encía por falta de higiene.



La hipertrofia gingival aparece también por acúmulo de sarro (placa bacteriana calcificada).



Hipertrofia gingival por la ingesta de fármacos anticonvulsivantes.
Familia de la difenilhidantoinas.

Lo que hay que hacer: si es por fármacos, cuando se retiren estos, haremos tratamiento quirúrgico (gingivectomía). Antes no tiene sentido, porque recidivan.



Recesión gingival: migración de la encía, dejando al descubierto la raíz. Ocurre por acúmulo de sarro o por trauma oclusal. Es el caso de este paciente con una prótesis fija.



© Prof. Urquía y cols.

Recesión gingival: raíz del diente expuesta por acúmulo de sarro. Ocurre a cualquier edad. Este es un diente temporal y el paciente un niño.



© Prof. Urquía y cols.

Recesión gingival de una paciente adulta por trauma oclusal. Los caninos, al estar más salidos, soportaban más presión que el resto de las piezas. Es muy frecuente.



© Prof. Urquía y cols.

Lo que hay que hacer normalmente: eliminar la causa (el trauma oclusal con ortodoncia; si es sarro, quitarlo).

En el caso del chiquillo de la imagen, la exposición de la raíz es total, la movilidad es grande. Haremos extracción y pondremos un mantenedor de espacio para permitir la erupción del definitivo.



© Prof. Urquía y cols.

GUNA (Gingivoestomatitis Úlcero Necrosante Aguda): tipo de estomatitis que aparece en el momento de la erupción del molar de los 12 años y más frecuentemente con la erupción de las muelas de juicio (18 años). Puede aparecer en pacientes con sida.



GUNA: se manifiesta como una amputación de las puntas de la papilas interdetales.



© Prof. Urquía y cols.

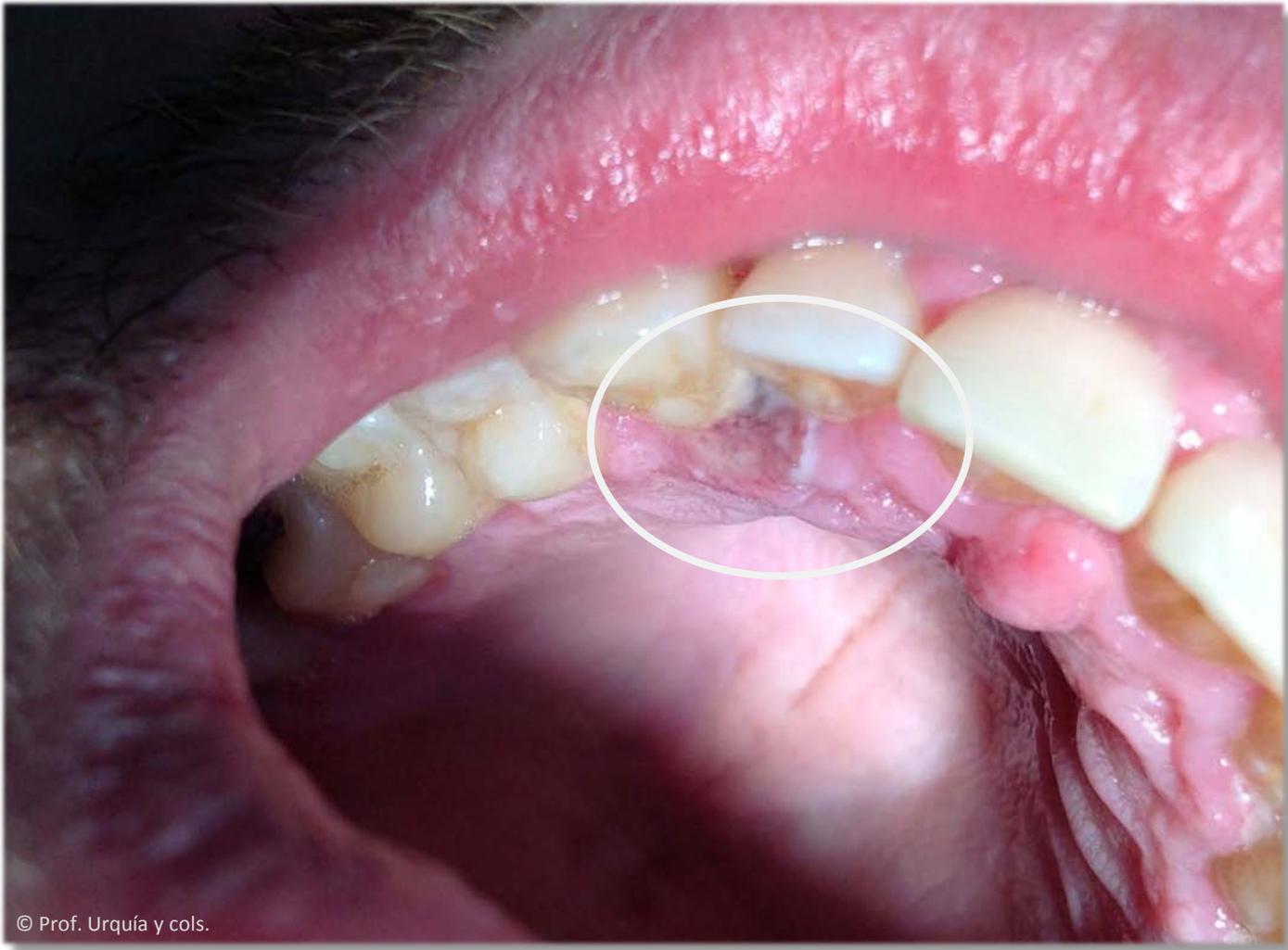
GUNA: cursa con una amputación localizada o generalizada de las papilas interdentes, dejando un punto de sangre y gran halitosis.

En ocasiones cursa con fiebre y adenopatías. Son más frecuentes en la arcada inferior.



© Prof. Urquía y cols.

GUNA: se produce una necrosis de las papilas. Avanza rápidamente desde un molar hasta el canino contrario.



GUNA: es grave. Hay que instaurar tratamiento enseguida.



© Prof. Urquía y cols.

GUNA: son muy agradecidas al tratamiento con ATB.

Lo que hay que hacer: Espiramicina + metronidazol 250-125 mg, 3 veces al día o bien amoxicilina + clavulánico 875-125 mg, tres veces al día durante 8 días y cepillado diario.



© Prof. Urquía y cols.

Periodontitis juvenil “rápidamente progresiva”: afecta principalmente a los primeros molares e incisivos. Se da en pacientes jóvenes. Son muy peligrosas porque evolucionan muy rápido.



Periodontitis juvenil: pronto se extenderá a toda la arcada.

© Prof. Urquía y cols.



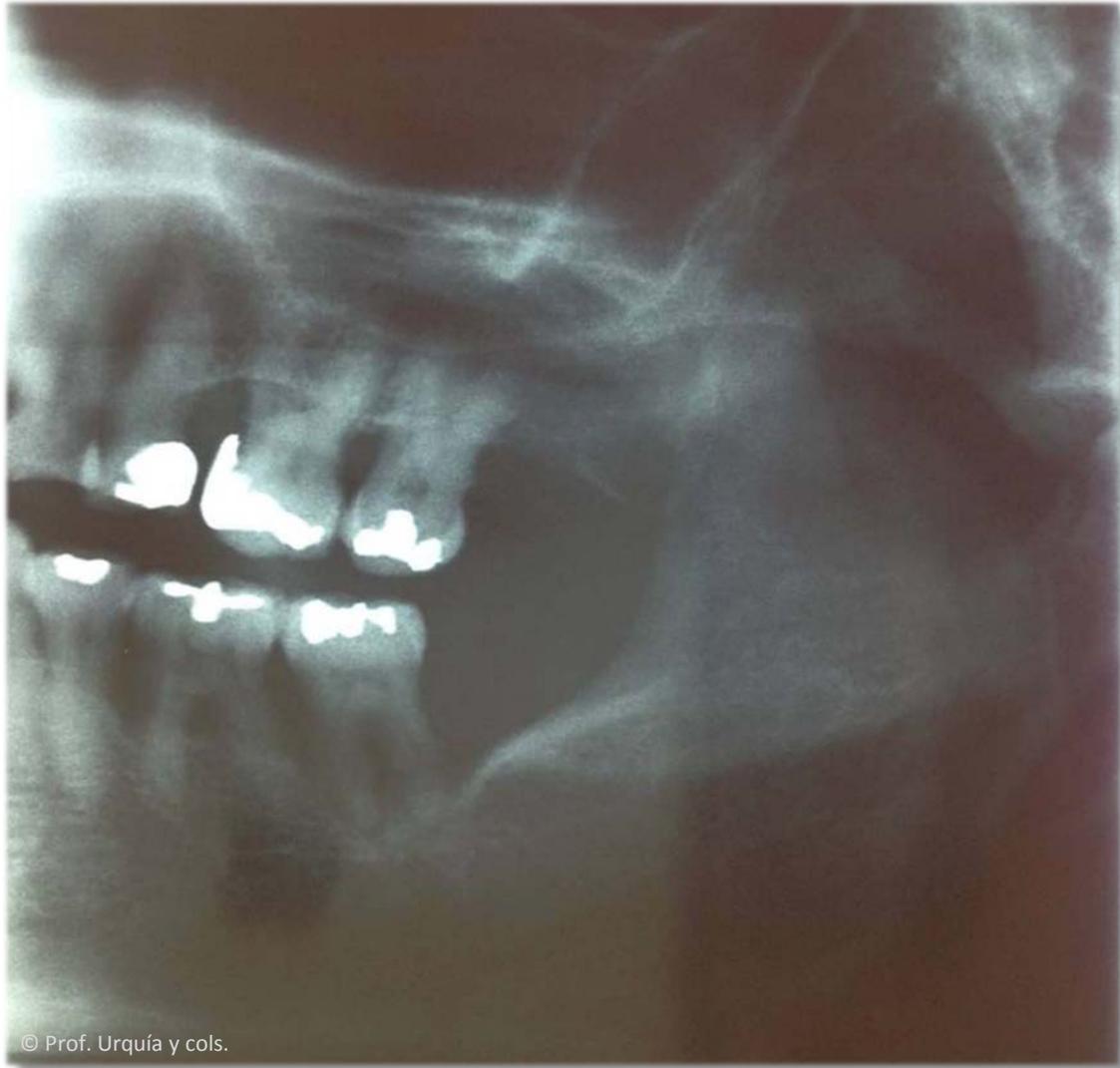
© Prof. Urquía y cols.

Paciente con periodontitis juvenil.

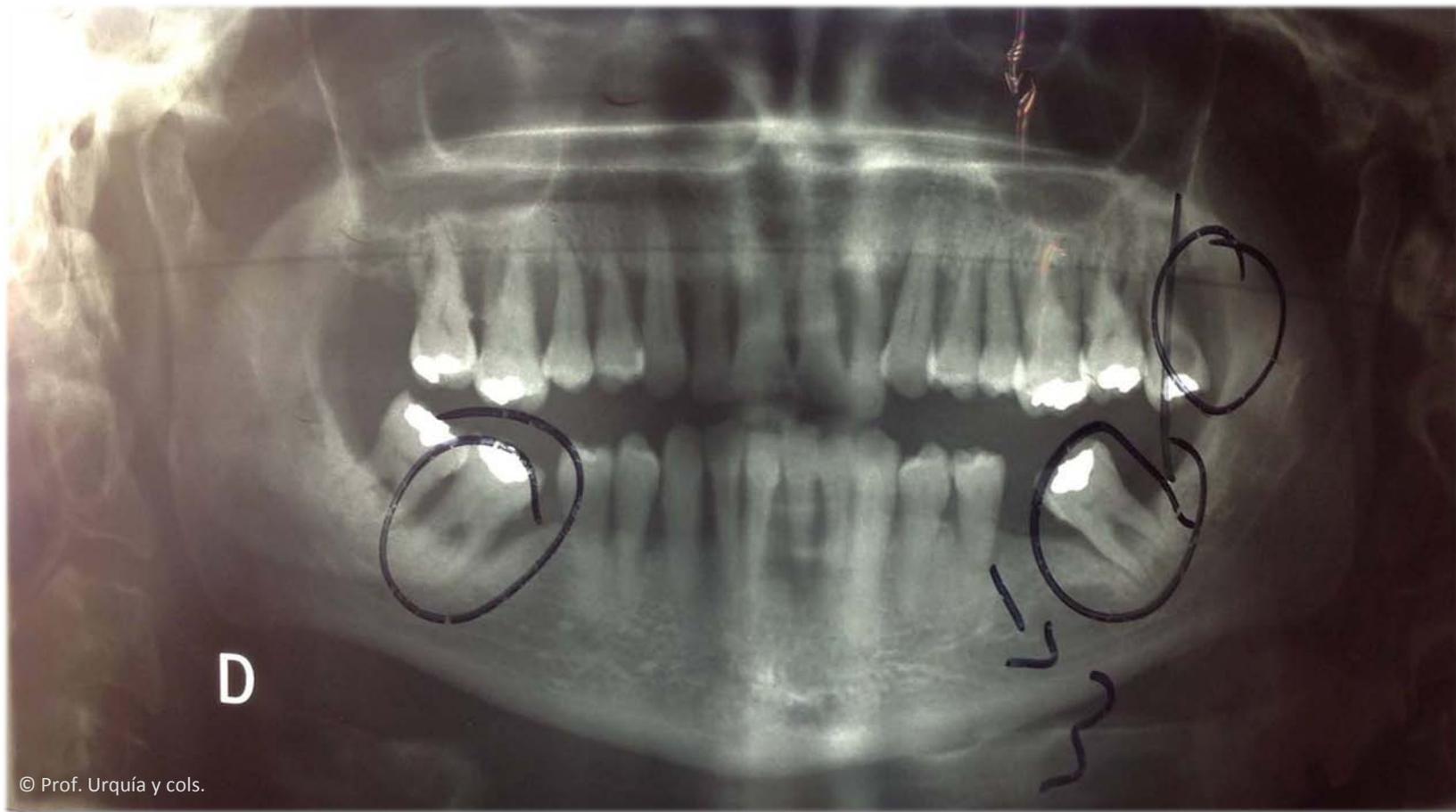


© Prof. Urquía y cols.

Perodontitis crónica: falta de higiene, acúmulo de sarro, formación de bolsas periodontales, recesión de hueso de soporte. Es la denominada comúnmente “piorrea”, que cursa con una pérdida de inserción del diente.



Periodontitis crónica: la utilización de palillos de dientes es una causa muy frecuente de la aparición de bolsas periodontales. Hay movilidad de las piezas afectadas.



Periodontitis: en la ortopantomografía veremos que el hueso que rodea al molar se ha perdido.



El sarro es una de las causas más frecuentes de periodontitis. Dejar de masticar por uno de los lados puede ir seguido de un rápido crecimiento de la placa tártrica. Igualmente dejar de cepillarse por una zona puede dar lugar a acúmulo de sarro. Esto ocurre principalmente en la salida de la glándula parótida (a la altura de los primeros molares superiores).



Pericoronaritis: inflamación del capuchón mucoso que rodea al 3^{er} molar durante la erupción. Son muy frecuentes.

© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquía y cols.

Pericoronaritis: se produce por empaquetamiento de comida entre la mucosa y el molar en erupción.



© Prof. Urquía y cols.

A veces el origen de la pericoronaritis no es por acúmulo de alimentos, sino por trauma entre los cordales superior e inferior, que machacan un trozo de mucosa.

Se soluciona extrayendo uno de los dos.



© Prof. Urquía y cols.

El piercing se convierte en un irritante de la encía.



© Prof. Urquía y cols.

El botón interno del piercing provoca retracción de la encía.



© Prof. Urquía y cols.

Piercing: facilita la acumulación de placa y multiplica la cantidad de colonias de gérmenes formadoras de placa.

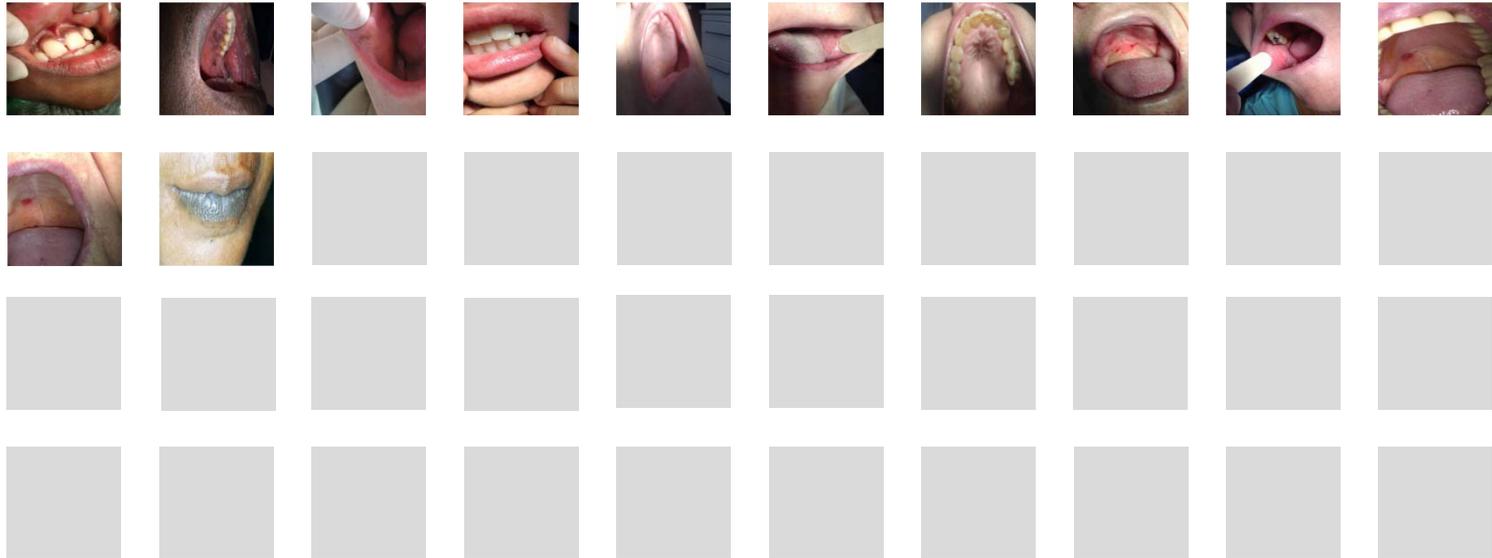


© Prof. Urquía y cols.

En el interior de la boca se deben tener el menor número de artefactos posibles. Advertir el grosor de la encía.

Unidad 5

Manchas





© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquía y cols.

Entendemos por “mancha” cambios de coloración en la mucosa bucal. Las más frecuentes son las melánicas y hemáticas. La melanina se produce por melanocitos, macrófagos y otras células derivadas de la cresta neural (normalmente células dendríticas con capacidad de transmitir melanina de una célula a otra y de agruparse). En personas morenas son muy frecuentes las manchas melánicas fisiológicas por acúmulo de melanina.



© Prof. Urquía y cols.

Suelen encontrarse en encía, mejillas y paladar de manera simétrica. En principio no deberemos de preocuparnos por ninguna lesión por melanina, que sea simétrica. Aunque el color sea muy acusado.



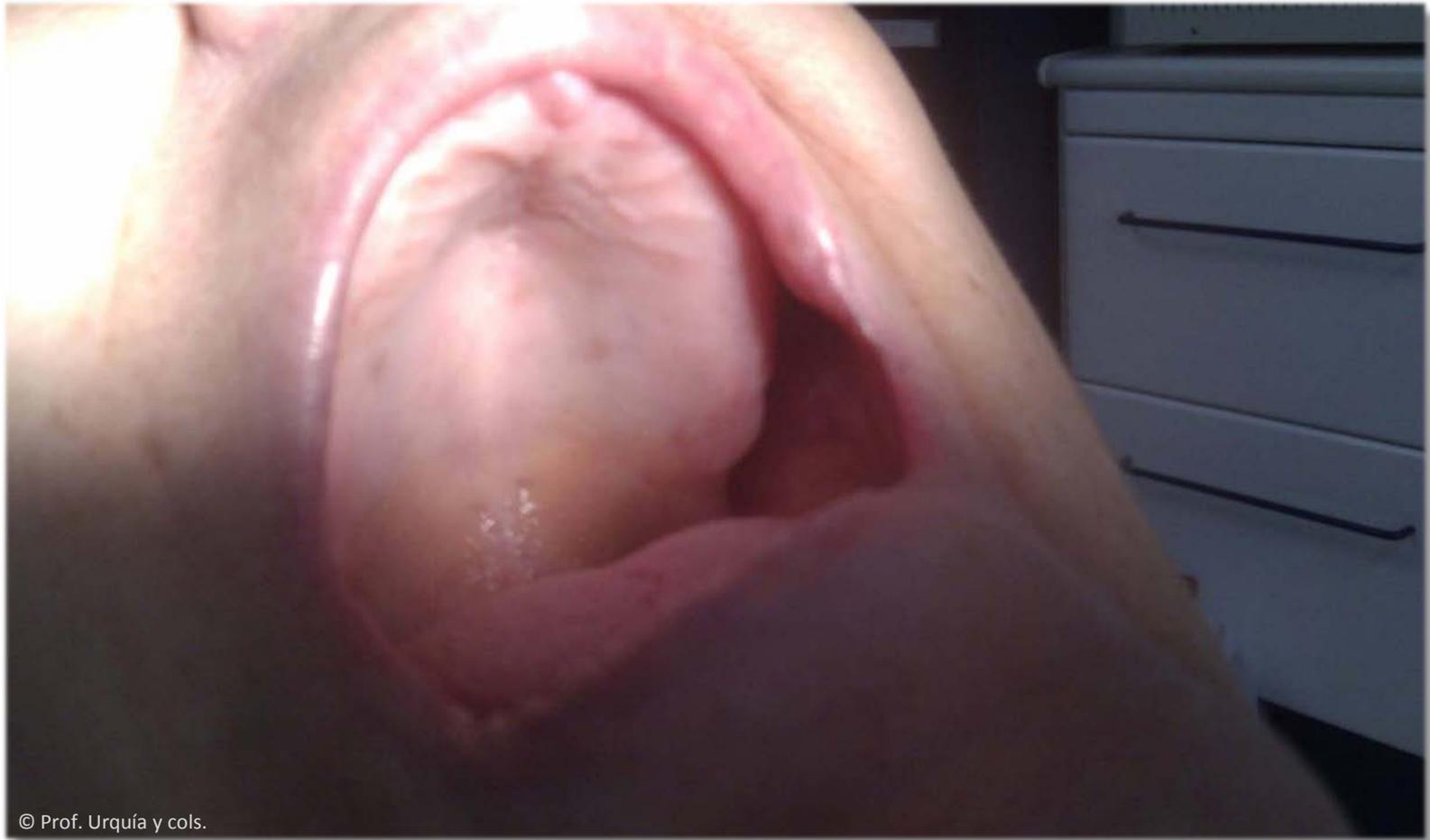
© Prof. Urquía y cols.

En las mujeres que toman anticonceptivos y fuman, pueden aparecer manchas melánicas en labios y mejillas. La importancia de la lesión es estética.



© Prof. Urquía y cols.

Manchas melánicas en labio inferior en mujer fumadora que toma anticonceptivos.



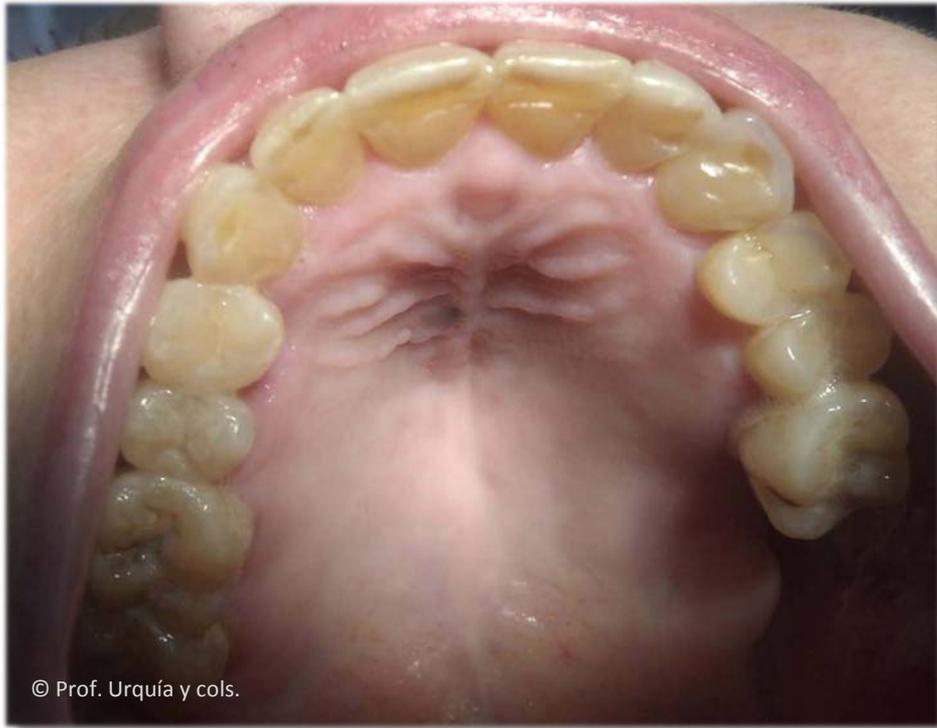
© Prof. Urquía y cols.

Las efélides o pecas son manchas frecuentes y se producen por aumento de la melanina en células melánicas, sin aumentar su capacidad mitótica.



© Prof. Urquía y cols.

A menudo se aprecian pecas en insuficiencia suprarrenal y neurofibromatosis de Von Recklinghausen. Esta paciente tiene un liquen plano en mejilla y pecas en labio.



El nevus es un acúmulo de células névicas (con capacidad de producir melanina). No debe suponer un problema, excepto los que se sitúan en la unión dermoepidérmica. Sin embargo, debemos de estar pendientes ya que un melanoma en boca es prácticamente indistinguible de algunos nevus.

En la imagen de la derecha se observa un melanoma en un paciente que, además, tiene una hipertrofia de encía.



Las manchas hemáticas pueden ser un simple eritema (vasodilatación de los capilares de la zona), o que ocurra una extravasación de la sangre fuera del lecho vascular.

Cuando existe salida de la sangre del vaso reciben el nombre de púrpuras o cardenales y son frecuentes en boca.

Dependiendo del tamaño y forma distinguiremos:

- Petequias (puntuales)
- Víbices (alargadas)
- Equimosis

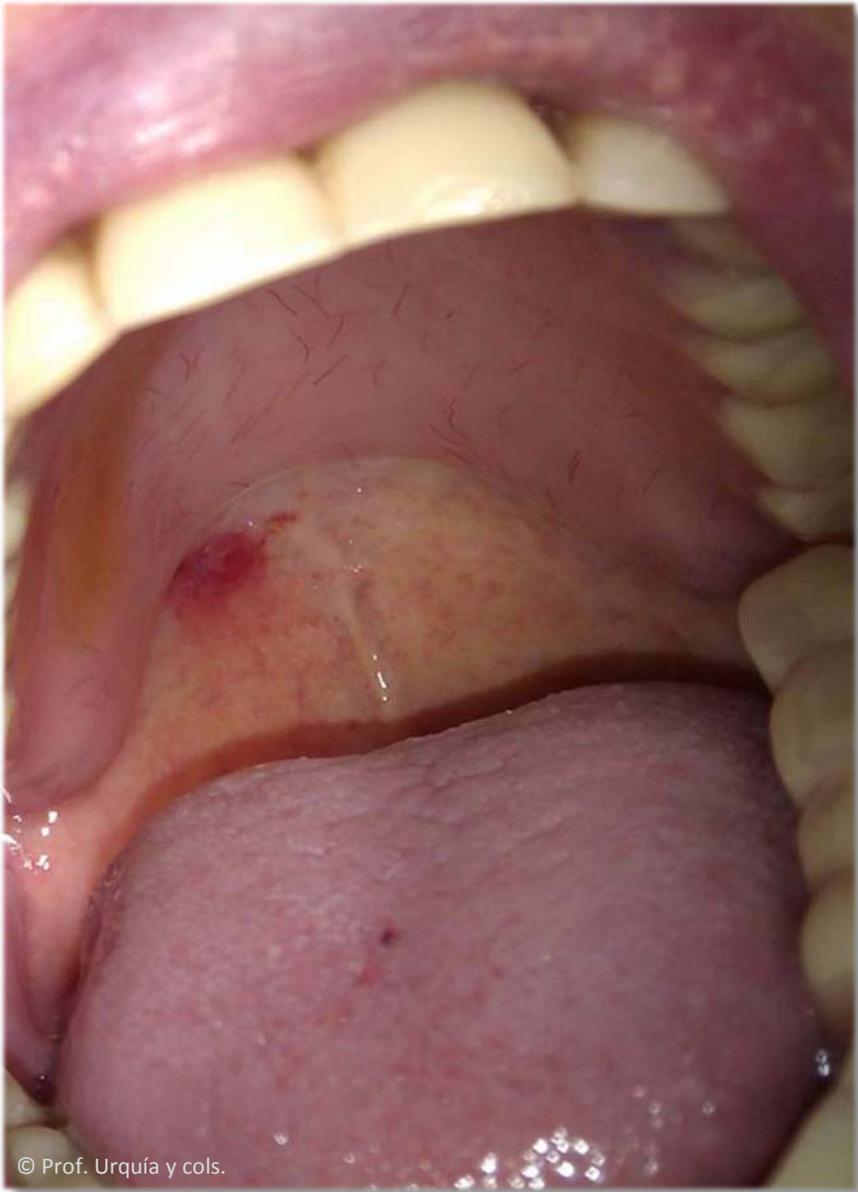
En la paciente se ven equimosis alrededor del eritema.

© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquía y cols.

En la imagen vemos petequias (puntuales) causadas por un mordisqueo. También son muy frecuentes las petequias causadas por los esfuerzos de vómitos o tos en los niños.



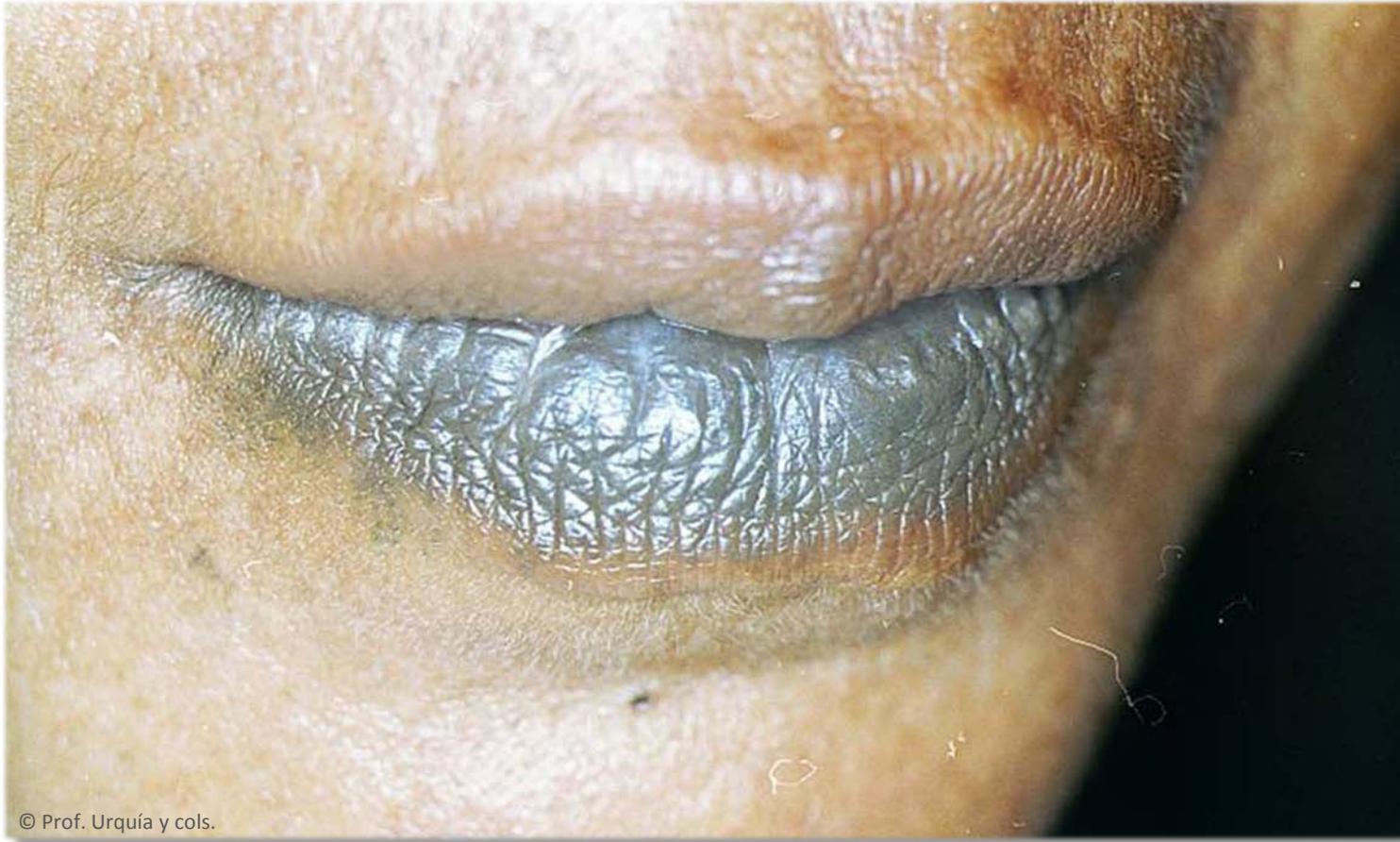
© Prof. Urquía y cols.

Equimosis causada por el trauma ocasionado por el borde de una prótesis.



© Prof. Urquía y cols.

Equímosis: la diferencia con el eritema es que el eritema desaparece por vitropresión, sin embargo, esto no ocurre así con ninguna de las púrpuras.



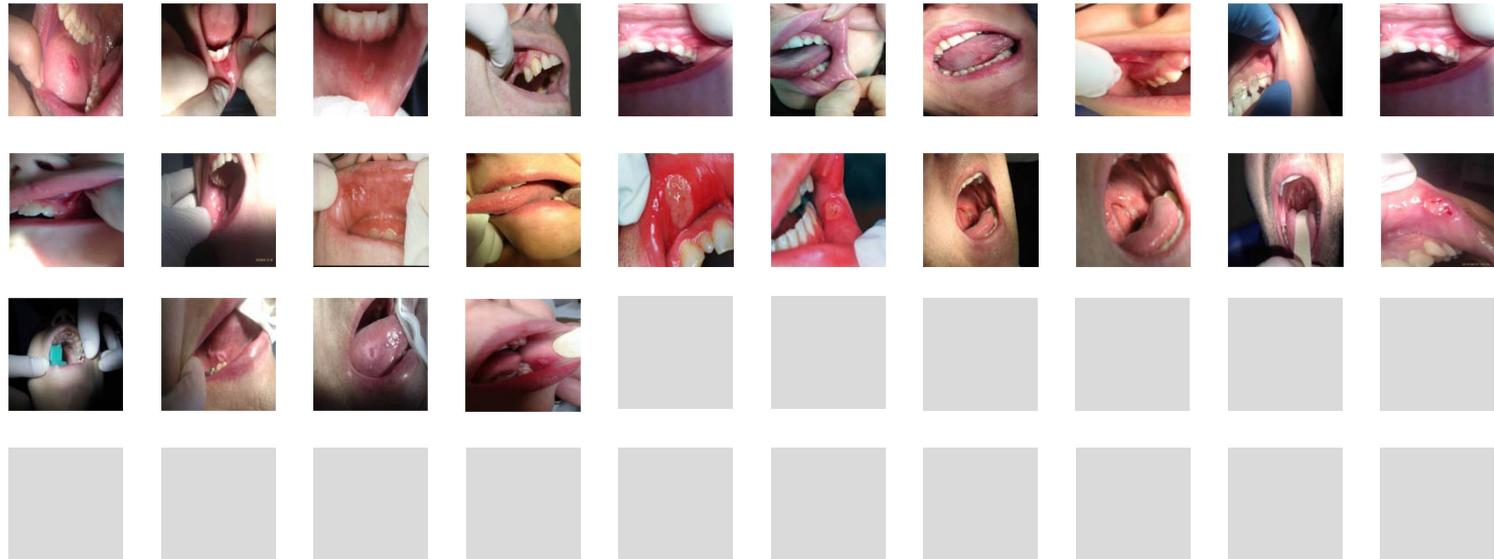
© Prof. Urquía y cols.

Dentro de las manchas debemos distinguir tatuajes como el de la figura. En algunas etnias africanas como los Peul, Gourmanchés, Tuareg, etc., las mujeres se hacen estos tatuajes por razones estéticas.

A veces también se pueden producir tatuajes por iatrogenia, al introducir pequeñas cantidades de amalgama en el interior de la encía de forma casual.

Unidad 6

Lesiones erosivas. Aftas





© Prof. Urquía y cols.

Actualmente se considera que “para que una lesión sea un “afta”, debe ser: una erosión, superficial, dolorosa, de localización exclusiva en mucosa oral o genital; y recidivante”.



© Prof. Urquía y cols.

Sin alguno de los criterios anteriores no será considerada un afta.

En la imagen aftas de labio: erosión, superficial, etc.



© Prof. Urquía y cols.

Tipos de aftas:

- Aftas menores
(Aftosis Oral Recidivante o aftas vulgares)
- Aftas herpetiformes
- Aftas mayores de Behçet
- Aftosis de Sutton
- Aftas asociadas a neutropenia cíclica



Aftosis Oral Recidivante (AOR) o aftas menores se caracterizan porque (I):

- Las lesiones son erosiones superficiales
- Forma redondeada
- Fondo uniforme y limpio
- Pequeño tamaño

© Prof. Urquía y cols.



Aftas menores (AOR).



© Prof. Urquía y cols.

Aftas menores:
localización exclusiva en mucosa oral.



© Prof. Urquía y cols.

Aftas menores se caracterizan porque (II):

- Están rodeadas de un halo rojo.
- Aparecen en grupos de dos o tres.
- No cursan con fiebre.
- No suele haber afectación ganglionar.
- Son moderadamente dolorosas.



© Prof. Urquía y cols.

Aftas: la mayoría de los casos tienen un origen autoinmune.



© Prof. Urquía y cols.

El desencadenante puede ser el tabaco; un tratamiento de ortodoncia; la menstruación; alimentos como marisco, chocolate, plátano, fresa o frutos secos; el estrés, etc.



© Prof. Urquía y cols.

A veces el diagnóstico de aftas nos viene hecho. Lo dice el paciente: “Doctor tengo aftas”. La repetición del cuadro hace que el paciente investigue en Internet.

No obstante, si vemos una lesión erosiva y recidivante, con borde rojo y que cumpla las demás características, podremos diagnosticarla de afta.



© Prof. Urquía y cols.



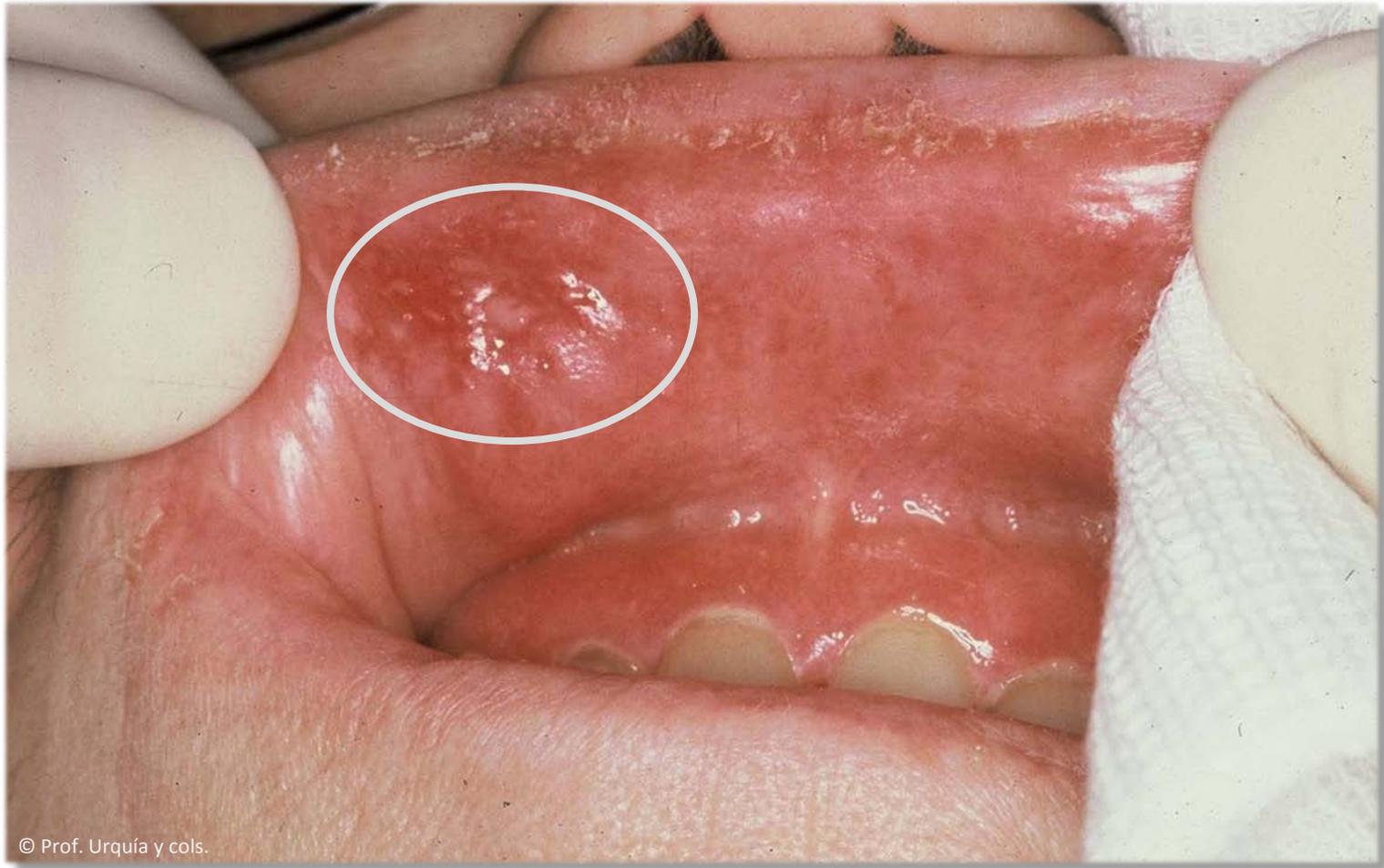
© Prof. Urquía y cols.

Lo que tenemos que hacer: las aftas menores van a durar 7-10 días con y sin tratamiento. No es necesario hacer nada, si acaso ácido hialurónico en gel y analgésicos suaves. También se puede aplicar un antiséptico para evitar la sobreinfección de las lesiones.



© Prof. Urquía y cols.

En ocasiones se unen varias aftas menores dando lugar a una erosión irregular y de mayor tamaño que podría hacer confundirnos con un afta mayor.



© Prof. Urquía y cols.

Aftas herpetiformes: poseen características de aftas menores pero son más pequeñas y agrupadas. Tienen tendencia a unirse formando aftas irregulares.



Las aftas herpetiformes se diferencian de las verdaderas lesiones herpéticas en que las aftas nunca fueron vesículas.

En la imagen vemos dos pacientes con aftas herpetiformes.



© Prof. Urquía y cols.

Aftas Mayores. Aftas de Behçet. Características (I):

- Las lesiones son más grandes
- Tienen bordes elevados
- Fondo necrótico irregular
- A menudo se desprende el fondo necrótico en forma de esfacelos
- Mal olor
- Afectación ganglionar regional



© Prof. Urquía y cols.

Las aftas de Behçet. Características (II):

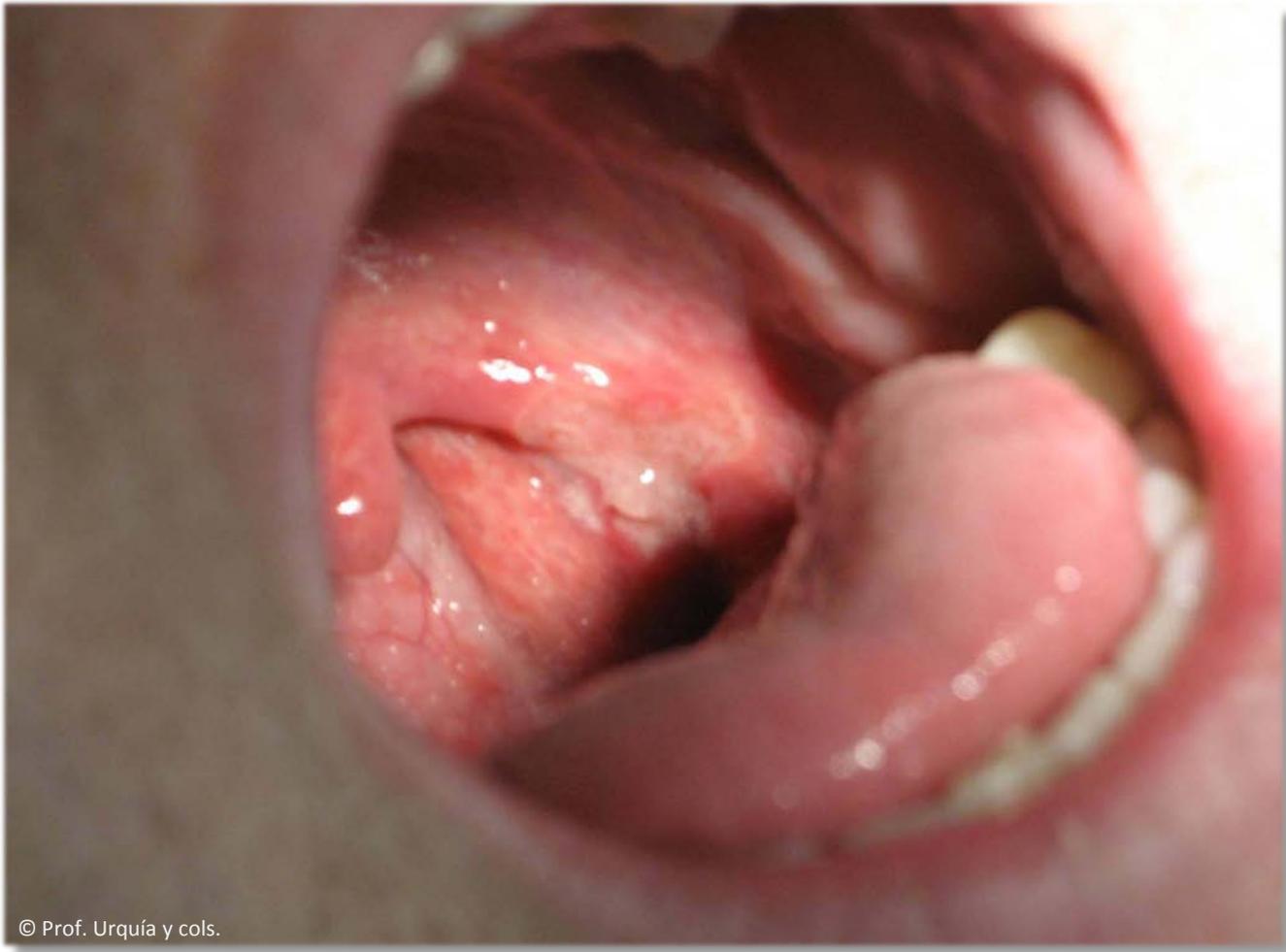
- Son menos numerosas (normalmente aparecen solas o en parejas)
- Localizadas en mucosa oral y genital
- Son muy dolorosas
- Cuando curan, dejan cicatrices



© Prof. Urquía y cols.

Paciente con gran cicatriz dejada por aftosis de Behçet. Cuando las lesiones son muy grandes, se suelen asociar a glomerulonefritis, vasculitis, pericarditis, pleuritis o artritis.

Estas otras lesiones a distancia están provocadas por el depósito de inmunocomplejos circulantes en la pared de los vasos, del glomérulo, en el pericardio, pleura, etc.



© Prof. Urquía y cols.

Paciente con cicatriz dejada por una gran afta mayor de Behçet.



© Prof. Urquía y cols.

Cuando curan dejan cicatrices que, a veces, pueden retraerse.

En este paciente la lesión desvía la úvula y tira de los tejidos de alrededor.



© Prof. Urquía y cols.

Aftosis de Suttons o perioadenitis mucosinequante. Las lesiones tienen características de aftas mayores, como las anteriores, pero se forman sobre un nódulo de una glándula salivar menor.



© Prof. Urquía y cols.

Algunos autores consideran, en la clasificación de aftas, incluir las lesiones ulcerosas asociadas a la neutropenia cíclica.

Paciente con neutropenia periódica y recidivante y lesión ulcerada que coincide con los periodos de deplección de granulocitos. La lesión es muy profunda y sin el característico halo rojo.



© Prof. Urquía y cols.

Las aftas se distinguen de una úlcera traumática porque esta última casi siempre tiene el halo blanco. Las aftas nunca.

En la imagen una úlcera traumática.



© Prof. Urquía y cols.

Halo blanco característico de la úlcera traumática.

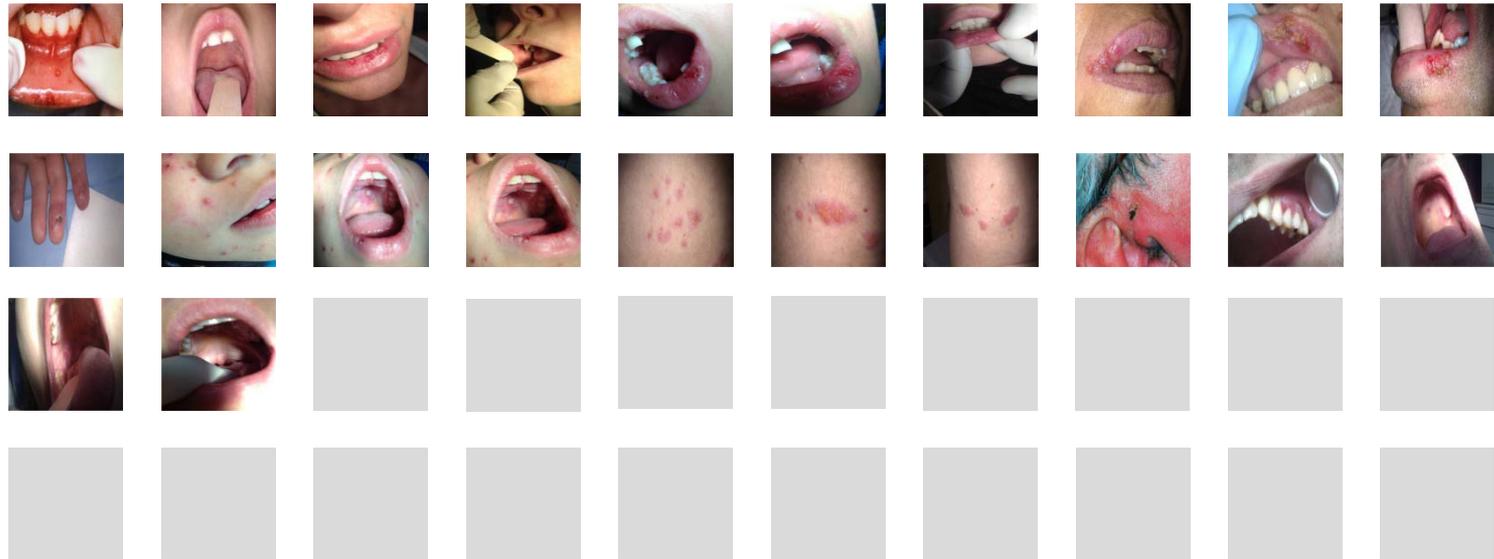


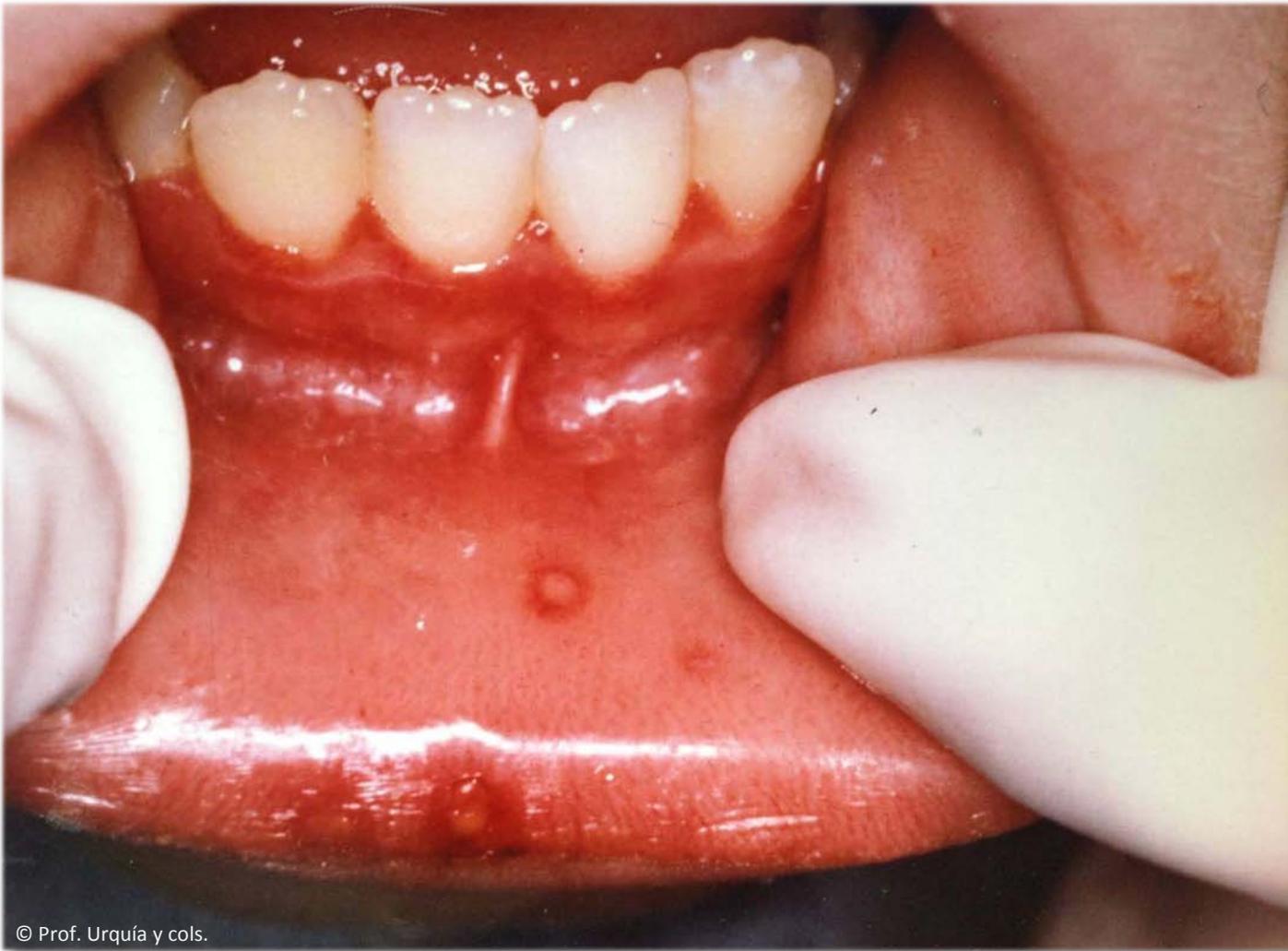
© Prof. Urquía y cols.

En el afta el halo es rojo, nunca blanco.

Unidad 7

Lesiones vesiculares





© Prof. Urquía y cols.

La mayoría de las infecciones virales se manifiestan en boca mediante vesículas. Las vesículas se definen como una lesión elemental de contenido líquido y de localización muy superficial. En la imagen un paciente con primoinfección herpética.



© Prof. Urquía y cols.

Herpes simple: primoinfección normalmente asintomática durante los primeros años de la vida. Solamente algunos pacientes tienen síntomas.



En la imagen un paciente con primoinfección herpética. Veremos lo siguiente: el niño tiene fiebre alta durante dos o tres días, irritabilidad, artralgia y cefaleas; siendo muy frecuente la presencia de adenopatías submandibulares y un eritema faríngeo. Coincidiendo con la desaparición de la fiebre, apreciaremos lesiones vesiculares en paladar, mejilla y labios.



Desaparece la fiebre y a continuación aparecen varias vesículas en boca.

En la imagen un paciente con primoinfección herpética.

© Prof. Urquía y cols.



Las vesículas se mantienen en boca muy poco tiempo, rompiéndose y dando lugar a una lesión parecida a una erosión. Cuando esto ha ocurrido son indistinguibles de las aftas, si no es por el antecedente de fiebre.

En la imagen un paciente con primoinfección herpética.



Lo que tenemos que hacer: en la primoinfección herpética: el tratamiento se basa en tratar los síntomas (antitérmicos, analgésicos y antiinflamatorios).



En la imagen un paciente con primoinfección herpética. En varios días desaparecerán los síntomas.



© Prof. Urquía y cols.

Reactivación del herpes simple: el virus queda acantonado en los ganglios. En un futuro, en un periodo de compromiso inmunológico, el virus se reactivará dando lugar al “botón de fiebre” como el que se muestra en la imagen.



© Prof. Urquía y cols.

La lesión que vemos en la reactivación del herpes simple, es un conjunto de vesículas muy próximas localizadas en el labio superior o inferior. Posteriormente se van a disecar apareciendo pústulas y escaras.



© Prof. Urquía y cols.

Lo característico de esta lesión de la reactivación del herpes simple es que suelen aparecer en el mismo sitio.



© Prof. Urquía y cols.

En ocasiones pueden dar lugar al llamado “panadizo herpético”: lesiones vesiculares que se sobreinfectan, en dedos. Antiguamente era frecuente en cirujanos.



© Prof. Urquía y cols.

Infección por el virus herpes varicela-zóster: es el causante de la varicela en su primoinfección y del zóster en su reactivación.

Durante la primoinfección vamos a ver en piel un cuadro de lesiones “en cielo estrellado” (por su diferente estadio evolutivo). Son vesículas sobre una pápula.



© Prof. Urquía y cols.

Las manifestaciones de la primoinfección en boca se manifiestan con un enantema, vesículas rotas, faringitis.



© Prof. Urquía y cols.

En la imagen el enantema que se produce en una varicela.



© Prof. Urquía y cols.

La reactivación de este virus da lugar al herpes zóster. En piel se manifiesta como un conjunto de vesículas.



© Prof. Urquía y cols.

La distribución de estas vesículas de la reactivación del herpes zóster suele seguir el recorrido metamérico de un nervio.



Estas vesículas de la reactivación del herpes zóster, posteriormente, se van a desecar dando lugar a pústulas.



© Prof. Urquía y cols.

Las lesiones del zóster son dolorosas y pueden afectar al conducto auditivo externo.



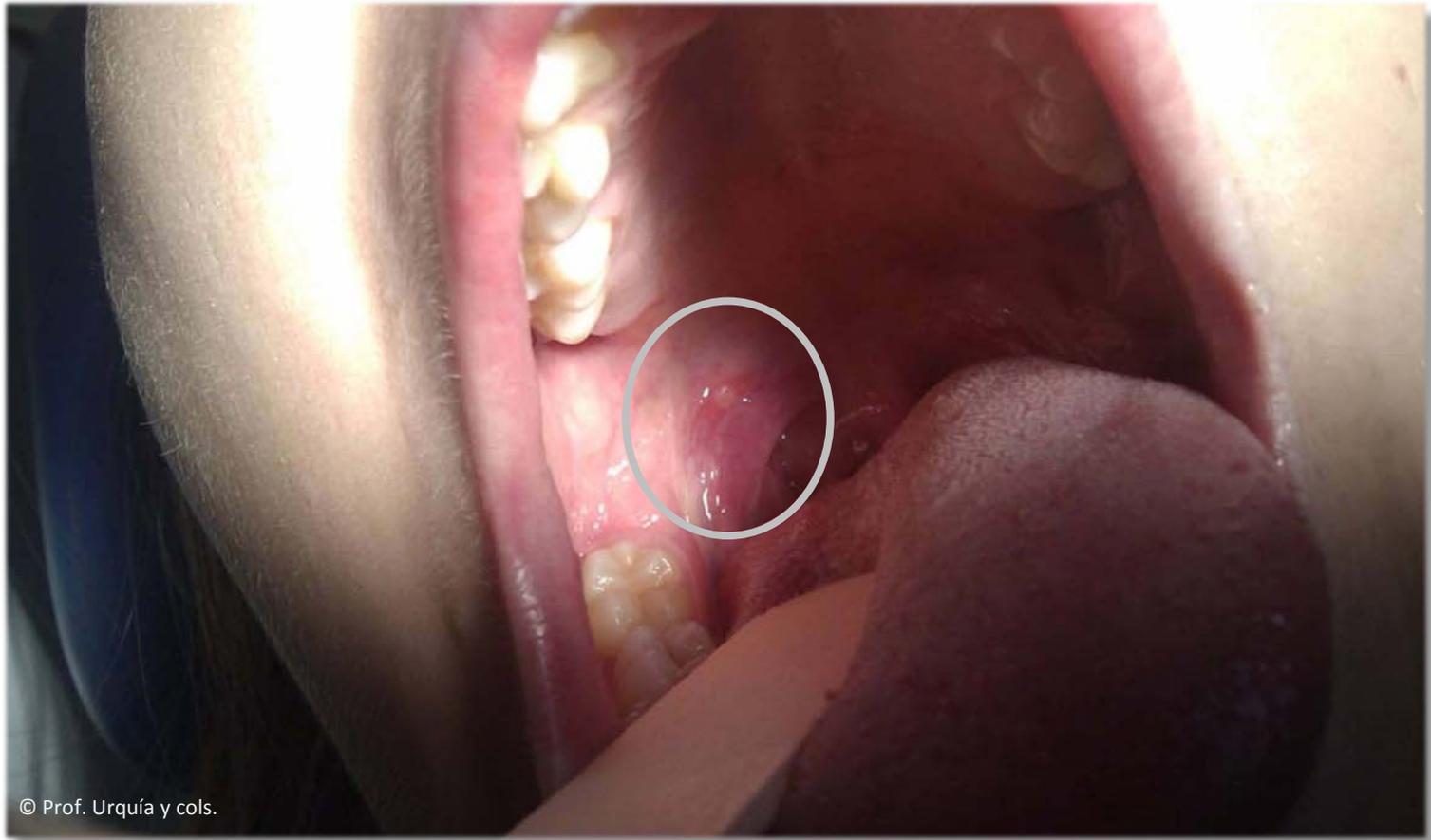
© Prof. Urquía y cols.

En boca, la reactivación del herpes varicela-zóster se manifiesta también mediante un conjunto de vesículas agrupadas que siguen el recorrido de cualquier nervio.



Las vamos a observar por lo tanto en una hemiarcada solo. Como la vesícula es muy superficial, se rompen enseguida, quedándonos unas pequeñas erosiones.

¿Cómo las distinguimos de un aftas herpetiforme entonces? Porque en los pacientes con herpes podemos ver algunas vesículas que no se han roto todavía y por su presentación en una sola hemiarcada.



© Prof. Urquía y cols.

Infecciones por virus Coxsackie y Echo: van a dar lugar a infecciones durante los periodos estivales. Los niños, a la vuelta de un campamento, tendrán manifestaciones de una faringitis. Si las buscamos, nos daremos cuenta que tienen vesículas rotas en paladar blando.

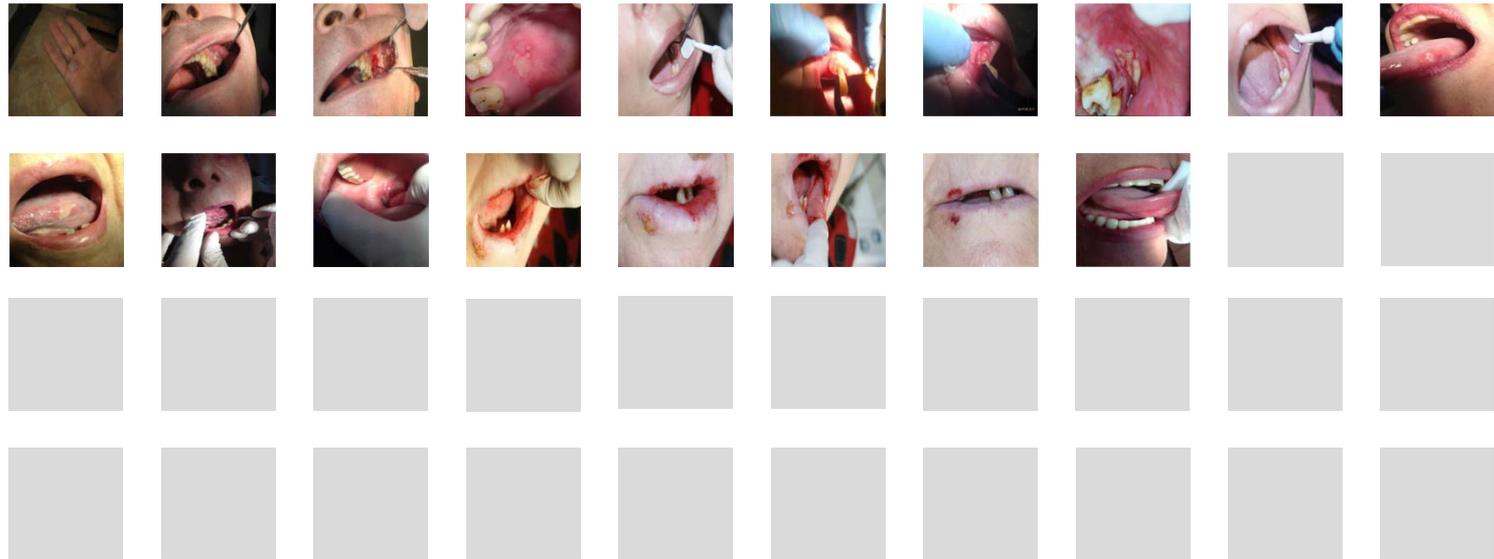


© Prof. Urquía y cols.

Vesículas en paladar blando por virus Echo.
Es la denominada “herpangina”.

Unidad 8

Lesiones por ampollas





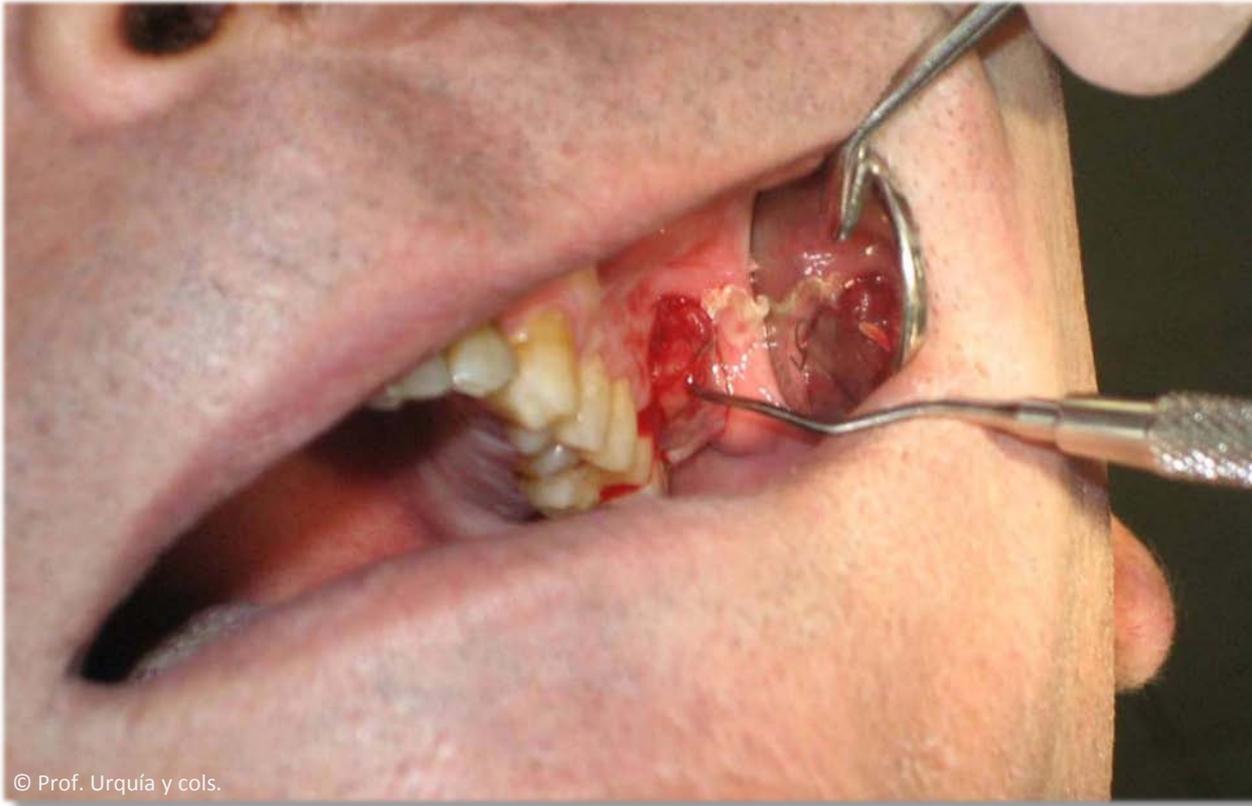
La ampolla es una lesión elemental de contenido líquido, exofítica y de mayor tamaño que las vesículas.



© Prof. Urquía y cols.

Normalmente el plano donde asienta la ampolla es más profundo. Este hecho hace que su permanencia en boca sea mayor que las vesículas.

© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquía y cols.

La membrana que recubre las ampollas es más fácilmente identificable. Con una sonda podremos separar la membrana de la lesión dejando un lecho erosivo.



Las ampollas se ven en boca casi siempre planas. El contenido líquido se ha salido. La presión de la lengua hace que se rompa.

Apreciaremos una zona nacarada o blanquecina y un rodete rojo alrededor. La zona blanquecina se corresponde con el techo. Se puede levantar con la sonda.



© Prof. Urquía y cols.

Las enfermedades que se manifiestan mediante ampollas en boca son:

- Pénfigo verdadero o vulgar
- Penfigoides (penfigoide benigno de las mucosas)
- Eritema multiforme
- Liquen plano ampollar (ver unidad correspondiente)



En la imagen paciente con pénfigo vulgar. El pénfigo vulgar o verdadero en una enfermedad autoinmune, en la que las ampollas están formadas por autoanticuerpos dirigidos contra los puentes intercelulares que unen las células de la capa espinosa de la epidermis.

Lo más característico de este tipo de patología es el signo de Nikolsky positivo (cuando insuflamos aire o pasamos una gasa se formará una ampolla en la zona.)

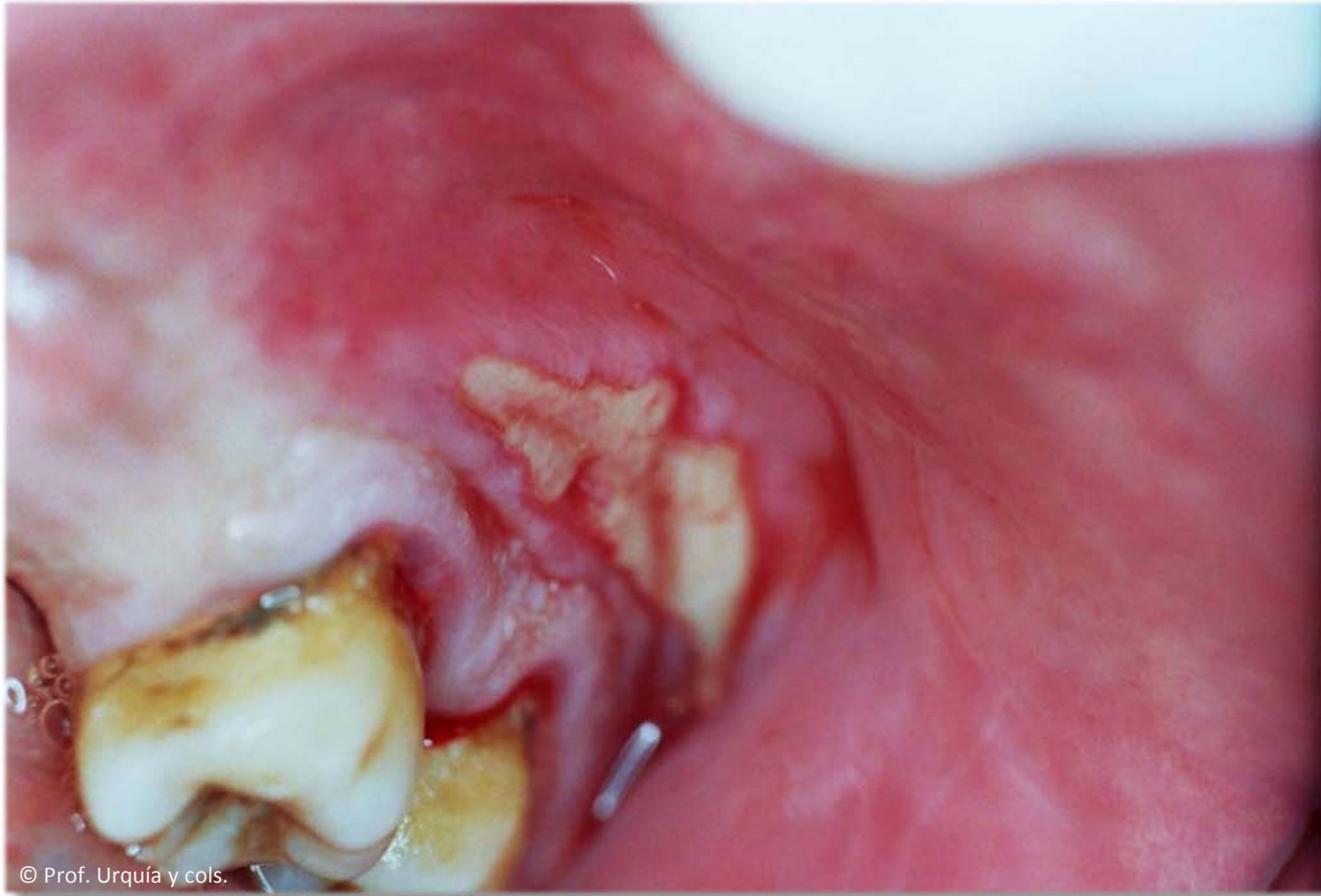


© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquía y cols.

Nikolsky +. En la imagen paciente con pénfigo vulgar.



En la imagen paciente con pénfigo vulgar.

Si no ponemos remedio aparecerán lesiones ampollares en piel y evolucionará con manifestaciones sistémicas.



© Prof. Urquía y cols.

En la imagen se ve una ampolla, que no está elevada porque se ha roto y salido el contenido. Se identifica la membrana que forma el techo de la misma.

Corresponde a una paciente con un pénfigo verdadero.



© Prof. Urquía y cols.

En la imagen paciente con ampolla por un pénfigo vulgar.



© Prof. Urquía y cols.



Penfigoide benigno de las mucosas (bulloso, cicatricial, mucosinequante de Lortat Jacob, etc.): se produce por anticuerpos anti “membrana basal”. Luego las ampollas son más profundas y la membrana que las cubre más gruesa que en los pénfigos verdaderos.

En ocasiones estas ampollas se llenan de sangre.



© Prof. Urquía y cols.

Se nota una membrana más fuerte y gruesa que en el pénfigo verdadero. El penfigoide benigno de las mucosas ni es tan benigno ni afecta sólo a mucosas como su nombre indicaría.



© Prof. Urquía y cols.

En el penfigoide benigno las ampollas pueden tener cualquier localización. Este tipo de penfigoide asocia las ampollas en boca, con lesiones en los ojos, que van a derivar en cicatrices retractiles.

En la imagen lesión ampollar de un paciente con penfigoide.



© Prof. Urquía y cols.

Eritema multiforme/Steven Johnson. Causa autoinmune que cursa con lesiones vesículo-ampollar y pústulas alrededor de los orificios de boca y ano. El 65 % de los pacientes sufren lesiones bucales y labiales.



© Prof. Urquía y cols.

Ampollas que se erosionan, sangrando con intensidad. Son características las hemorrágicas espontáneas de los labios.

En la imagen paciente con eritema multiforme.



© Prof. Urquía y cols.

En la imagen paciente eritema multiforme.



© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquía y cols.

Mejoran enormemente al tratarlas con corticoides sistémicos.

Paciente con eritema multiforme a los pocos días de tratamiento.

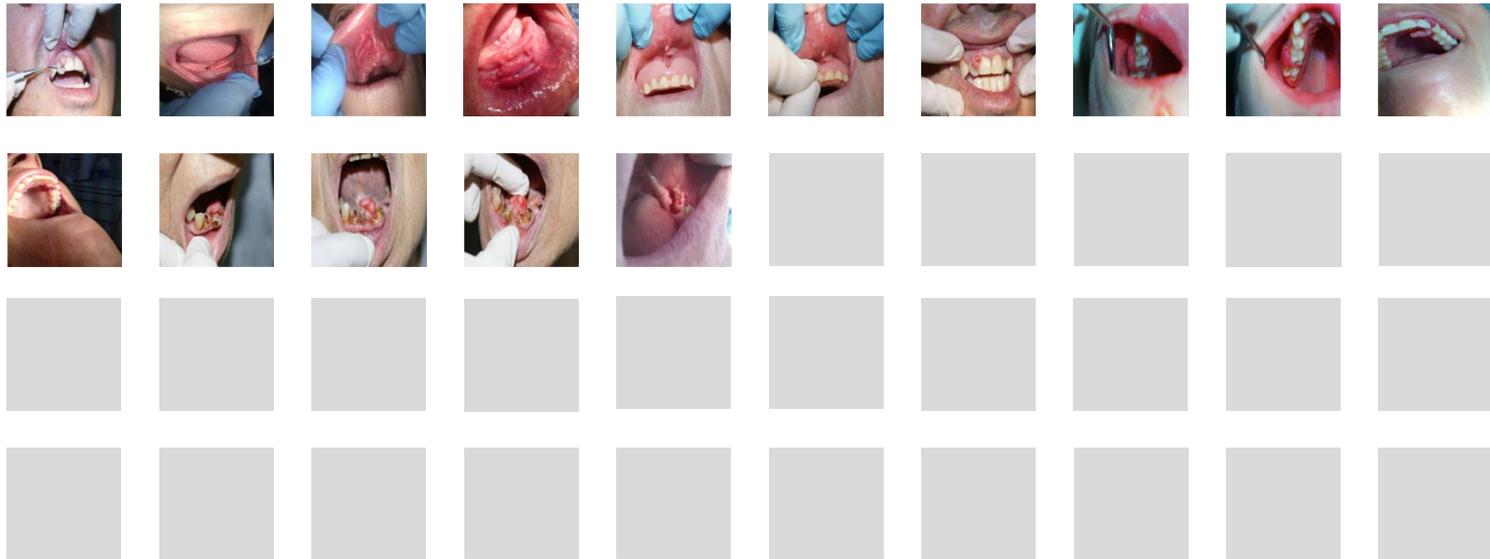


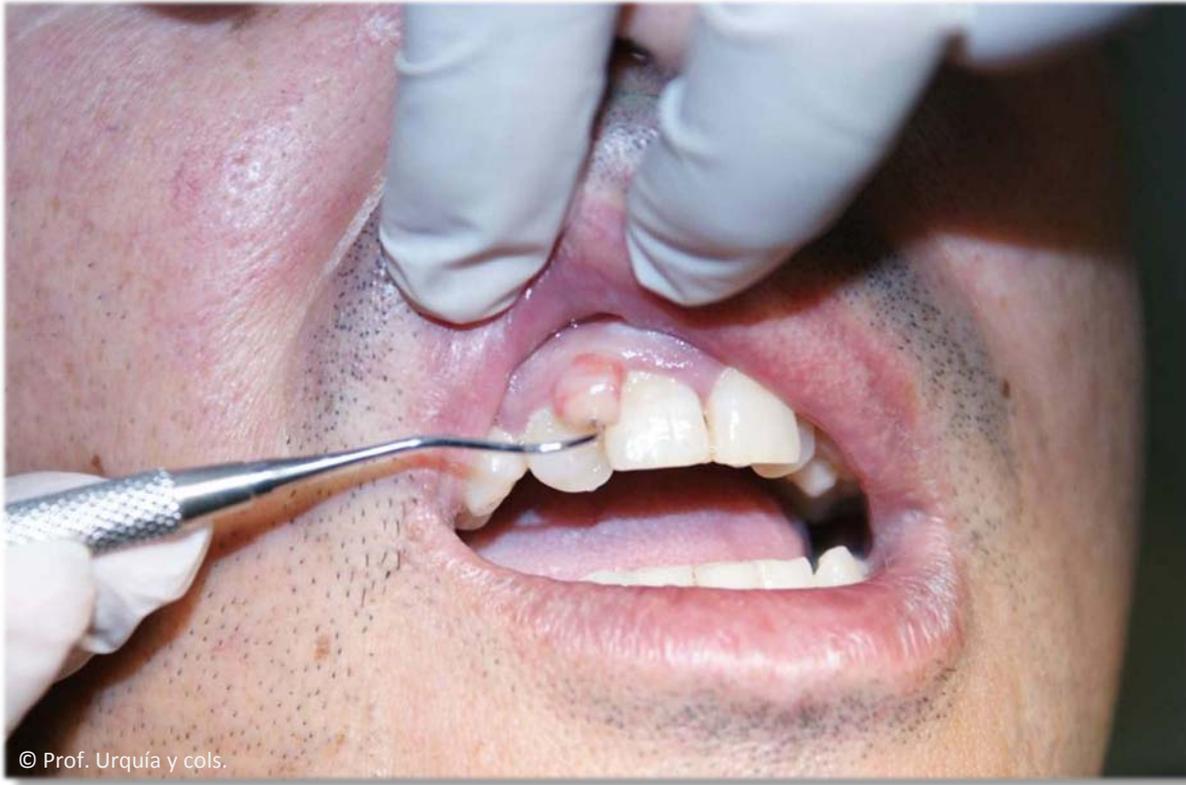
© Prof. Urquía y cols.

El diagnóstico: podemos llegar hasta la identificación de la ampolla. Se hará levantando el techo con una sonda. Posteriormente el diagnóstico de certeza para distinguir pénfigos verdaderos de otros penfigoides, se hace con la demostración de los ACS antidesmosomas de la capa espinosa por inmunofluorescencia.

Unidad 9

Épulis

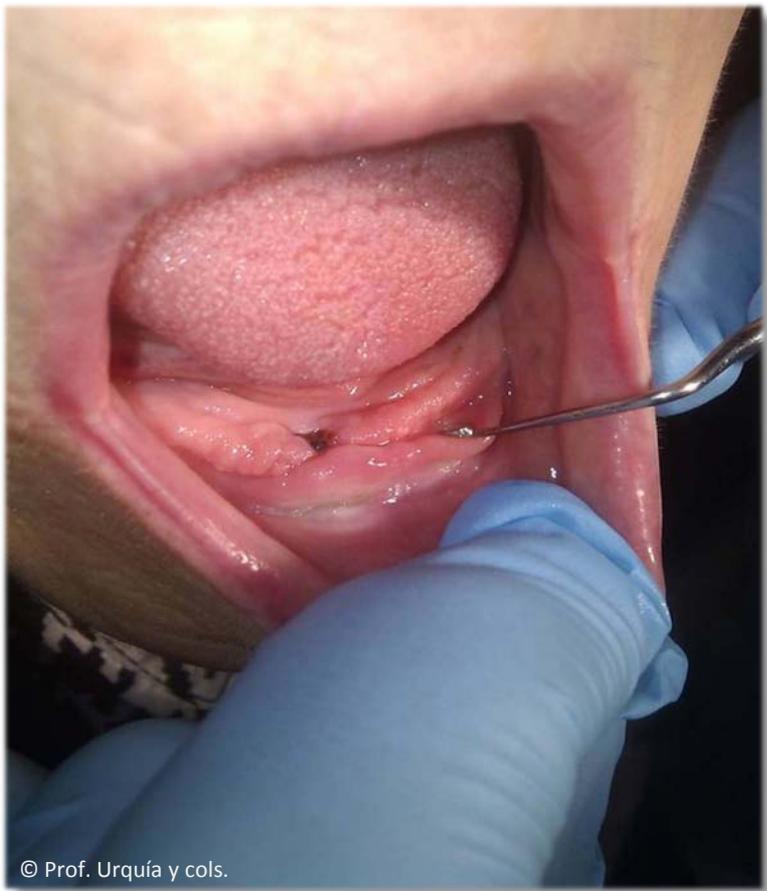




© Prof. Urquía y cols.

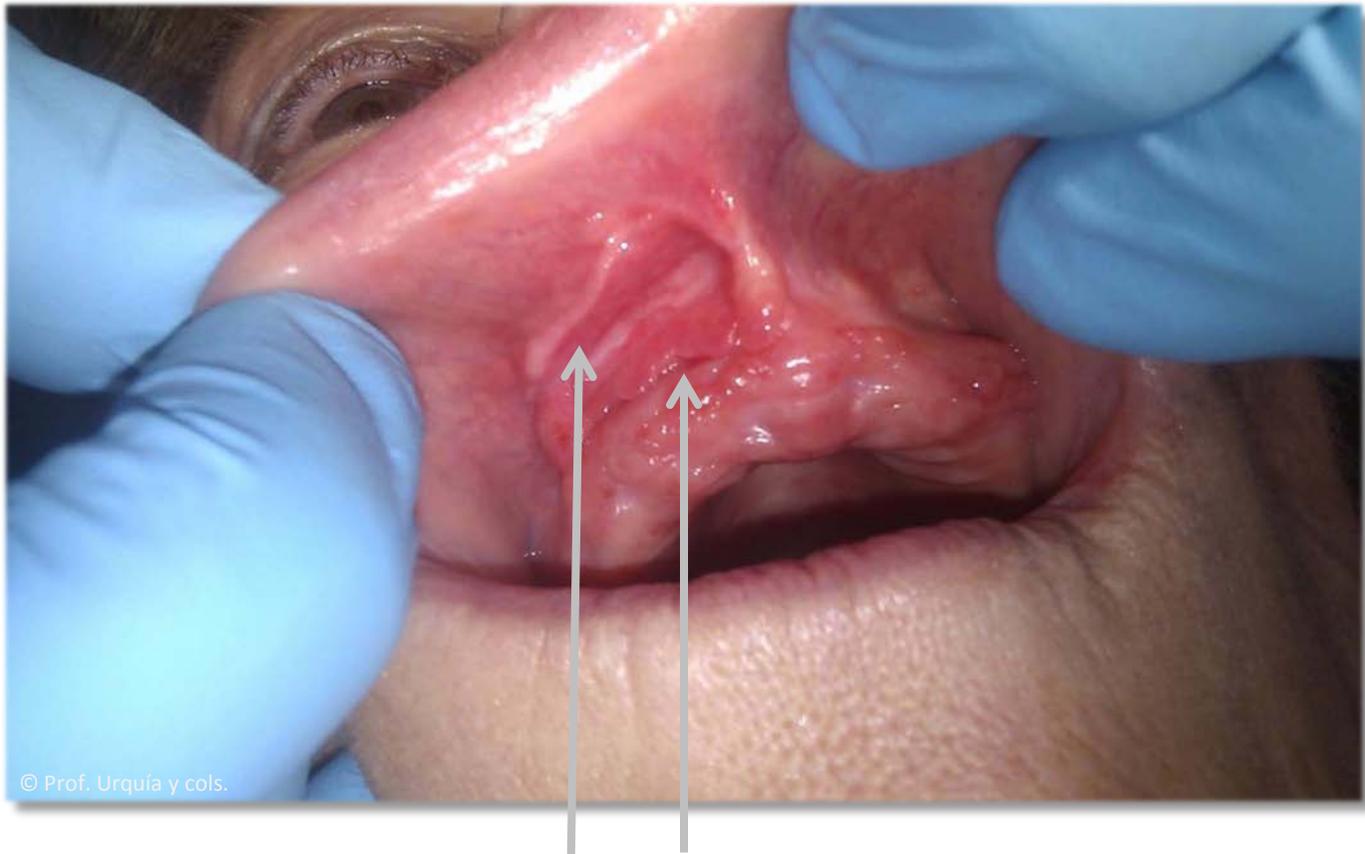
Épulis significa una lesión que asienta en encía. Generalmente tienen dos causas:

- Traumática
- Falta de higiene acusada



© Prof. Urquía y cols.

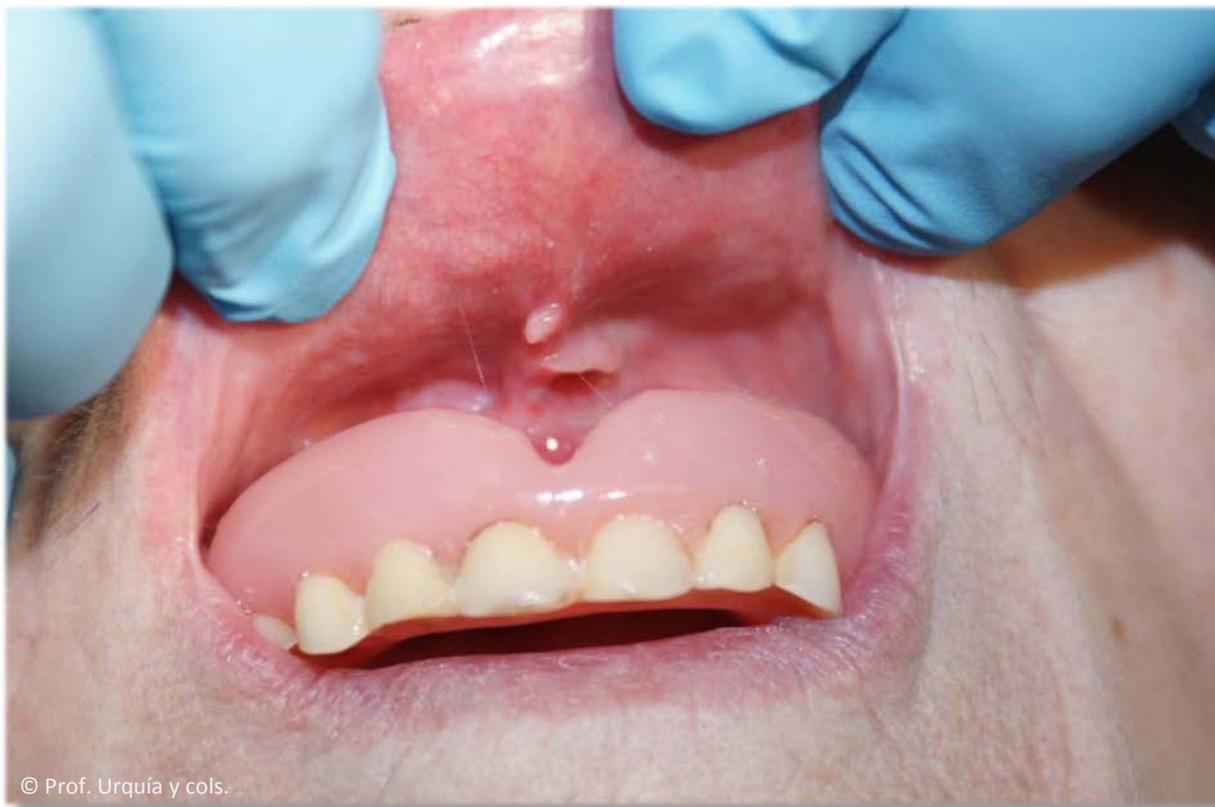
Traumático: el más frecuente, el épulis fissuratum.



Épulis fisuratum: llamado así por su forma de páginas de libro.



Épulis fisuratum: podemos separar las hojas con una sonda. No maligniza nunca, pero ¡cuidado! deberemos inspeccionar los fondos de estas hojas, por la posibilidad de que escondan una úlcera traumática.



© Prof. Urquía y cols.

Épulis fisuratum: se debe a una prótesis mal adaptada.



© Prof. Urquía y cols.

Lo que hay que hacer en el *épulis fissuratum*: retirar la prótesis y mandar hacerle un rebase adaptándola.



© Prof. Urquía y cols.

Épulis por falta de higiene: es sésil, pediculado, sangra abundantemente. Crece por encima del diente, tapándolo.



© Prof. Urquía y cols.

El épulis por falta de higiene incluye 3 patologías: la hiperplasia granulomatosa de la mucosa oral (granuloma piógeno, botriomicoma, etc.), el épulis del embarazo y el granuloma periférico de células gigantes.

En la imagen una hiperplasia granulomatosa.



© Prof. Urquía y cols.

La hiperplasia granulomatosa: crece en zonas de poca limpieza. Dicha lesión puede ser pediculada o sésil. La coloración es variable, del rojo violáceo (granulomatoso) al rosa pálido fibroso. Requiere eliminación de la masa y curetaje del lecho. Puede recidivar después de extirpado.



© Prof. Urquía y cols.

Durante la gestación hay una situación de hiperplasia de la encía por causa hormonal. Como sangra más la encía, la mujer deja de cepillarse en esa zona. Las consecuencias son desastrosas: el llamado el “épolis del embarazo”.



© Prof. Urquía y cols.

El épulis del embarazo: muchos autores lo identifican como un granuloma piogénico. Tendrá todas las características de este, con la particularidad de presentarse en embarazadas.



© Prof. Urquía y cols.

Granuloma periférico de células gigantes es un seudotumor que se presenta en la mucosa.



© Prof. Urquía y cols.

Granuloma periférico de células gigantes: se trata de una forma particular de reacción ante un traumatismo o placa de sarro que involucre infección por microorganismos piógenos.

Es también una tumoración pediculada.



© Prof. Urquía y cols.

Granuloma periférico de células gigantes: la exploración debemos hacerla con cuidado porque podemos dar lugar a hemorragias difíciles de parar.

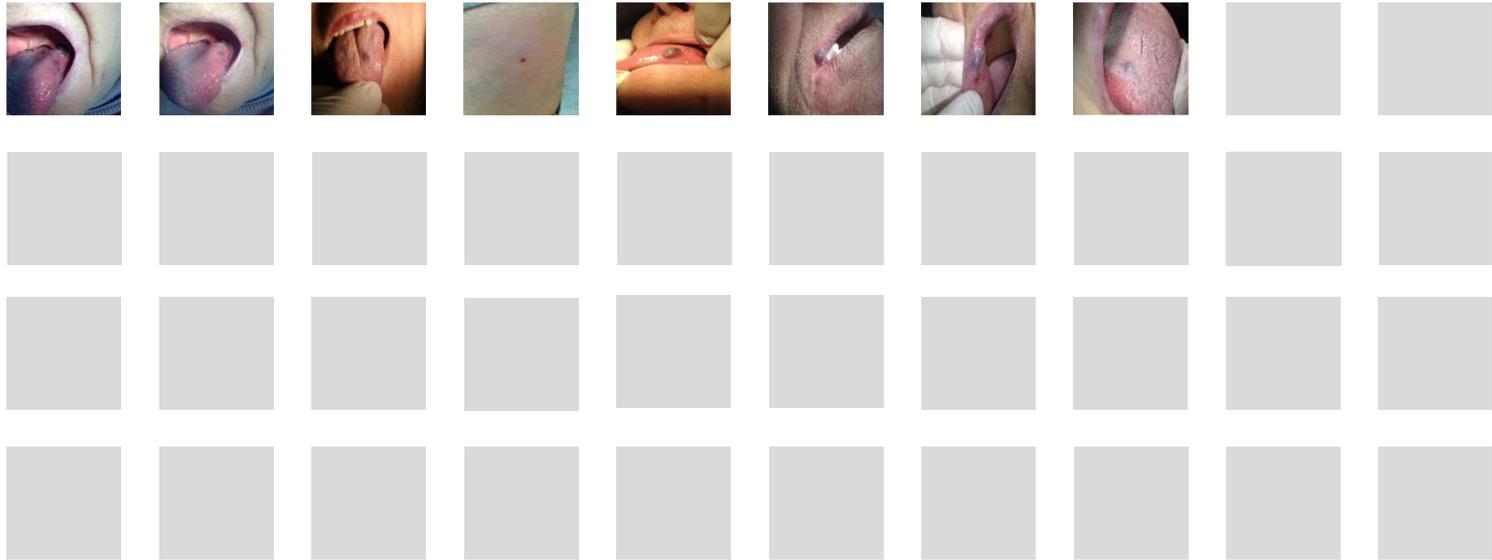


© Prof. Urquía y cols.

Granuloma de células gigantes: puede provocar diastema entre dos dientes y estar localizado en un alveolo vacío.

Unidad 10

Hemangiomas





© Prof. Urquía y cols.

Los hemangiomas son neoplasias benignas producidas por una neoformación de vasos sanguíneos.



© Prof. Urquía y cols.

La forma del angioma es el de una lesión elevada y lobulada. Son muy frecuentes en edades tempranas. También se dan en personas mayores como este caso.



© Prof. Urquía y cols.

El hemangioma presenta una gran incidencia en cavidad oral por la gran vascularización y la red de capilares y vasos pequeños que existen en la boca.



El hemangioma juvenil se ve en cualquier lugar de la piel, como es el caso, pero la localización más frecuente en nuestro medio es en la región parotídea.



© Prof. Urquía y cols.

A veces no son auténticos hemangiomas, sino hamartomas (acúmulo de vasos) y se pueden confundir también con dilataciones varicosas de la lengua.



© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquía y cols.

En el hemangioma el tratamiento con corticoides puede disminuir el tamaño de los vasos.



© Prof. Urquía y cols.

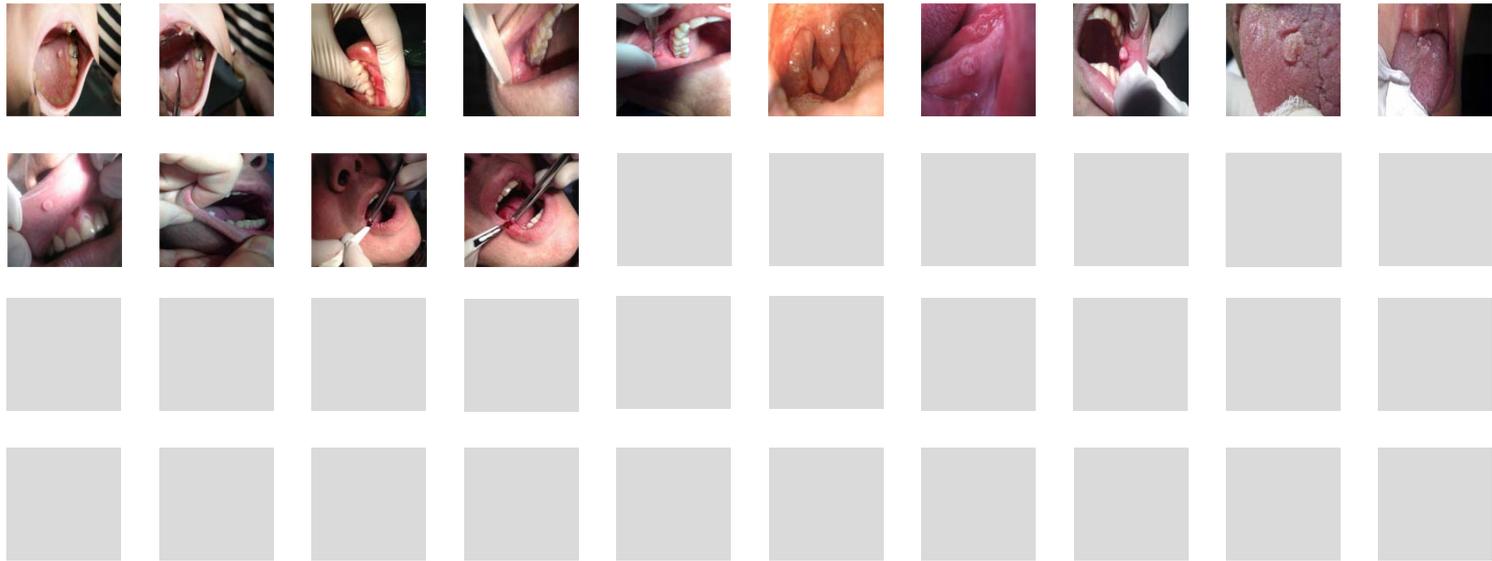
Los hemangiomas cavernosos (vasos de gran tamaño) requieren tratamiento quirúrgico; sangran mucho.



En general, el pronóstico y la evolución de los angiomas es favorable. La mayoría de los autores afirman que los angiomas pueden desaparecer espontáneamente sin tratamiento.

Unidad 11

Papilomas





© Prof. Urquía y cols.

Papiloma: elevación circunscrita de la mucosa en forma de dedo de guante. Está cubierta por epitelio normal o hiperqueratinizado.



Papiloma: en la mayoría de las ocasiones predomina el diámetro longitudinal.



© Prof. Urquía y cols.

Aunque pueden tener una base ancha como el papiloma de la imagen.



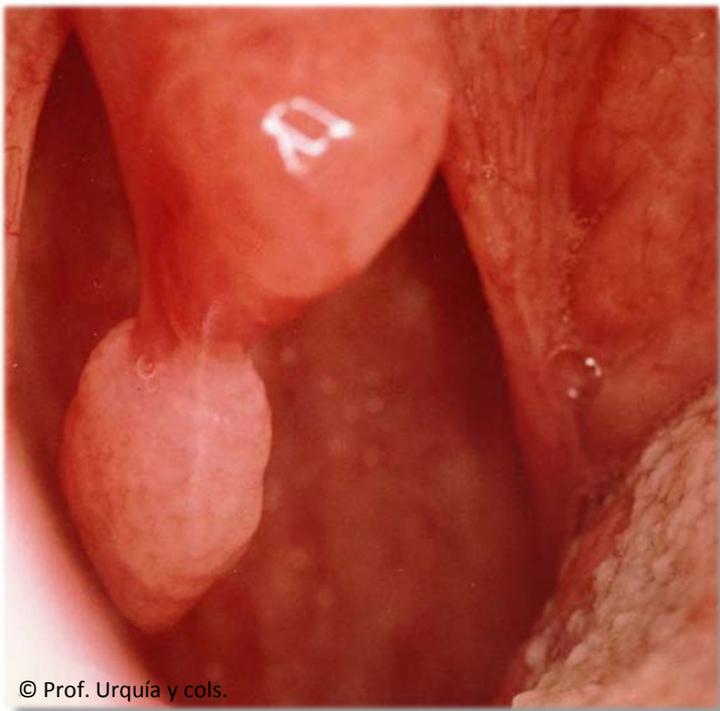
© Prof. Urquía y cols.

En boca llamamos también papilomas a la lesión formada por acúmulo de digitaciones que sobresalen de la mucosa en forma de coliflor.



© Prof. Urquía y cols.

Papiloma. En ocasiones la forma de los papilomas pueden simular lesiones por succión u otras causas.



© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquía y cols.

Papiloma: suele haber una estrechez a nivel del cuello formando un pedículo.



© Prof. Urquía y cols.

Papiloma: en muchos casos están recubiertos por una capa de queratina lo que les da el color blanco.



Estos papilomas + queratina serían el equivalente a las verrugas de la piel pero de color blanco. En su origen, a los papilomas se los ha asociado con infecciones virales.



La papilomatosis oral está considerada una enfermedad de transmisión sexual.

Su rasgo más importante es un patrón de crecimiento papilar (como pelitos unidos).



En la figura se aprecian lesiones por condilomas acuminados y lesiones en paladar por hongos.

© Prof. Urquía y cols.



Papiloma de labio.



© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquía y cols.

Lo que hay que hacer: quitarlos.



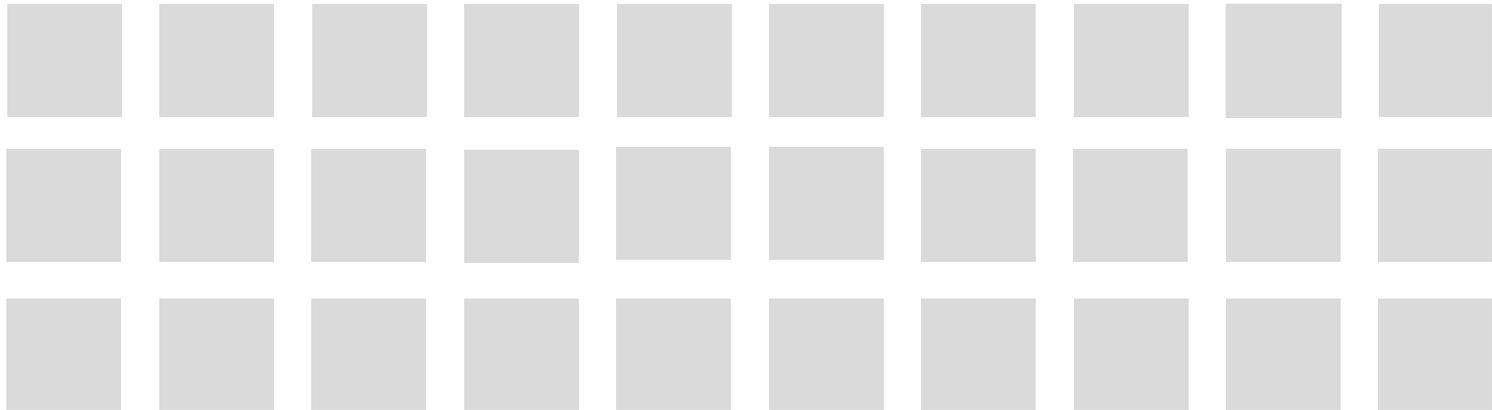
©

© Prof. Urquía y cols.

Cuando se quitan, hay que incluir la base del pedículo.

Unidad 12

Fibromas





© Prof. Urquía y cols.

El fibroma es una neoplasia mesenquimatosa benigna que aparece con mucha frecuencia en la cavidad bucal.



Fibroma: es considerado el tumor o neoplasia benigna de tejido conjuntivo más común de la cavidad bucal.

Se origina como una reacción a traumatismos crónicos, como el mordisqueo de carrillo, labios o irritación por prótesis.



O por el hábito de succión de la mucosa oral (diapneusia), cuando existe falta de una pieza.

En la imagen de la izquierda, paciente con una diapneusia y un espacio entre molar y premolar. En la imagen de la derecha, el espacio se sitúa entre primer y tercer molar. En este caso será fácil de diagnosticar si coincide al enfrentarlas con un diastema o separación entre dientes.



Fibroma: desde el punto de vista clínico es una lesión que se caracteriza por ser elevada, consistencia firme y de coloración normal a pálida debido a una relativa carencia de vasos sanguíneos.



© Prof. Urquía y cols.

Fibroma: la superficie puede ser lisa o ulcerada. La base puede ser sésil o pediculada. Su crecimiento es lento, incluso puede mantener el mismo tamaño durante años.



Fibroma: en las localizaciones en lengua, esta lesión puede confundirse con algún tumor como el neurolemoma u otros. Debemos mandarlo biopsiar si tenemos dudas (la biopsia de lengua entraña dificultades especiales por la facilidad de producir queloides).



© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquía y cols.

Fibroma: poseen un potencial de crecimiento limitado, que por lo general no excede de 1 cm de diámetro y rara vez es mayor de 2 cm.



© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquía y cols.

Fibroma: generalmente son asintomáticos. Los fibromas no malignizan. No obstante, deberemos quitarlos si se traumatizan a menudo.



© Prof. Urquía y cols.

Hiperplasia fibrosa de la tuberosidad. Puede coger un gran tamaño, incluso llegar hasta la línea media.

El tratamiento es quirúrgico: remodelar la encía.

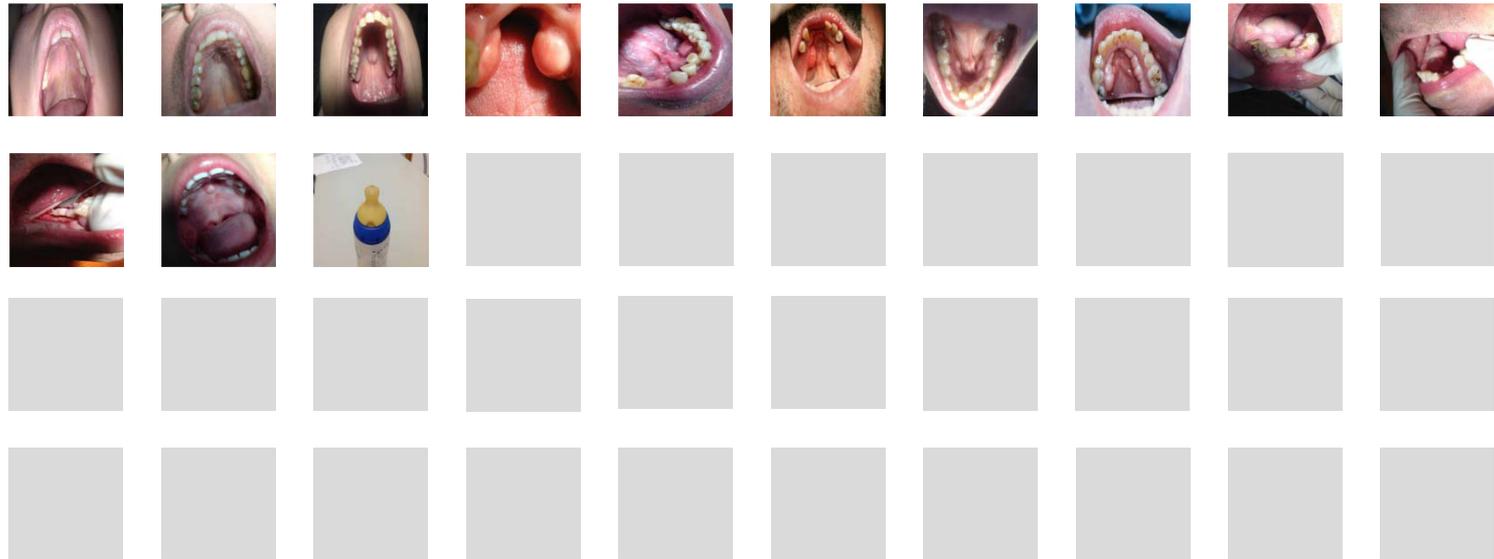


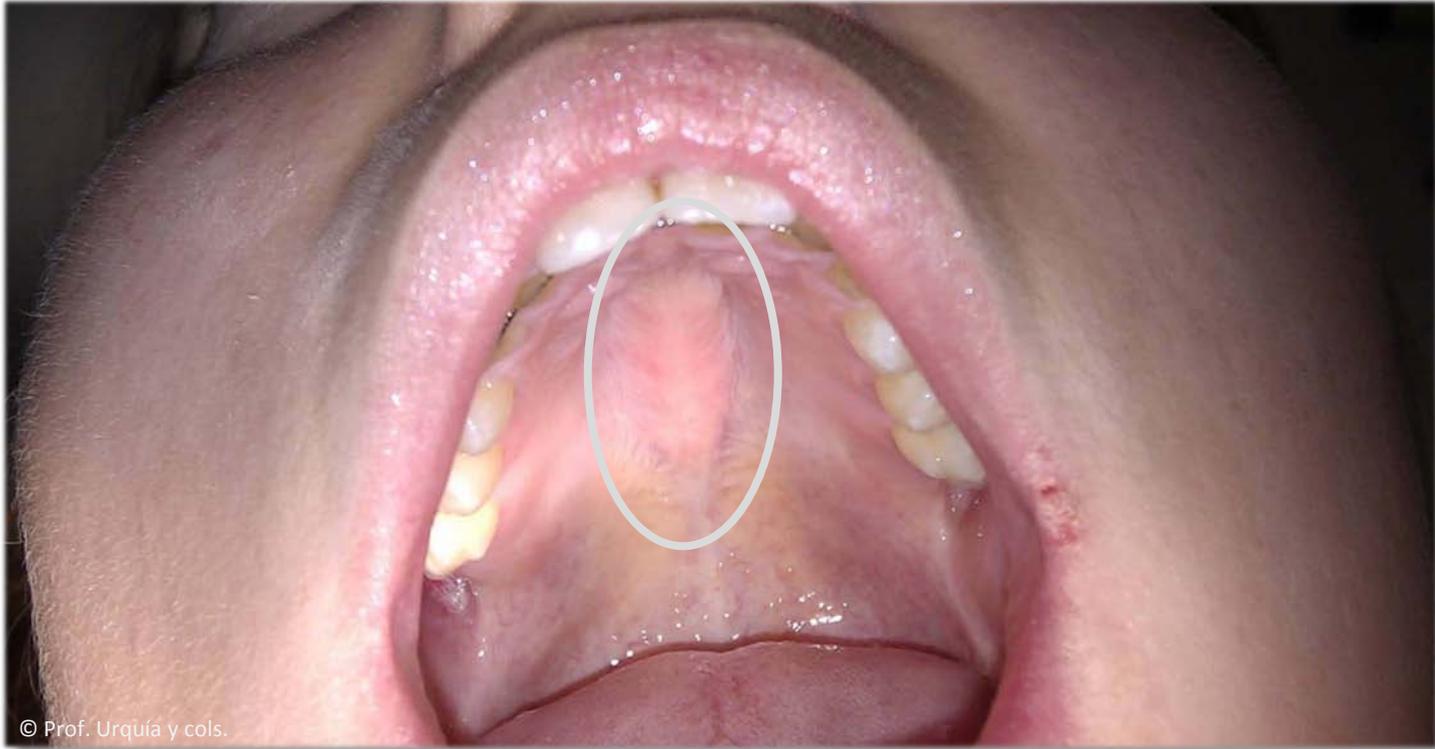
© Prof. Urquía y cols.

Cicatriz tras extirpación-biopsia de un fibroma de mejilla. La mejilla es muy agradecida y en pocos días habrá desaparecido la cicatriz.

Unidad 13

Torus





© Prof. Urquía y cols.

Los torus o exóstosis óseas. Se consideran excrecencias no neoplásicas, las cuales se localizan en el maxilar o en mandíbula. Proviene del mismo hueso.



© Prof. Urquía y cols.

Estas excrecencias óseas suelen ser simétricas y están separadas por el rafe medio. En la imagen, paciente con torus maxilar.



© Prof. Urquía y cols.

En maxilar superior se localizan en la línea media palatina.

En la imagen paciente con torus maxilar.



Los torus mandibulares, se observan en la superficie lingual de la mandíbula. Se presenta por encima de la línea milohioidea.

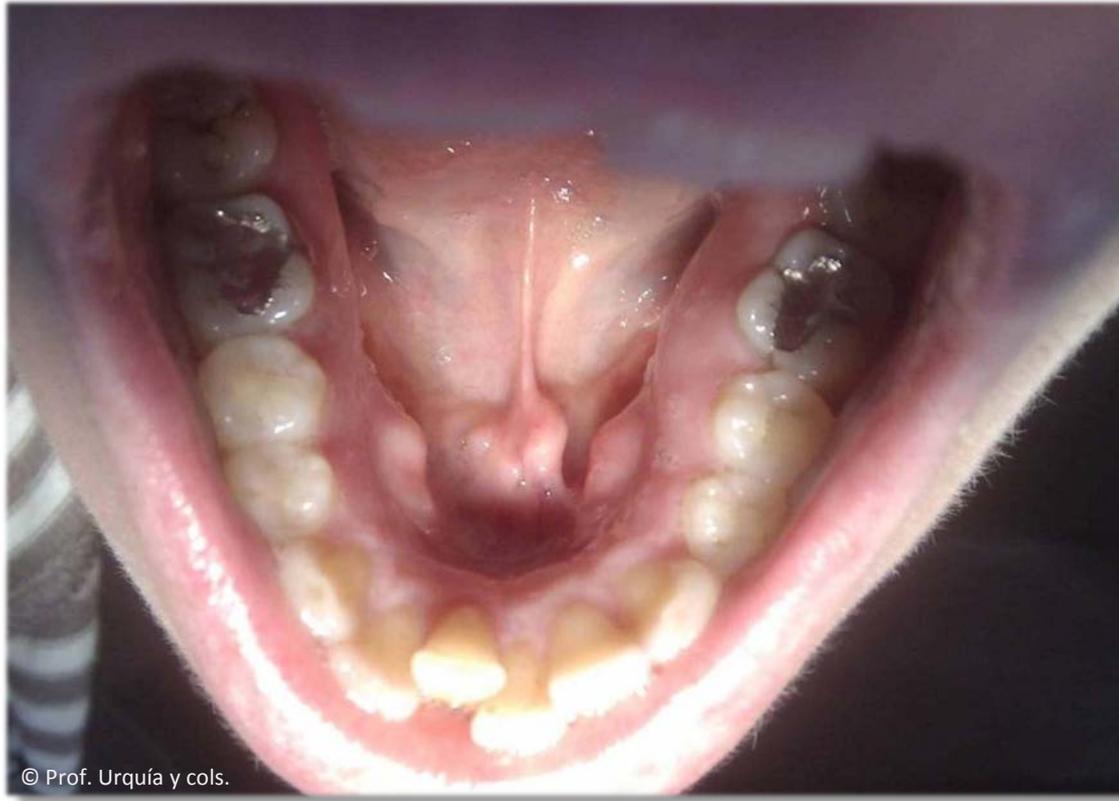


En raras ocasiones puede ser unilateral.



© Prof. Urquía y cols.

Dichas protuberancias pueden ser únicas o múltiples.
En la imagen paciente con torus mandibular.



© Prof. Urquía y cols.

Torus: se corresponden con contrafuertes en la mandíbula. A veces se dan en edades tempranas, como los de este caso, aunque no es lo habitual.



© Prof. Urquía y cols.

Torus: se presentan en varias formas y tamaños. Se puede advertir la mucosa, que los recubre, rosada no edematosa.



© Prof. Urquía y cols.

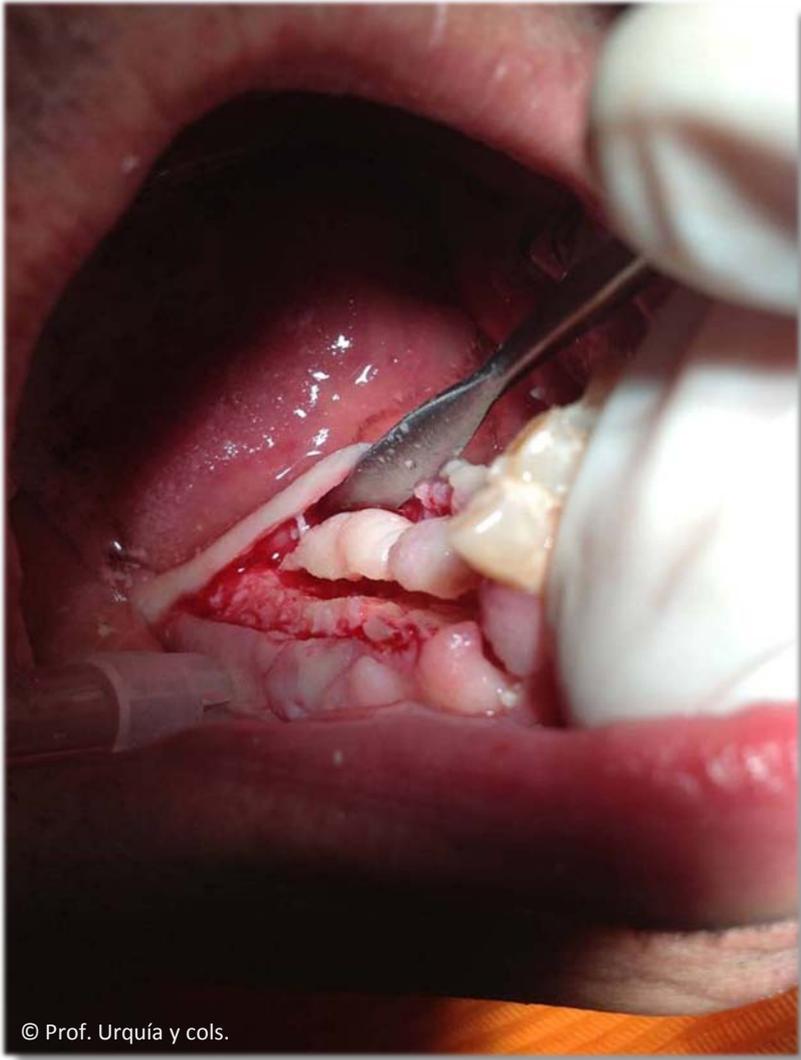
Torus: algunas veces se extienden hacia distal del tercer molar y mesial del incisivo lateral.

En la imagen paciente con torus mandibular.



© Prof. Urquía y cols.

Torus: el tratamiento está indicado cuando la estética y la planificación de una prótesis total o removible así lo requieren.



Torus: el tratamiento consiste en una incisión, despegar mucosa, practicar pequeños orificios y fracturar los torus con un osteotrimer.

© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquía y cols.

Diagnóstico diferencial: en la imagen se muestra protuberancia en paladar en localización típica de los torus.

Al tocar la lesión se apreciaba una consistencia dura. Llamaba la atención que no se marcaba en la lesión el rafe medio, como es habitual en los torus del maxilar.

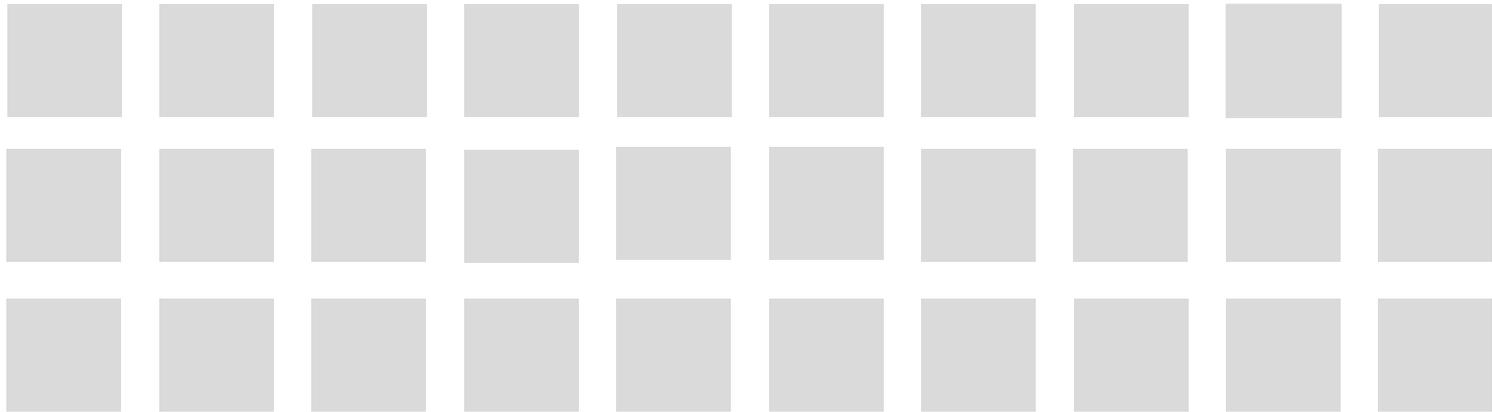


© Prof. Urquía y cols.

Investigando en los hábitos del paciente resultó que el chiquillo se quedaba dormido todas las noches con el biberón. Observando la tetina veremos que coincide con la forma de la lesión. Esto nos hizo sospechar que realmente no era un torus, pese a la consistencia dura, sino una lesión por succión.

Unidad 14

Mucoceles





© Prof. Urquía y cols.

En la parte interior del labio, vestíbulos, suelo de boca, etc., existen glándulas salivares menores. Contienen saliva mucinosa muy espesa y clara en su interior.

Los mucoceles se producen por la obstrucción de estas glándulas salivares menores; tienen consistencia blanda.



© Prof. Urquía y cols.

Se clasifican en:

- Mucocelos de retención (obstrucción en el conducto excretor de la glándula), y
- Mucocelos de extravasación (en los que el contenido ha salido a los tejidos de alrededor)



© Prof. Urquía y cols.

Mucocele: podemos pincharlos para hacer el diagnóstico y diferenciarlos de los fibromas sólidos.



Al salir la saliva se desinflan, facilitándonos el diagnóstico. Sin embargo, esto no nos sirve como tratamiento, porque volverán a recidivar.



© Prof. Urquía y cols.

El tratamiento es hacer una pequeña incisión y extraer la glándula.



© Prof. Urquía y cols.

Esto se puede hacer en los mucocelos de retención que sí tienen paredes muy definidas.

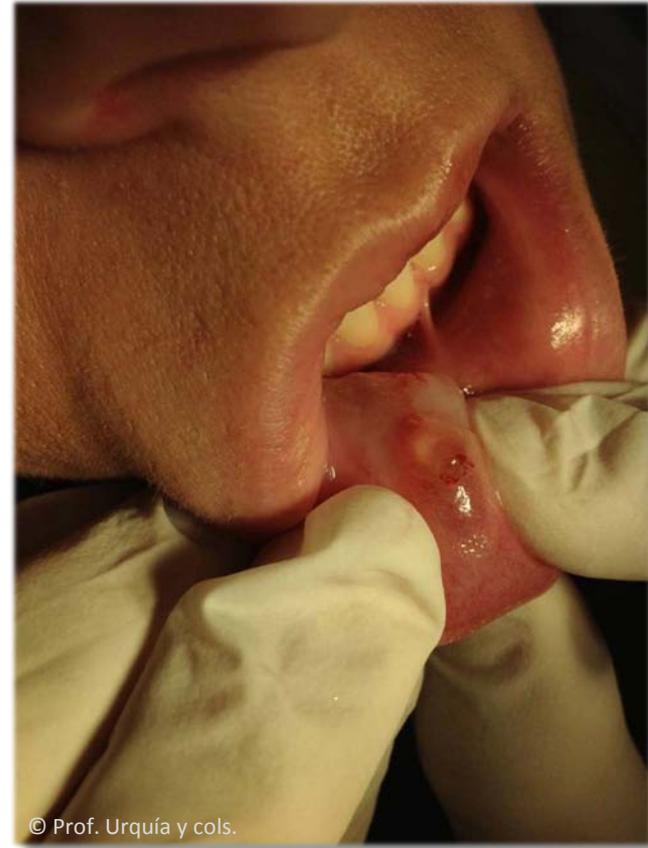


© Prof. Urquía y cols.

Deberemos distinguir los mucocelos de algunas diapneusias o lesiones por succión, como la de la imagen (esto es fácil porque, en ellas, al pincharlas no sale saliva).



Diagnóstico de un mucocele: en la imagen observamos la saliva mucosa del interior del mucocele.



El contenido de un mucocele es una saliva no serosa.

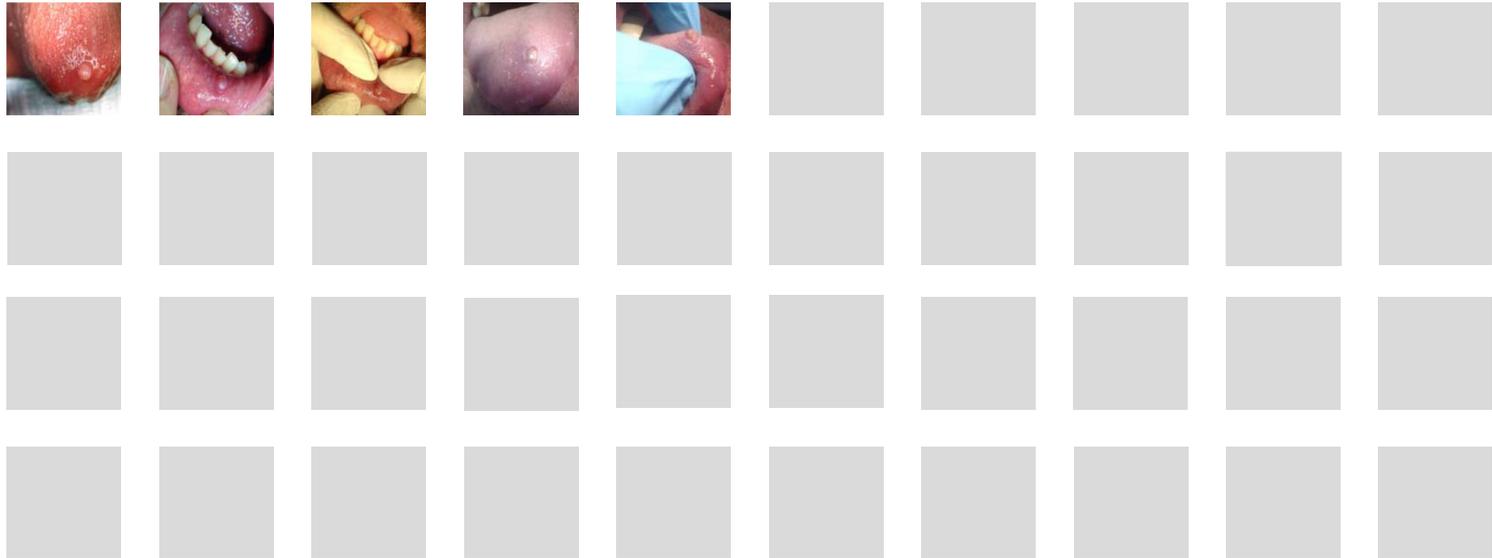


© Prof. Urquía y cols.

Paciente con mucocele. Debemos recordar que algunos carcinomas como el mucoepidermoide son productores de moco también.

Unidad 15

Nódulos





© Prof. Urquía y cols.

El nódulo es una lesión elemental por elevación que asienta en submucosa.



El nódulo es una lesión palpable y redondeada cubierta de mucosa aparentemente normal.

Clínicamente los nódulos pueden confundirse con los papilomas, pero el plano donde asientan es más profundo.



Pueden asentarse sobre una glándula salivar y ulcerarse aunque como no hay retención de saliva ésta no saldrá.



© Prof. Urquía y cols.

Existen 3 tipos:

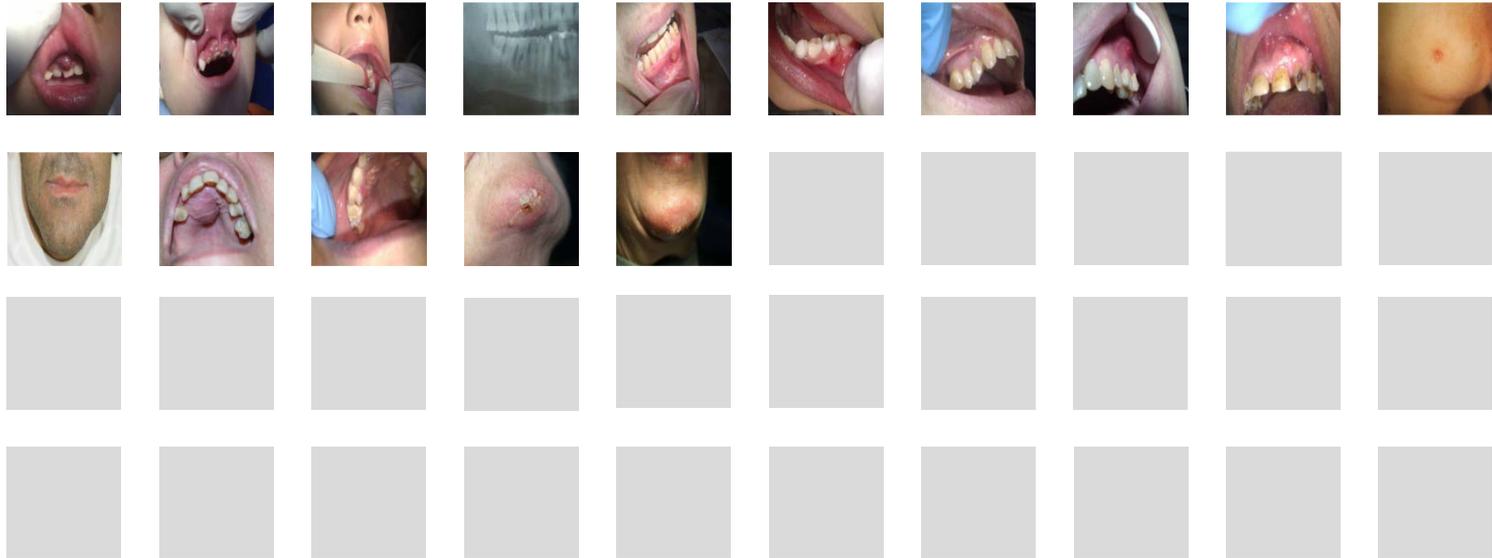
- Agudos (periadenitis mucosa)
- Subagudo (goma sífilítico)
- Crónico (radioterapia)



Nódulo en la cara dorsal de la lengua. Se observa una lesión elevada, circular de márgenes bien definidos.

Unidad 16

Infecciones odontogénicas





© Prof. Urquía y cols.

Las infecciones odontogénicas tienen su origen en el propio diente o tejido circundante.

Podemos hablar de tres formas, dependiendo de la extensión de la infección: absceso, flemón y celulitis.



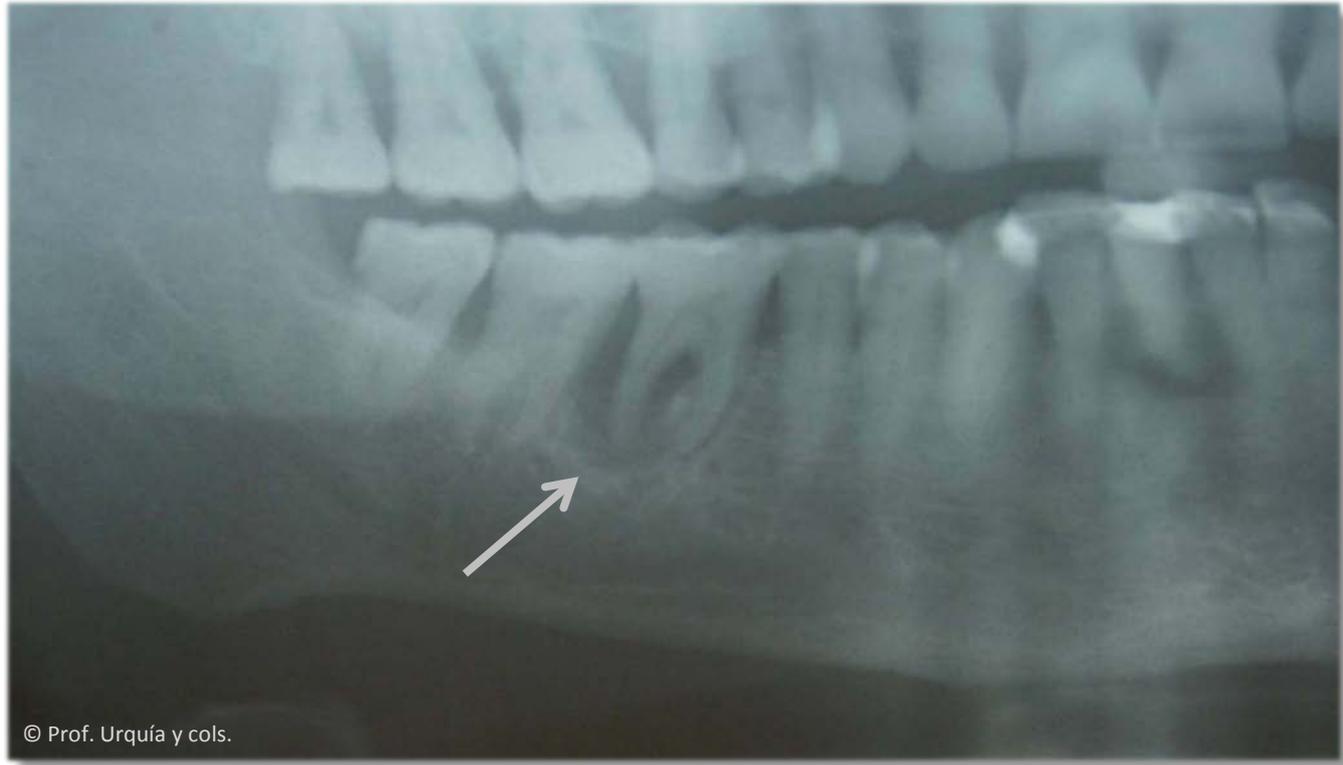
© Prof. Urquía y cols.

Absceso: colección purulenta y de tejidos de desintegración. Se puede localizar en la región apical y en la región lateral del diente.



Causa del absceso o del flemón:

- Una gran caries que llega a pulpa la infecta y la necrosa (posteriormente se infecta)
- Bolsa periodontal que acumula restos alimenticios
- Trauma oclusal



Una bolsa periodontal que acumula restos alimenticios.



Un trauma oclusal que haga que se inflamen los tejidos del periodonto. Los dientes están preparados para soportar las fuerzas masticatorias distribuidas entre todos.

Si hay una obturación que ha quedado alta, ese diente soportará casi toda la presión masticatoria. Se daña el ligamento periodontal. Por eso a veces vemos flemones sin caries como el de esta paciente.



© Prof. Urquía y cols.

Los abscesos pueden drenar dando lugar a fístulas en boca. Ésta siempre se verá como una excrecencia y un agujerito, si le echamos aire. En la imagen se aprecia también un trayecto.



© Prof. Urquía y cols.

Las fístulas se ven sobre todo por vestibular, ya que la tabla ósea es más fina, aunque también aparecen abscesos por palatino.



Fístula: normalmente se ve como un abultamiento con un orificio de salida (a través de éste podemos introducir una punta de gutapercha radiopaca para localizar el diente causante).



Esto es útil si existen varios dientes con caries y no sabemos cuál es el causante. En la imagen vemos una fístula por una infección del incisivo lateral.



© Prof. Urquía y cols.

Los abscesos también pueden drenar en la piel.

Un flemón drenará dentro de boca o en piel dependiendo de si las raíces de ese diente son cortas o largas. Si el ápice queda por debajo de la inserción de los músculos masticatorios, la fístula será externa.



© Prof. Urquía y cols.

Se denomina flemón a una colección purulenta más difundida que el absceso. Esto es una infección del vestíbulo.



© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquía y cols.

Cuando se trata del paladar donde no existe tejido celular subcutáneo, hablamos de absceso o flemón subperióstico.



© Prof. Urquía y cols.

El diagnóstico es puramente clínico.

En la imagen, paciente con un absceso provocado por caries en molar temporal.



Celulitis: cuando la infección es tal que se afecta el tejido celular subcutáneo de manera extensa.



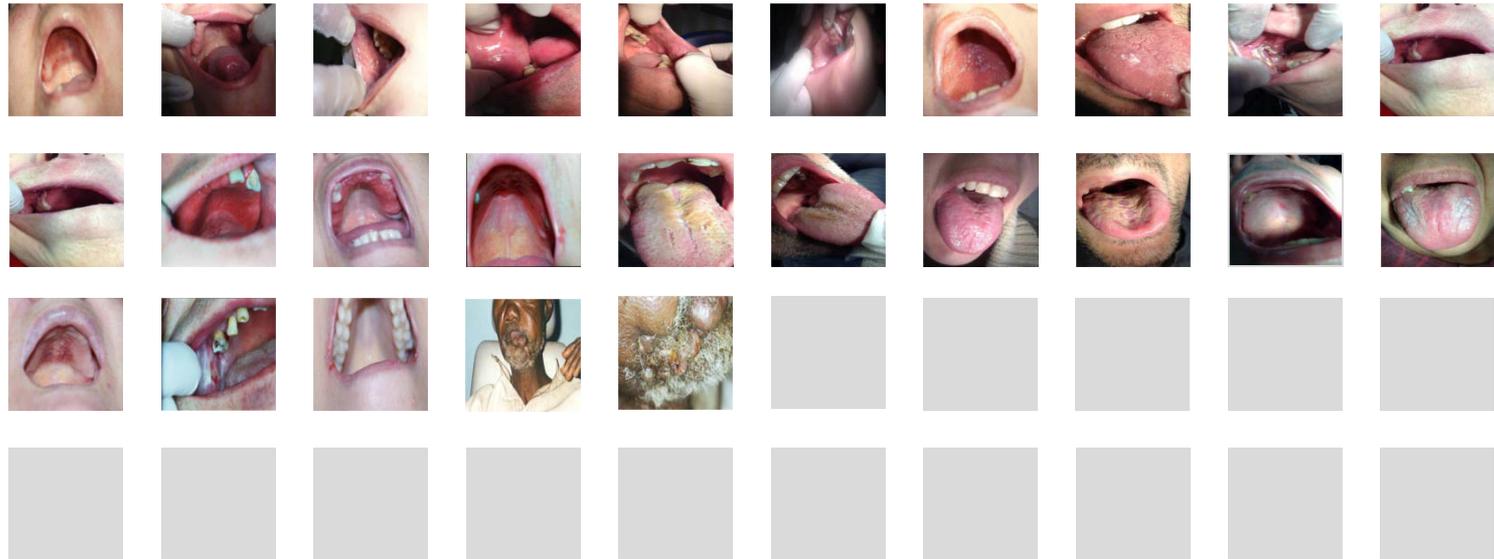
© Prof. Urquía y cols.

El tratamiento es el drenaje quirúrgico unido a una cobertura antibiótica (amoxicilina 875mg + 125mg de ácido clavulánico 3 veces al día, y en caso de alergia, clindamicina 300mg tres veces al día).

En la imagen paciente con una infección odontogénica que afecta a la barbilla.

Unidad 17

Micosis bucales



La candidiasis se divide en:

Candidiasis aguda

- Eritematosa
- Pseudomembranosa

Candidiasis crónica

- Eritematosa
- Leucoplasia-candidiasis
- Pseudomembranosa
- Forma nodular

Candidiasis asociada a otras lesiones

- Lengua vellosa negra o antibiótica
- Queilitis angular
- Glositis romboidal media
- Estomatitis protésica
- Asociadas a liquen plano



La cándida es un hongo muy habitual en la cavidad oral. Su presencia no siempre produce lesiones.



La *Candida* se convierte en patógena debido a factores sistémicos (vejez, embarazo, alteraciones endocrinas, trastornos nutricionales, defectos de inmunidad, infancia) y factores locales (xerostomía, antibióticos, corticoides, tabaco, dormir con la prótesis, etc.).

En la imagen, paciente con candidiasis en paladar y en lengua, dando un aspecto parecido a la llamada “lengua en frambuesa” de la escarlatina.



© Prof. Urquía y cols.

Candidiasis pseudomembranosa: también llamado muguet (recuerda a restos de yogurt o leche coagulada).



© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquía y cols.

Candidiasis pseudomembranosa: aparición de manchas blancas que se desprenden al pasar una gasa dejando roja la zona donde asentaba.



A veces cursa con halitosis y casi nunca duele. La candidiasis suele ser totalmente banal o, por el contrario, la manifestación inicial de un sida. Puede aparecer en toda la boca, pero con mayor frecuencia en lengua y paladar.



En la imagen paciente con candidiasis pseudomembranosa.
Aparece tanto en niños como en adultos.



En adultos está desencadenada por antibióticos o corticoides, pacientes inmunodeprimidos, transplantados, etc.

En la imagen paciente con candidiasis pseudomembranosa.

© Prof. Urquía y cols.



Deberemos diferenciar la candidiasis de la leucoplasia. Ésta se da también en borde lateral de lengua pero no se desprende al pasar una gasa.



© Prof. Urquía y cols.

Candidiasis crónica pseudomembranosa:
paciente deshidratado.



© Prof. Urquía y cols.

Otro ejemplo de candidiasis crónica pseudomembranosa.



© Prof. Urquía y cols.

Candidiasis eritematosa. Zonas enrojecidas en paladar y en lengua.



© Prof. Urquía y cols.

Candidiasis eritematosa crónica: tiene la forma de la prótesis. Este hecho nos permite sospechar la causa.

Antiguamente se les decía a los pacientes que durmieran con la prótesis, favoreciendo la candidiasis. Actualmente se piensa que hay que retirar la prótesis de noche para facilitar el aporte sanguíneo a esa zona.



© Prof. Urquía y cols.

Candidiasis asociada a prótesis removible.



Lengua vellosa antibiótica: la *Candida* colorea la queratina de las papilas filiformes.



© Prof. Urquía y cols.

Lengua vellosa negra.



© Prof. Urquía y cols.

Otras formas de candidiasis en lengua con desaparición de papilas.



Lesiones “de calcado” en paladar por candidiasis en lengua.



© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquía y cols.

Glosistis romboidal y “lesión de calcado”. Se ven ya poco. Pacientes muy inmunodeprimidos.



© Prof. Urquía y<<< cols.

Paciente con glositis romboidal media. Las placas que se ven alrededor corresponden a un liquen plano en placas. La candidiasis suele asociarse al liquen plano.



Candidiasis nodular crónica.

Algunos autores la considera una lesión potencialmente cancerizable.



© Prof. Urquía y cols.

Leucoplasia/candidiasis alrededor de una úlcera traumática.



© Prof. Urquía y cols.

Queilitis angular (llamadas rágades) causadas por candidiasis.



© Prof. Urquía y cols.

La incidencia de micosis profundas tropicales ha aumentado desde la aparición del sida.

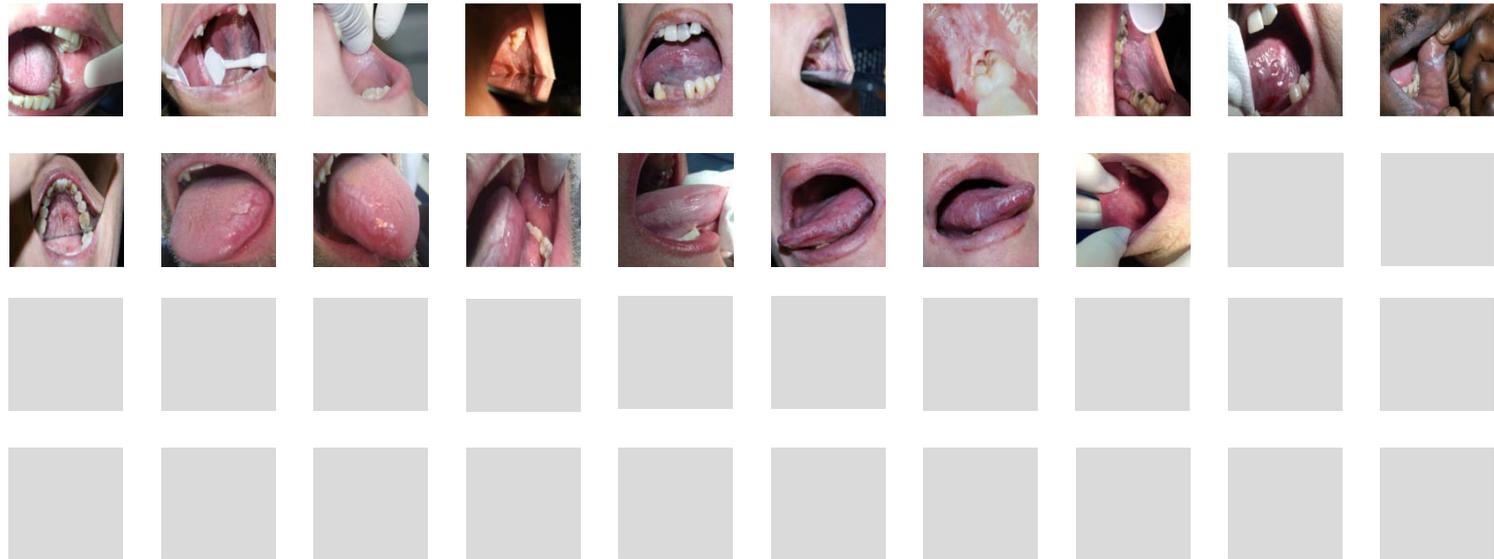


Paracoccidioidomycosis es una micosis profunda, ocasionada por un hongo, con una presentación clínica variada, de acuerdo a la edad y estado inmunológico del paciente.

Se caracteriza por tener múltiples gemaciones. Además presenta lesiones bucales.

Unidad 18

Leucoplasia





© Prof. Urquía y cols.

La leucoplasia se define como “una placa blanca en la mucosa oral que no puede desprenderse por raspado y que no puede ser identificada como ninguna otra lesión” (un liquen, una línea alba o una candidiasis, etc.).



© Prof. Urquía y cols.

El estrato de queratina del epitelio puede aumentar de grosor. Cuando esto ocurre en boca, siempre tiene color blanco. La mayoría de las lesiones que tienen tejido con hiperqueratosis son inocuas. No es el caso de la leucoplasia: suele presentar disqueratosis o displasias. De ahí su importancia.



© Prof. Urquía y cols.

Algunos autores consideran que el término leucoplasia debe dejarse solo para las lesiones causadas por tabaco. Otros incluyen las lesiones blancas causadas por traumas repetidos.



Tipos clínicos de leucoplasias:

- Homogéneas
- No homogéneas: moteadas, eritroleucoplasia, nodulares, verrugosas

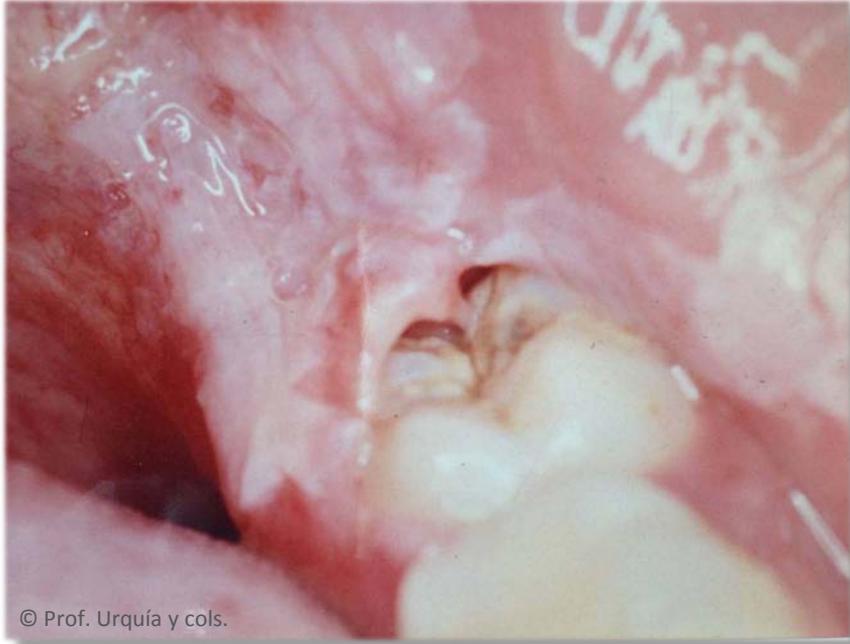


Leucoplasia homogénea: placa no elevada y uniforme.



© Prof. Urquía y cols.

Leucoplasia homogénea: en esta paciente está causada por las altas temperaturas del humo del tabaco y la irritación de sus componentes.



Leucoplasia homogénea: aunque sean homogéneas deberemos prestar especial atención a las leucoplasias de trígono retromolar, porque es una zona difícil de explorar y de apreciar los cambios que puedan ocurrir.



© Prof. Urquía y cols.

Leucoplasia por tabaco: este tipo de leucoplasia homogénea de gran extensión hay que distinguirla del leucoedema. Lo podemos distinguir porque este último se hace más impreciso al tensar los tejidos. En las leucoplasias debemos vigilar cualquier zona eritematosa.



© Prof. Urquía y cols.

Leucoplasia verrugosa: elevada, tienen más probabilidad de evolucionar a un carcinoma verrugoso. Además deberemos estar atentos a la aparición de lesiones eritematosas (eritroleucoplasia).



© Prof. Urquía y cols.

En principio cualquier leucoplasia debe biopsiarse, en especial las que no sean homogéneas, estén elevadas o tengan zonas atróficas y eritematosas o erosivas.

En la imagen una localización típica de la leucoplasia: la retrocomisural.



© Prof. Urquía y cols.

Zona de erosión en una leucoplasia por tabaco.



© Prof. Urquía y cols.

Leucoplasia vellosa: forma de leucoplasia que afecta a bordes laterales de la lengua y le confiere aspecto de vellosidades.



© Prof. Urquía y cols.

Leucoplasia vellosa: se da en pacientes inmunodeprimidos y HIV+.



© Prof. Urquía y cols.

El diagnóstico de certeza requiere la demostración del virus de Epstein Barr o la demostración de un estado de inmunodeficiencia.



© Prof. Urquía y cols.

La leucoplasia no puede ser desprendida.



© Prof. Urquía y cols.

En la foto se muestra una candidiasis de lengua que simula una leucoplasia vellosa.

Para diferenciarlas intentaremos desprenderla pasando una gasa.



© Prof. Urquía y cols.

Diagnóstico diferencial: pasar una gasa y si es una candidiasis se quitará parcialmente.

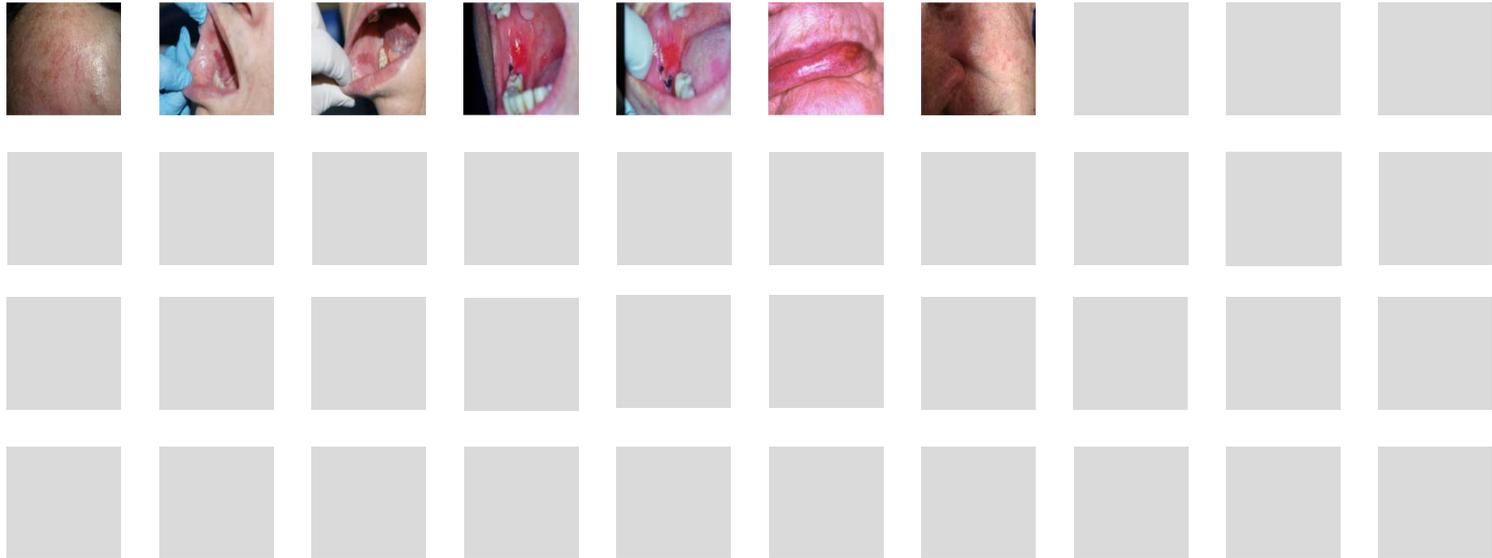


© Prof. Urquía y cols.

Leucoplasia: a veces es difícil un diagnóstico diferencial con el liquen. Atención en ambos casos a las zonas eritematosas en su interior.

Unidad 19

Lupus





© Prof. Urquía y cols.

Enfermedad del tejido conectivo de curso crónico y de etiología no suficientemente aclarada, (influyen factores inmunológicos, genéticos, hormonales y ambientales).

Existen autoanticuerpos que se dirigen contra el material nuclear de las células de la mucosa e inmunocomplejos que pueden afectar en ocasiones a múltiples órganos. También pueden dar lugar a vasculitis por anticuerpos dirigidos contra antígenos de la pared de los vasos.



© Prof. Urquía y cols.

Existen dos tipos: el lupus eritematoso discoide crónico y el lupus eritematoso sistémico.

El lupus discoide es el que cursa con lesiones en mucosa oral.



© Prof. Urquía y cols.

En el lupus discoide la lesión en boca es una zona central redondeada, eritematosa y atrófica.



© Prof. Urquía y cols.

Las lesiones atróficas están rodeadas de estrías radiales blanquecinas.



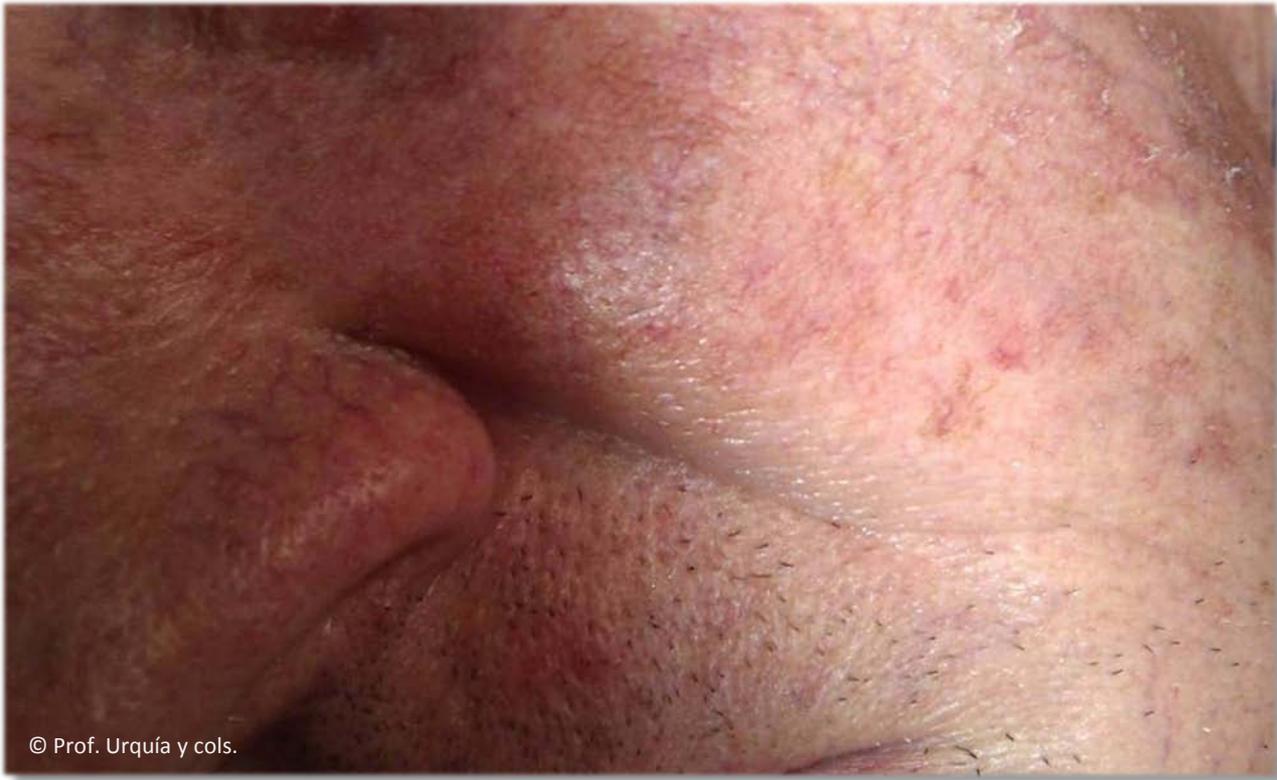
© Prof. Urquía y cols.

El diagnóstico de certeza se hace por biopsia (de ahí los puntos) y por la clínica acompañante.



© Prof. Urquía y cols.

La lesión puede afectar a los labios, sobre todo el inferior y provocar un engrosamiento asimétrico del labio.



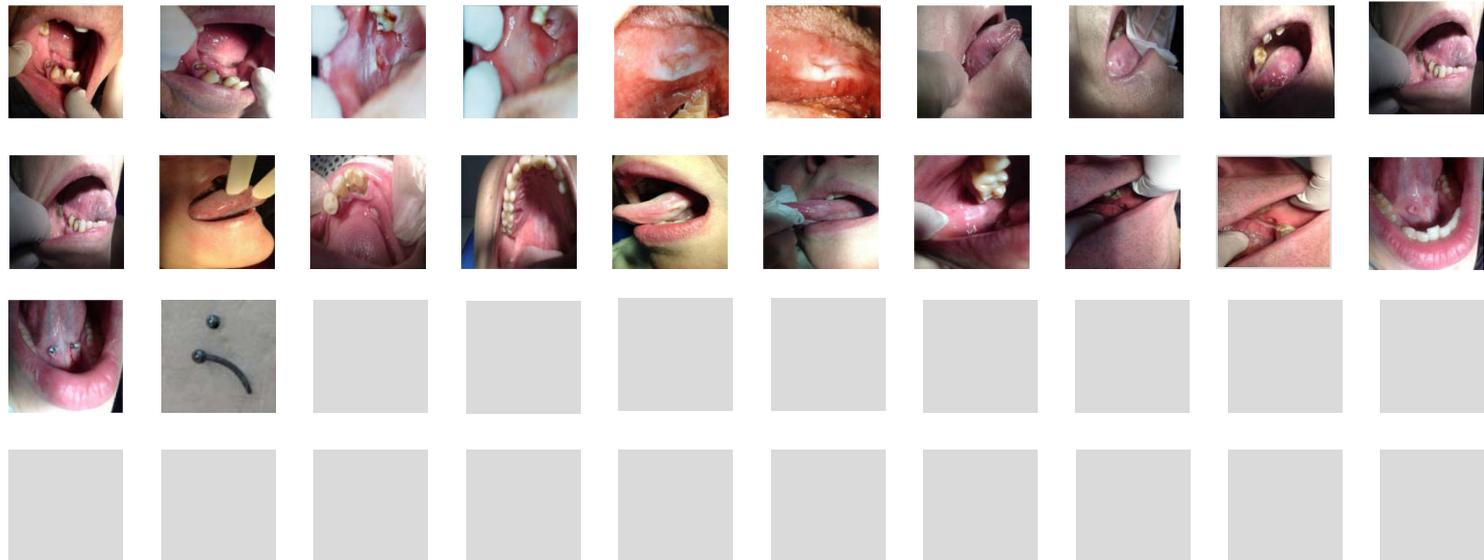
© Prof. Urquía y cols.

Buscaremos el típico eritema en ala de mariposa que afecta a las alas de nariz y a los pómulos, y que se corresponde a un eritema con vasculitis.

Tratamiento sistémico. Las lesiones orales mejoran con los corticoides en orabase y tópicos. Eliminar irritantes, alcohol y tabaco. Correcto control de placa. Muy importante realizar una correcta higiene oral. En la imagen paciente con vasculitis y lesiones orales por lupus.

Unidad 20

Úlceras traumáticas





© Prof. Urquía y cols.

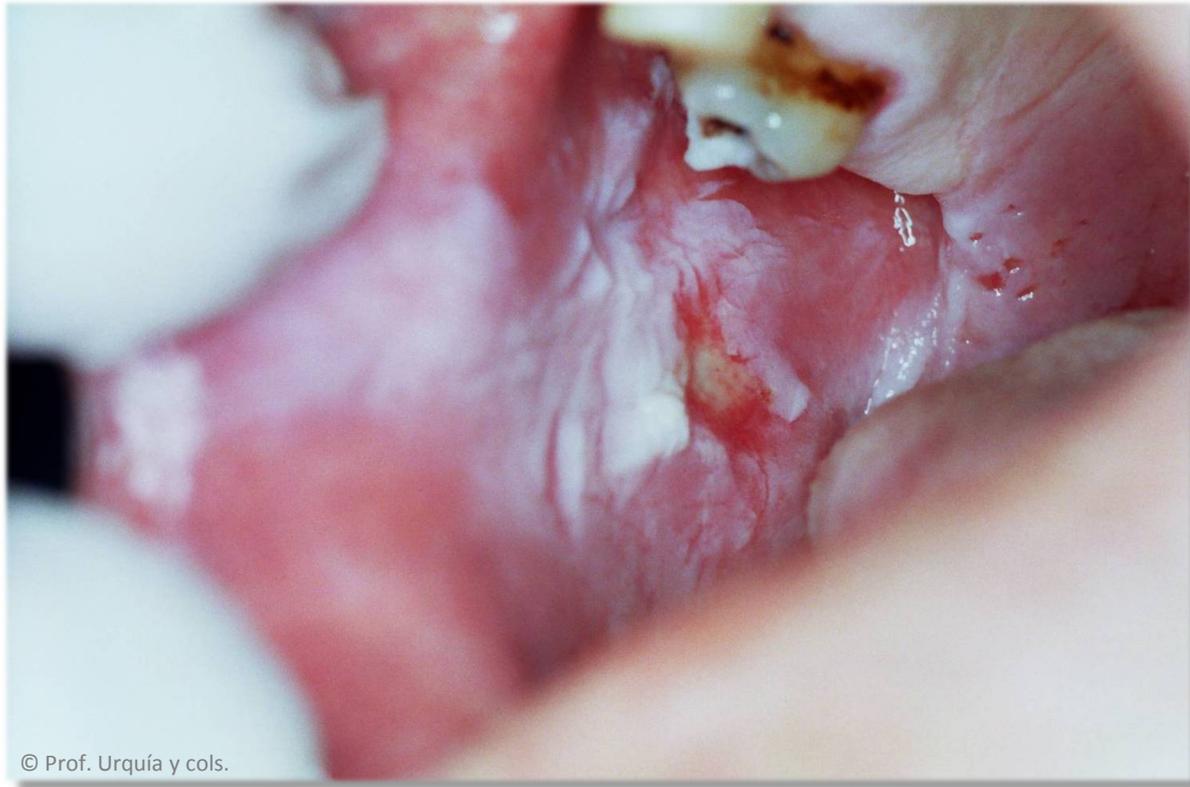
A menudo vamos a ver que el borde cortante de un resto radicular va provocar una úlcera.



© Prof. Urquía y cols.

El protocolo a seguir, siempre es el mismo: quitar la causa (en este caso el raigón), dejar pasar 2-3 semanas y volver a ver la lesión. Si no ha mejorado ostensiblemente o no se ha curado completamente, deberemos hacer una biopsia.

Paciente con úlcera traumática por borde cortante del premolar.

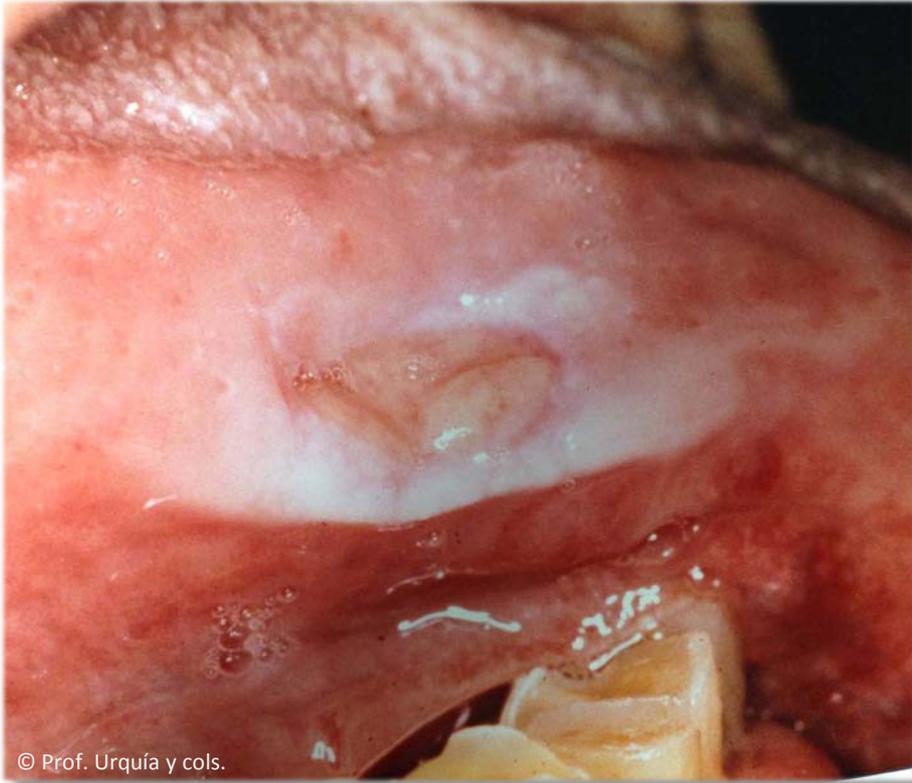


© Prof. Urquía y cols.

Sin embargo, en la mayoría de los casos, veremos cómo lesiones aparatosas, como las de este paciente, mejoran enormemente, al quitar ese molar con un borde cortante.



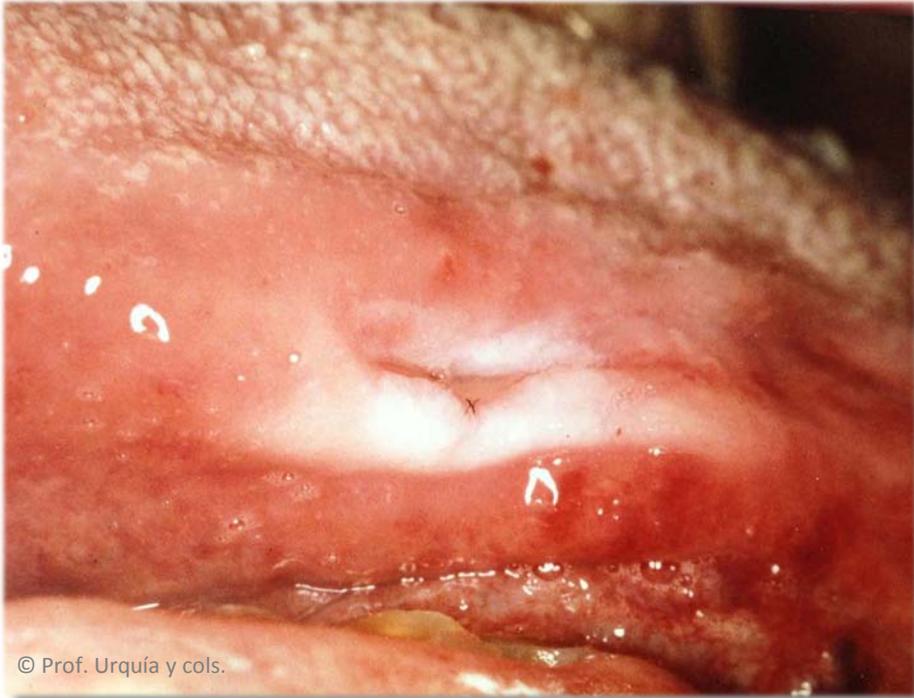
La imagen corresponde al mismo paciente anterior, a los 10 días de haberle quitado el molar causante de la úlcera. Todavía se observa el alveolo post-extracción sin cerrar y sin embargo la lesión en mejilla ha remitido.



Los signos de alarma que deberemos buscar son 4:

- Bordes blancos
- Elevación de los bordes
- Induración de la lesión
- Largo tiempo de evolución

Paciente con úlcera traumática con bordes elevados.



© Prof. Urquía y cols.

Si a las dos semanas de haber quitado la causa permanece la lesión deberemos hacer una biopsia o mejor remitirla para que se la hagan porque en la lengua salen cicatrices retráctiles enormes.



© Prof. Urquía y cols.

Diagnóstico diferencial con las aftas: las aftas nunca tienen bordes blancos. En la imagen se aprecia una úlcera traumática en borde lateral de la lengua.



Siempre que veamos una úlcera con bordes blancos no puede ser confundida con las aftas.



© Prof. Urquía y cols.

Los bordes cortantes de los molares abrasionados, en bruxistas, son una causa frecuente de úlceras.



© Prof. Urquía y cols.

Paciente con úlcera traumática causada por el borde cortante del segundo molar.



La lesión podría parecer una ampolla rota pero la presencia de ese molar nos lleva al diagnóstico de una úlcera traumática.



© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquía y cols.

En este caso se ve una lesión que podría ser una úlcera traumática. Sin embargo, se distinguen los restos de la membrana de cubierta de una ampolla.

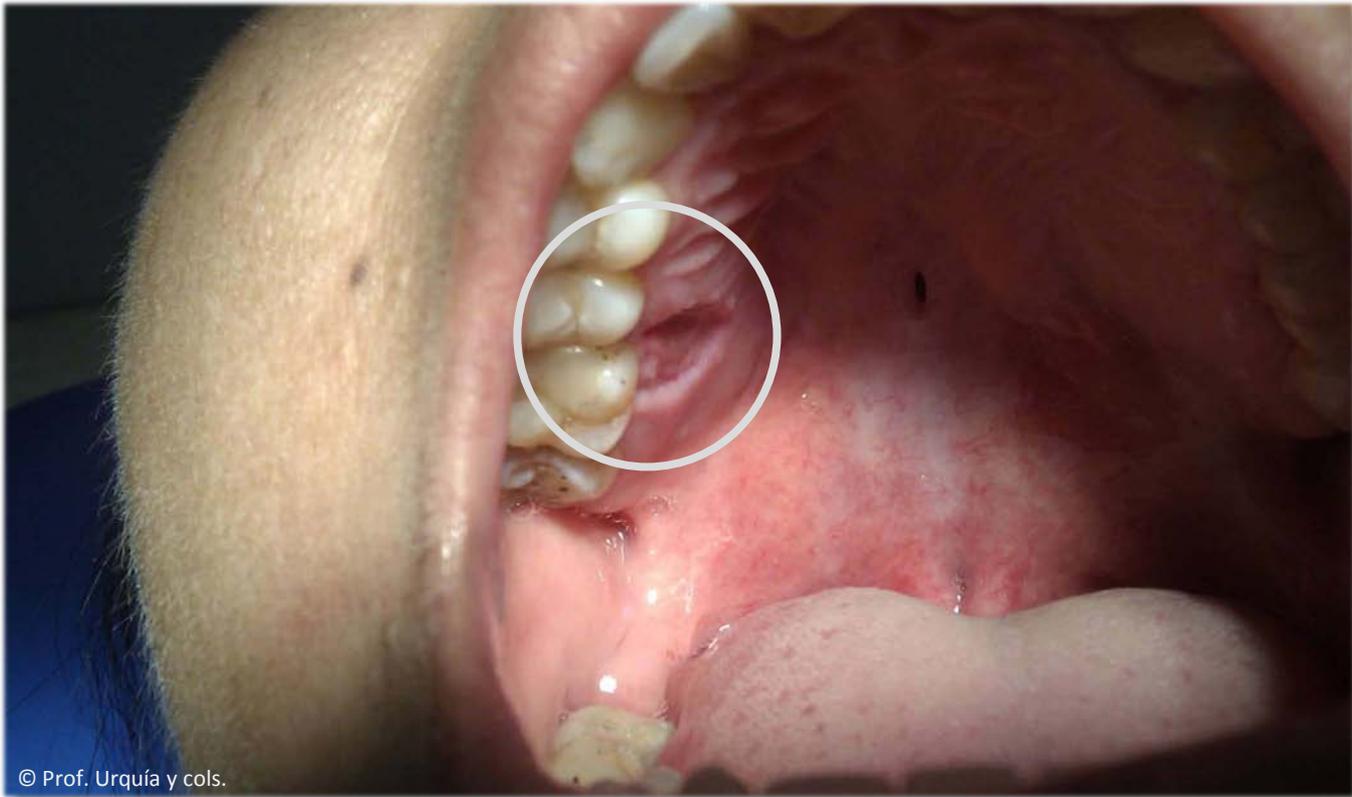
Las úlceras traumáticas no han sido ampollas y por lo tanto nunca tienen restos de membrana epitelial que las cubra. Pensaremos, por lo tanto, en otro diagnóstico: liquen ampollar.



© Prof. Urquía y cols.

Se aprecia una ulceración causada por una prótesis. Observad que una úlcera traumática sí puede tener los bordes rojos. Un afta no puede tener los bordes blancos, pero una úlcera traumática sí puede tener los bordes rojos.

Sospechamos que es una úlcera traumática porque coincide con la zona de apoyo de la prótesis .



© Prof. Urquía y cols.

Úlcera causada por la necrosis de paladar, tras anestesia con vasoconstrictor. Lo sospechamos porque la úlcera aparece tras una intervención del dentista en una restauración de un molar. Véase el primer molar obturado.

No es mala praxis por parte del profesional; pero la mayor parte de las intervenciones en molares superiores y de las extracciones, no requieren anestesia palatina.



© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquía y cols.

Elevación de bordes, induración de la lesión, largo tiempo de evolución...
¡Cuidado!, en esta lesión hay que hacer una biopsia.



© Prof. Urquía y cols.

En cualquier úlcera traumática hay que seguir el protocolo mencionado.



© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquía y cols.

Detrás de una úlcera traumática hay siempre una causa.

Véase el molar a través del espejo.



© Prof. Urquía y cols.

Lesión por mordisco accidental y puntual.
No es nada peligrosa.



© Prof. Urquía y cols.

No hacer nada. No tiene ninguno de los signos de alarma: no elevación de bordes, no induración.

Es una lesión por mordisqueo.



© Prof. Urquía y cols.

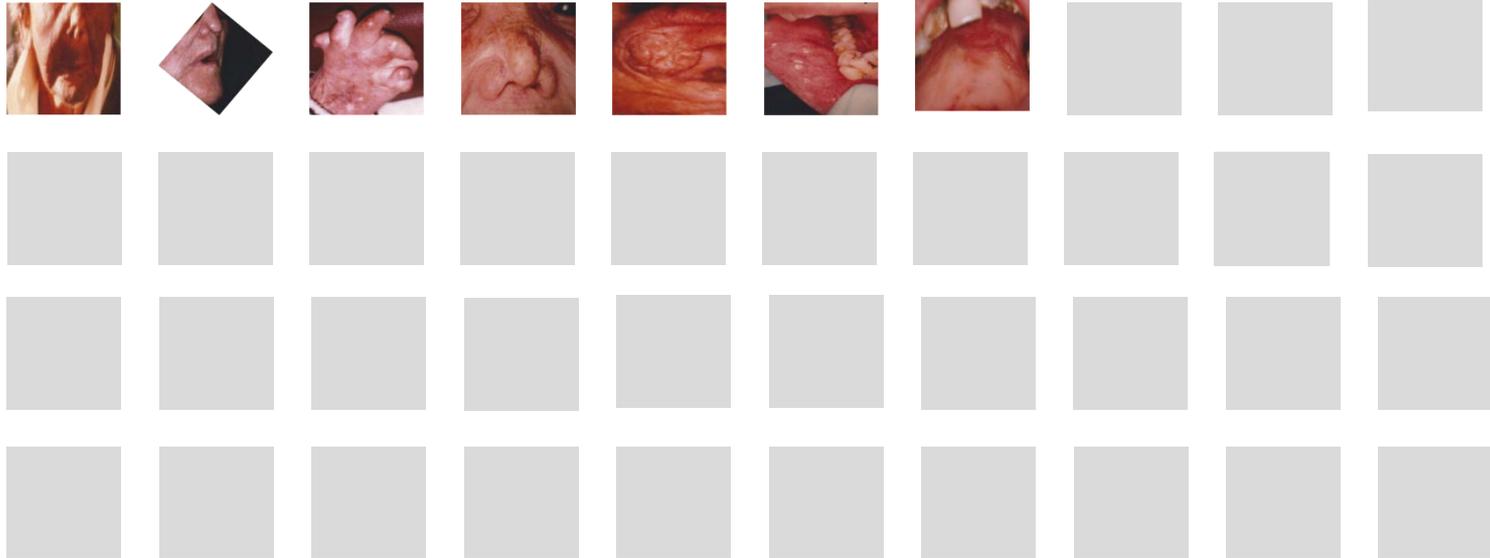
Paciente con una úlcera causada por un piercing.

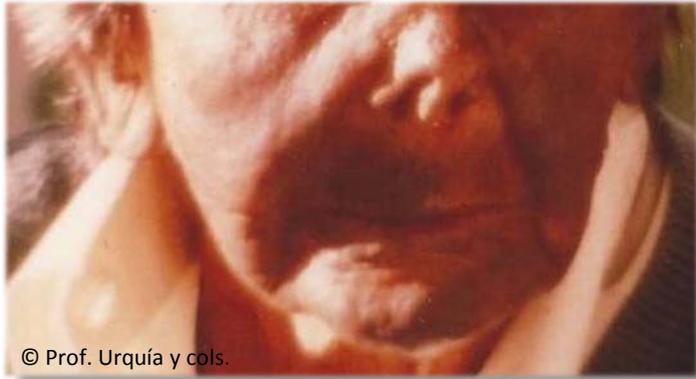


Lo que realmente provocó la ulceración fue la irritación causada por el sarro que acumulaba el piercing.

Unidad 21

Lepra





© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquía y cols.

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica causada por *Mycobacterium leprae*, la enfermedad afecta principalmente la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias altas, las zonas acras (manos orejas y nariz) y los ojos.

La lepra tiene dos formas comunes: la tuberculoide y la lepromatosa. Ambas formas ocasionan úlceras en la piel, pero la forma lepromatosa es la más grave y produce grandes protuberancias e hinchazones (nódulos).

En la foto se ve la destrucción de los cartílagos de la nariz.



© Prof. Urquía y cols.

Deformación y amputación de las extremidades, de los dedos por quemaduras, ya que presentan analgesia térmica en los dedos de la manos.



© Prof. Urquía y cols.

“Fascies leonina” por destrucción del cartílago nasal.



© Prof. Urquía y cols.

Deformación por afectación del cartílago del pabellón auricular



© Prof. Urquía y cols.

Tubérculos en mucosa oral. Los conocidos como “leproma”.

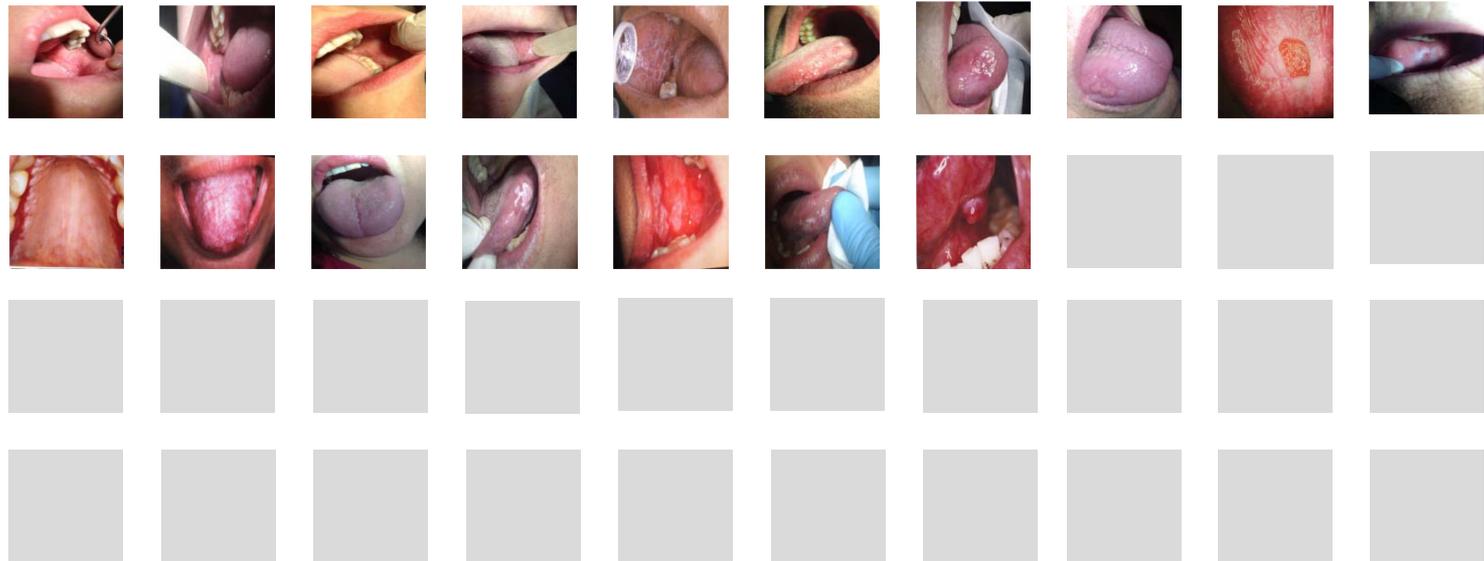


© Prof. Urquía y cols.

En la imagen vemos la cicatriz dejada por una perforación del paladar que había permitido una comunicación oronasal, frecuente en estos pacientes.

Unidad 22

Liquen plano oral





© Prof. Urquía y cols.

El liquen plano oral presenta una etiología autoinmune.

Perfil: lo más característico de esta enfermedad, es que casi siempre aparece en mujeres de más de 40 años a las que se le acaba de morir un familiar o tienen una gran preocupación.



© Prof. Urquía y cols.

Las pacientes vendrán agobiadas porque su “hermana murió de un cáncer de boca”. Suelen estar muy molestas, porque les duele.

En la imagen paciente con lesiones, en mucosa yugal, de liquen plano reticular.



© Prof. Urquía y cols.

Tipos o formas de manifestarse:

- Reticular
- Ampollar
- Atrófico
- Erosivo
- En placas

En la imagen liquen plano erosivo y reticular en mucosa yugal.



Liquen reticular: estrías de Wickhan. Son estrías blancas en forma de árbol o más frecuente de red.



© Prof. Urquía y cols.

Liquen reticular: las estrías son bilaterales. A menudo rodean zonas erosivas en su interior.



© Prof. Urquía y cols.

Liquen ampollar: ampollas parcialmente rotas en las que podemos separar la membrana.



© Prof. Urquía y cols.

Cuando vemos las ampollas, no podríamos distinguirlo de otras enfermedades ampollares (pénfigos y penfigoides). Sin embargo, si nos fijamos bien, identificaremos, en estas pacientes, algunas estrías en red, que nos dan el diagnóstico de sospecha de liquen plano reticular y ampollar.



© Prof. Urquía y cols.

La aparición de estrías de Wickham y el momento depresivo del paciente, nos facilitarán el diagnóstico de presunción.

Paciente con liquen ampollar y reticular.



© Prof. Urquía y cols.

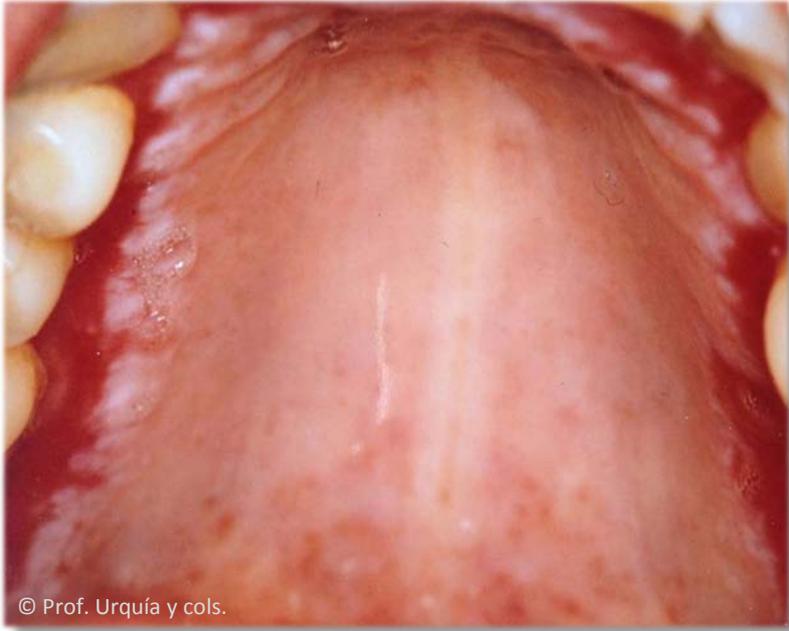
Liquen erosivo: presencia de úlceras crónicas (únicas o múltiples), con frecuencia acompañado de lesiones en placas en la periferia.

Suelen aparecer con mayor frecuencia en la lengua y mucosa yugal. Muy dolorosa y con posibilidad de malignizar en 3 de cada 100.



© Prof. Urquía y cols.

Liquen atrófico: con adelgazamiento del epitelio.

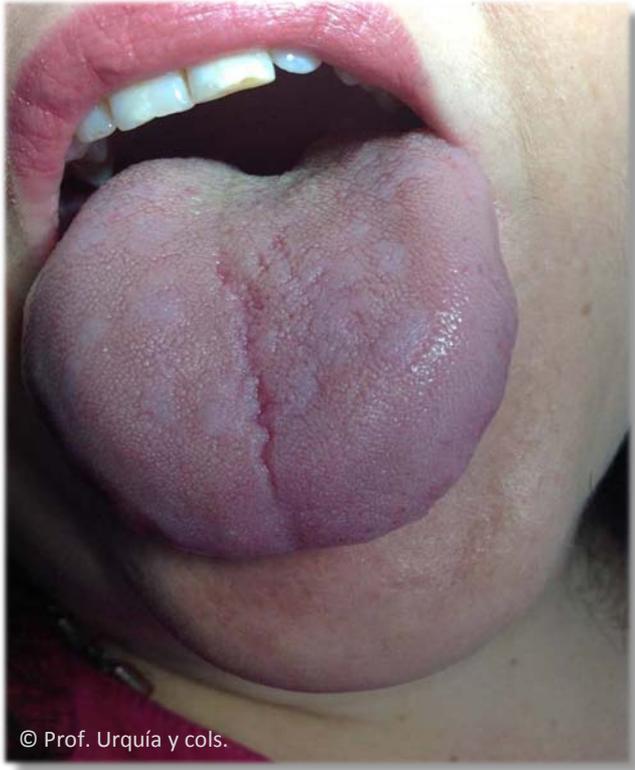


Liquen atrófico: cuando se da en encía aparece esta “gingivitis descamativa crónica”. Muy típica de los pacientes con liquen.



© Prof. Urquía y cols.

Liquen en placas: placas de queratina blancas combinándose con las otras formas. Más frecuente en lengua.



En ocasiones las placas pueden verse de esta forma.
Liquen plano en placas en la cara dorsal de la lengua.



Lo normal es que podamos identificar en la misma paciente varios tipos de liquen.

En la imagen vemos zonas de retículas en red, zonas de atrofia y en placas. Incluso en algunos pacientes veremos asociado el liquen a una candidiasis.



© Prof. Urquía y cols.

Zonas alternadas de liquen en placas, reticular, atrófico y erosivas.



© Prof. Urquía y cols.

Zonas de liquen erosivo y reticular.

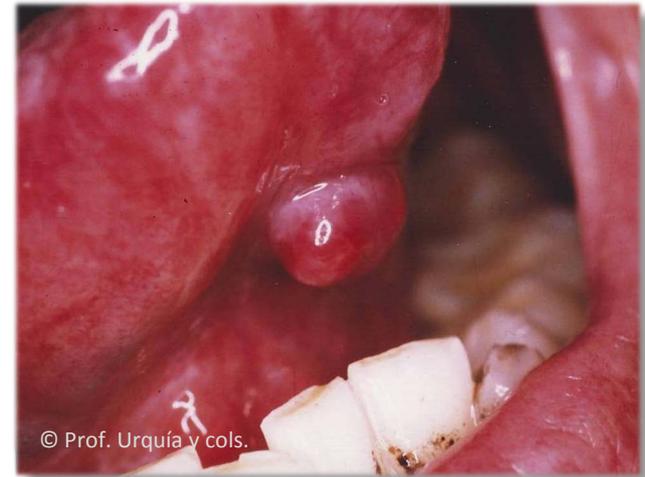
Lo que hay que hacer:

En el reticular no tenemos que hacer nada. Tan solo controlar cada tres meses. Además podemos avisar de la importancia de la higiene en la evolución de la enfermedad y la aplicación de vitamina A o triancinolona en orabase.

En atrófico y erosivo debemos hacer biopsia y control muy estrecho por la posibilidad de que se malignicen (0,3 a 3%). Se suelen tratar con corticoides (fórmula magistral con propionato de clobetasol al 0,05% + 100.000 UI de nistatina en 250 ml de agua. Se harán enjuagues durante 4 minutos, 4 veces al día, durante 4 semanas). En situaciones agudas prednisona 30-60 mg día.

En principio un liquen no es un problema quirúrgico, a no ser que indiquemos biopsia. Sería más indicado remitirlo a odontología o a dermatología.

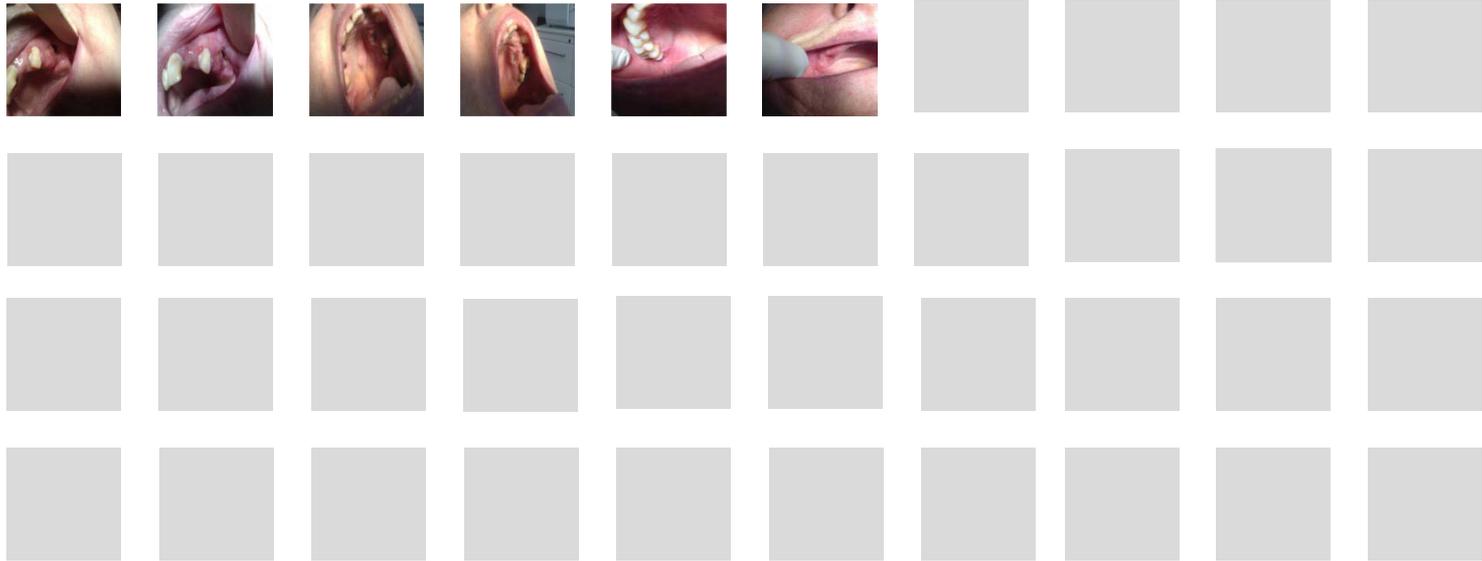
En la imagen: queiloide (tumoración que aparece en una cicatriz) tras biopsia de un liquen de lengua.



© Prof. Urquía y cols.

Unidad 23

Necrosis del paladar por iatrogenia





Paciente a la que se le extrajo un molar. Estaba en tratamiento con bifosfonatos intravenosos para la osteoporosis. Hizo una necrosis en maxilar superior como se observa en la imagen.



© Prof. Urquía y cols.

Esta úlcera permaneció en boca mucho tiempo, incluso después de haberle practicado en dos ocasiones un raspado de la cavidad para eliminar el tejido necrótico.



Necrosis de paladar: en zona donante de tejido para reponer una reabsorción de tejidos blandos a nivel del incisivo central.



Necrosis del paladar en zona donante de tejido.



A veces es la anestesia con vasoconstrictor en paladar lo que provoca estas lesiones ulcerosas por necrosis. La paciente ha estado haciéndose una obturación en un dentista.

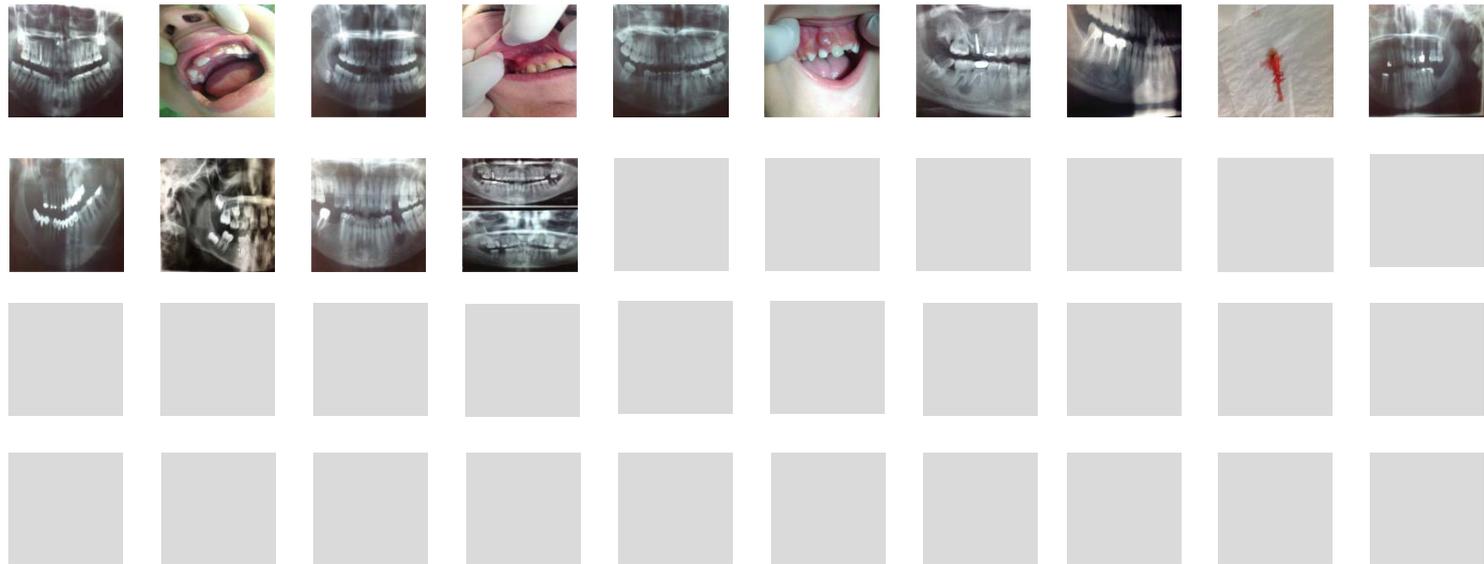


Prevención: no intervenciones quirúrgicas en pacientes con medicación con alendronatos, etc. No están indicados los implantes hasta que no haya dejado de tomarlos durante varios meses.

En la imagen, resolución de un cuadro de necrosis ósea tras debridación quirúrgica mínima.

Unidad 24

Quistes



Clasificación de los quistes

I. QUISTES EPITELIALES

A. Del desarrollo

Odontogénicos

- Quiste gingival infantil (perlas de epstein)
- Quiste de erupción
- Queratoquiste odontogénico (primordial)
- Quiste dentígero (folicular)
- Quiste periodontal lateral
- Quiste gingival del adulto
- Quiste odontogénico glandular; quiste sialodontogénico

No odontogénicos

- Quiste del conducto naso palatino
- Quiste nasolabial (nasoalveolar)
- Quistes medianos palatino, alveolar y mandibular.
- Quiste glóbulo maxilar

B. Inflamatorios

- Quiste radicular: apical, lateral, residual.
- Quiste paradental (colateral inflamatorio, bucal mandibular infectado)
- Quiste residual



© Prof. Urquía y cols.

II. QUISTES NO EPITELIALES

- Quiste óseo solitario
- Quiste óseo aneurismático



© Prof. Urquía y cols.

Quiste de erupción: prominencia blanda e indolora que aparece en la zona de erupción de un diente. La ortopantomografía muestra una imagen radiolúcida que rodea a un diente. La vaina que lo envuelve es muy fuerte.

Se soluciona haciendo una pequeña incisión a nivel del reborde alveolar permitiendo así la erupción del diente en una semana.



Quiste dentígero o folicular. Son los segundos más frecuentes tras los quistes radiculares. Se localizan preferentemente en la región de los terceros molares o caninos superiores. Provoca la expansión ósea, adelgazamiento de la cortical.

En la radiografía se observa la corona de un cordal rodeada de un halo radiolúcido. El quiste tiene su límite a nivel amelocementario. Es unilocular. El tratamiento es la extirpación quirúrgica.



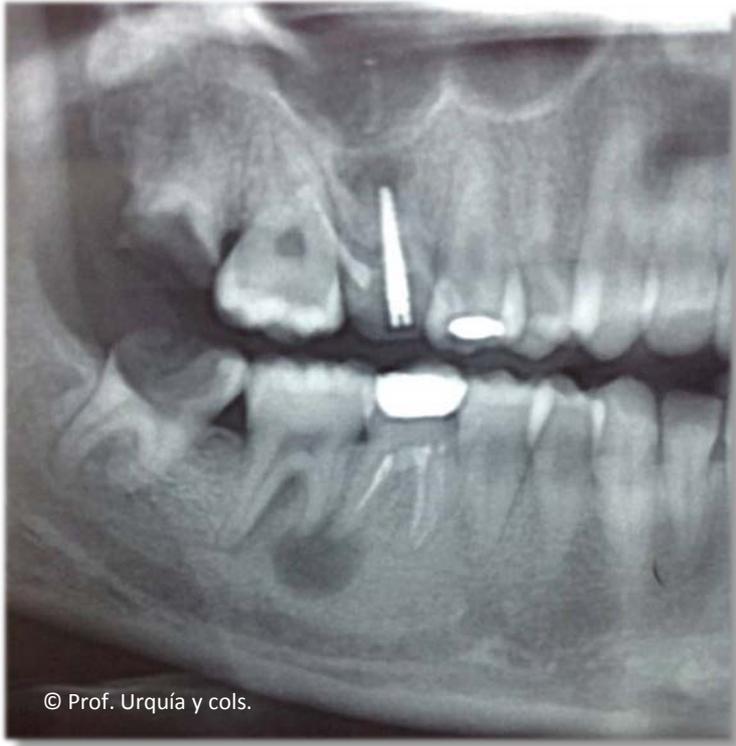
Quiste gingival del adulto: es un quiste del desarrollo. Se localiza a nivel de premaxila. El quiste está incluido dentro del tejido gingival. Normalmente es asintomático. A la palpación notamos como podemos llegar a romper la pared del hueso y se escucha un crujido como al romper un huevo.



Quiste glóbulo maxilar: es un quiste no odontogénico. Está situado, normalmente, entre incisivo lateral y canino. El diagnóstico requiere Rx y estudio histopatológico.



Quiste globulomaxilar: se localiza entre las raíces de incisivos y caninos a los que desplaza. Adopta una forma de pera invertida. No afecta a la vitalidad de los dientes. Está indicada la extirpación quirúrgica. En las imágenes: fotografía de un niño y radiografía de un adulto.



Quiste radicular apical: es el quiste de los maxilares más frecuente y está relacionado con la raíz de un diente no vital. Afecta al ápice.



Quiste radicular apical: en el caso de la imagen el quiste se sobrepone con el orificio de salida del nervio dentario inferior. Además en este paciente existe un granuloma apical en la raíz del 46.



Quiste radicular apical.



© Prof. Urquía y cols.

El quiste radicular apical plantea diagnóstico diferencial con un granuloma apical como el de la imagen. El granuloma es consecuencia de una inflamación prolongada causada por ese diente: es más pequeño y cuando se extrae aparece como una bolsita colgando del ápice.



© Prof. Urquía y cols.

Quiste radicular lateral: cuando también involucra las paredes laterales de las raíces y la zona de la furca en molares.



Quiste paradontal, normalmente localizado en cara vestibular de molares inferiores.



© Prof. Urquía y cols.

Diagnóstico diferencial: no hay que confundir el germen de un diente en formación con un quiste. Nos tenemos que apoyar en la radiografía para distinguirlos. Lo que estamos viendo en la imagen son gérmenes dentarios que rodean a la coronas de las piezas por erupcionar. Incluso en el caso de la pieza 45 es un germen, aunque no se vea todavía diente en su interior.



© Prof. Urquía y cols.

Quiste radicular apical causado por una endodoncia fracasada.



© Prof. Urquía y cols.



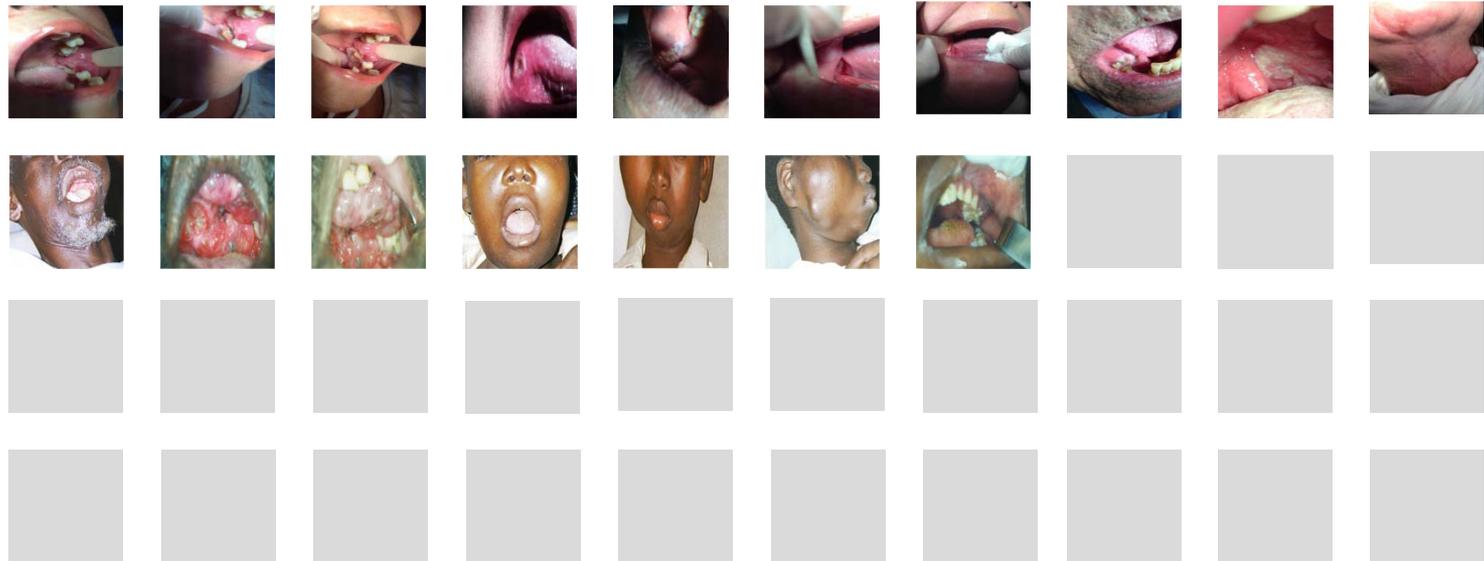
© Prof. Urquía y cols.

El tratamiento de los quistes es: eliminar la causa, enucleación y legrado de las paredes.

En la imagen se observa la zona de regeneración ósea tras la exodoncia del diente causante y la enucleación del quiste.

Unidad 25

Tumores





© Prof. Urquía y cols.

La importancia de una buena exploración: Lo que estamos viendo es un paciente que llega a la consulta porque, refiere que “le duele una muela”. El molar está muy destruido.



El paciente no abre bien la boca. La mejilla está inflamada y no nos deja separarla del molar, pero se ve una herida causada por el borde cortante. A estas alturas, querido/a lector/a, ya os han debido saltar las alarmas: úlcera, borde cortante... Hay que quitar la causa.



© Prof. Urquía y cols.

Al explorar mejor y lograr bajar la lengua...
¡Observad qué masa!

No es intención de este trabajo poner
etiquetas a este cáncer, pero una masa de
tejido desestructurada no nos debe pasar
desapercibida.



© Prof. Urquía y cols.

Las lesiones cancerizables más frecuentes son:

La leucoplasia, liquen plano, eritroplasia y queilitis actínica.

Al hacer la biopsia se comprobó que esta úlcera había degenerado en un carcinoma epidermoide.



© Prof. Urquía y cols.

Hay que poner especial atención a dos zonas:
trígono retromolar y borde lateral de lengua.



© Prof. Urquía y cols.

La palpación de las cadenas ganglionares es importante.

En la imagen, se aprecia un carcinoma epidermoide de lengua.



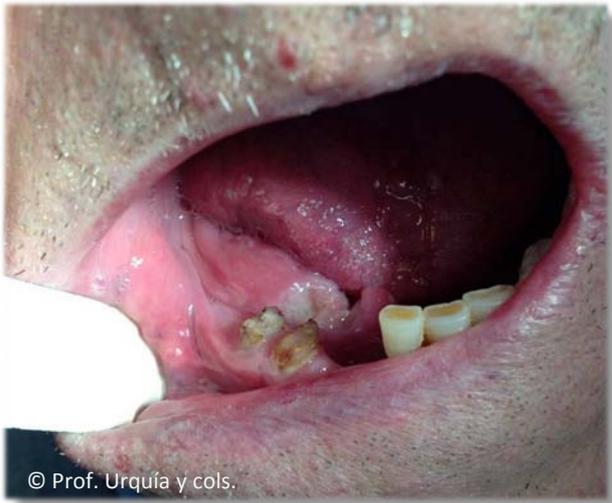
Una úlcera que, quitada la causa, no cura en 10 días debe de ser biopsiada.



© Prof. Urquía y cols.

El cáncer es multifactorial: sífilis, edad, carencias nutritivas, hipovitaminosis, herencia, oncovirus, quemaduras, etc.

Sin embargo, la asociación “diabetes + alcoholismo + bocas descuidadas + tabaco” se considera en nuestro medio un “estado de alto riesgo”.



© Prof. Urquía y cols.

En la imagen paciente con abundantes restos radiculares y una masa alrededor de una gran zona de necrosis.



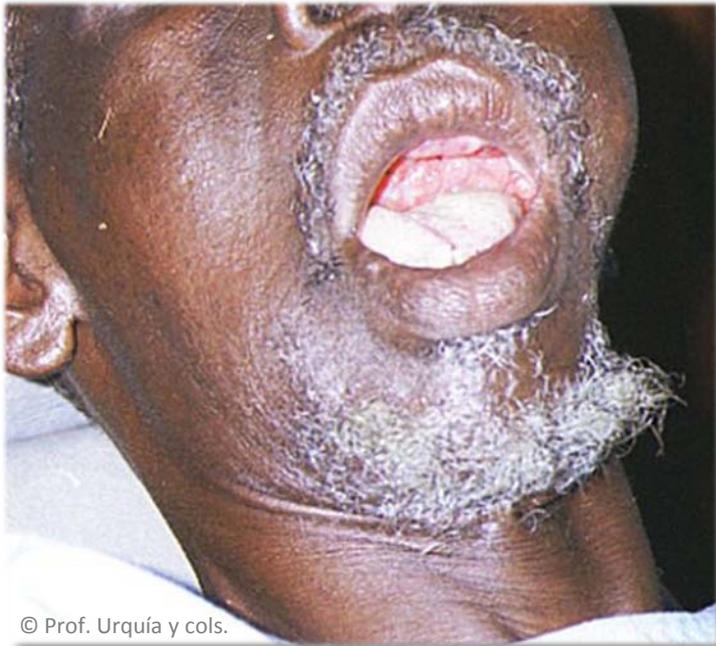
© Prof. Urquía y cols.

En paladar blando no suelen asentar tumores de origen epitelial. Los carcinomas en paladar blando son más frecuentes en fumadores de pipa y puros.

Esta paciente, sin embargo, presentaba un carcinoma epidermoide en paladar blando. Se observa, una masa de tejido desestructurado donde aparecen zonas exofíticas, necróticas o ulceradas.



En estas imágenes se observa la zona del carcinoma anterior recién operado y las cicatrices del cuello por el vaciamiento de la cadenas ganglionares afectadas.



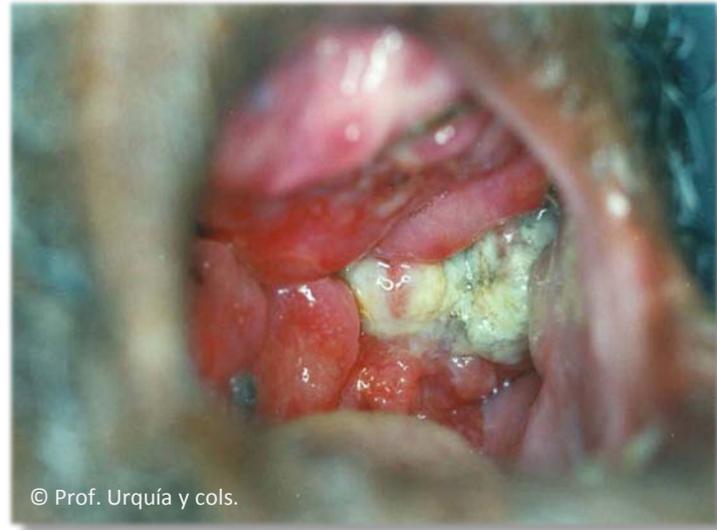
© Prof. Urquía y cols.

El sarcoma de Kaposi: tumor de origen vascular que afecta a piel de manera endémica en zonas del Mediterráneo.



© Prof. Urquía y cols.

Paciente con sarcoma de Kaposi en paladar.



El sarcoma de Kaposi puede afectar a boca en pacientes con sida, aunque también se ha relacionado con infecciones por citomegalovirus.



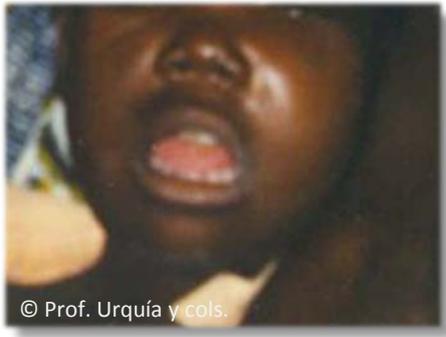
© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquía y cols.

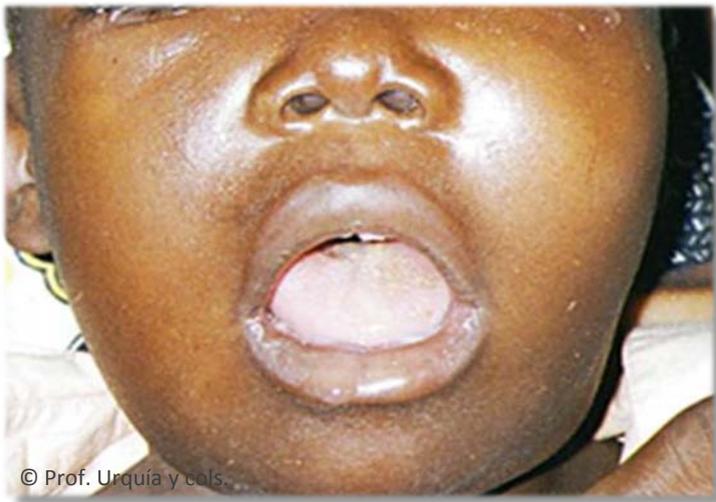
Detalle sarcoma de Kaposi.

© Prof. Urquía y cols.



Oncovirus

El virus de Epstein Barr es responsable en nuestro medio de la mononucleosis infecciosa. Pero cuando afecta a poblaciones con una deplección de linfos T (como puede ser pacientes con malaria o HIV+) va a ser responsable del linfoma de Burkitt.



En la imagen se observa una tumoración en mejilla izquierda de un paciente con linfoma de Burkitt.

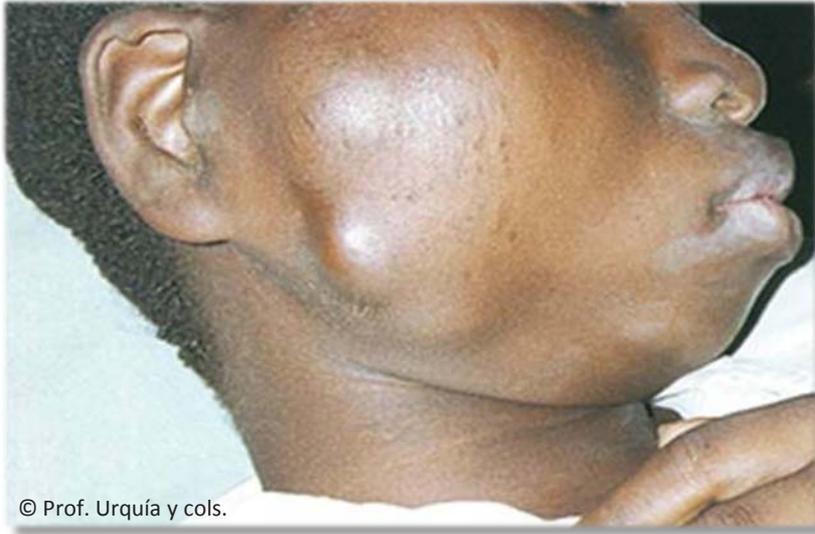
© Prof. Urquía y cols.



El linfoma de Burkitt es un tumor de linfocitos B que afecta a los huesos maxilares.

Llamada de atención: niño de procedencia africana que se le mueven los dientes temporales o permanentes sin causa local que lo justifique y bultoma en cara (se confunde inicialmente con flemón). Suelen padecer afectación ganglionar, etc.

© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquía y cols.

Linfoma de Burkitt: crece muy rápidamente.

© Prof. Urquía y cols.



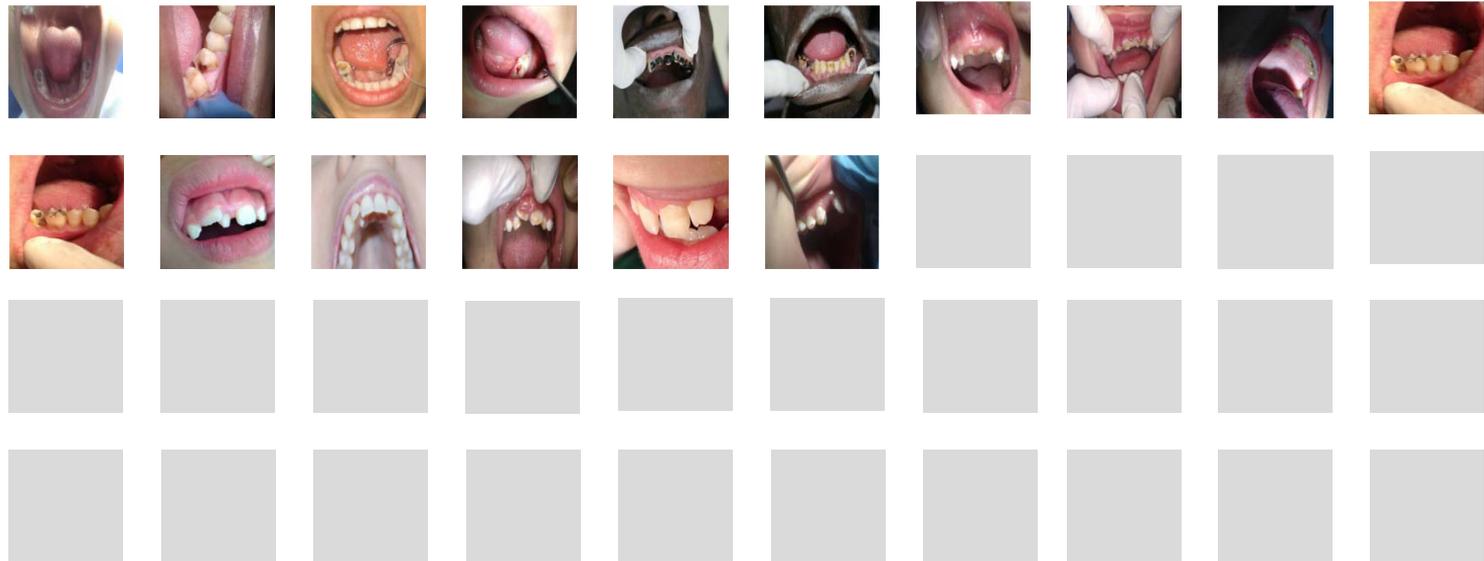
© Prof. Urquía y cols.

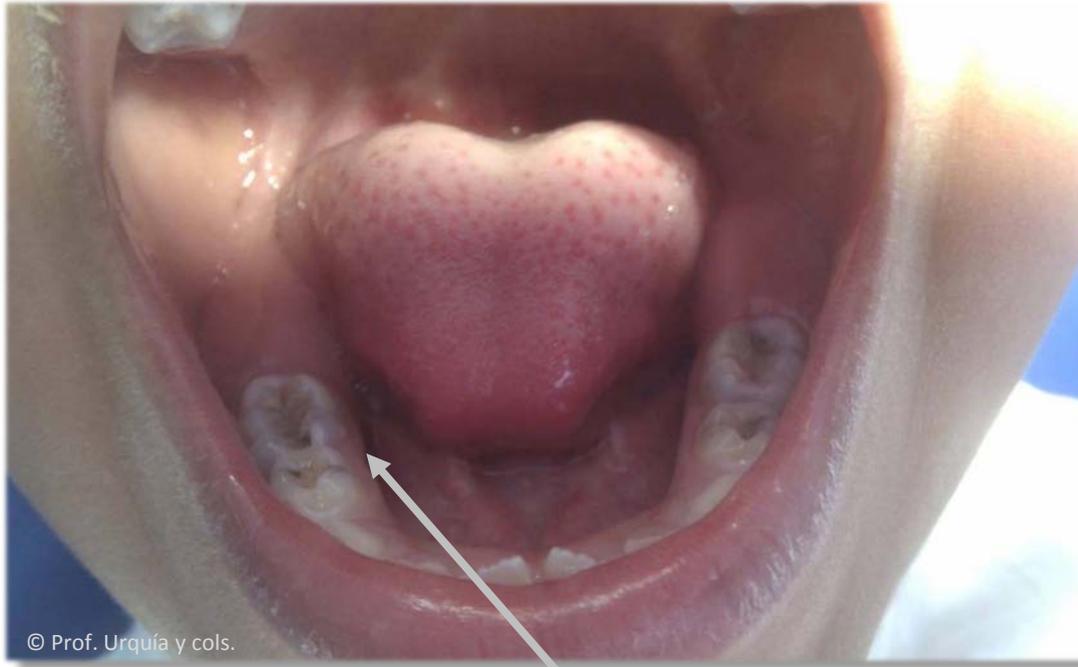
Movilidad de los dientes no justificada por la edad de recambio en paciente con Linfoma de Burkitt.

© Prof. Urquía y cols.

Unidad 26

Patología del diente





La caries dental es una lesión de carácter multifactorial que afecta a las estructuras del diente: esmalte; dentina y cemento. Es producida por el ácido del metabolismo bacteriano. Presenta varias fases:

- a) En la imagen se aprecia lesión del esmalte o superficial (asintomática).



- b) Caries dental: lesión de la dentina, más profunda, con sintomatología y destrucción del tejido dentario. Se recala con los alimentos fríos o dulces. El dolor sólo existe durante el tiempo de exposición al estímulo (mientras se toma agua fría).

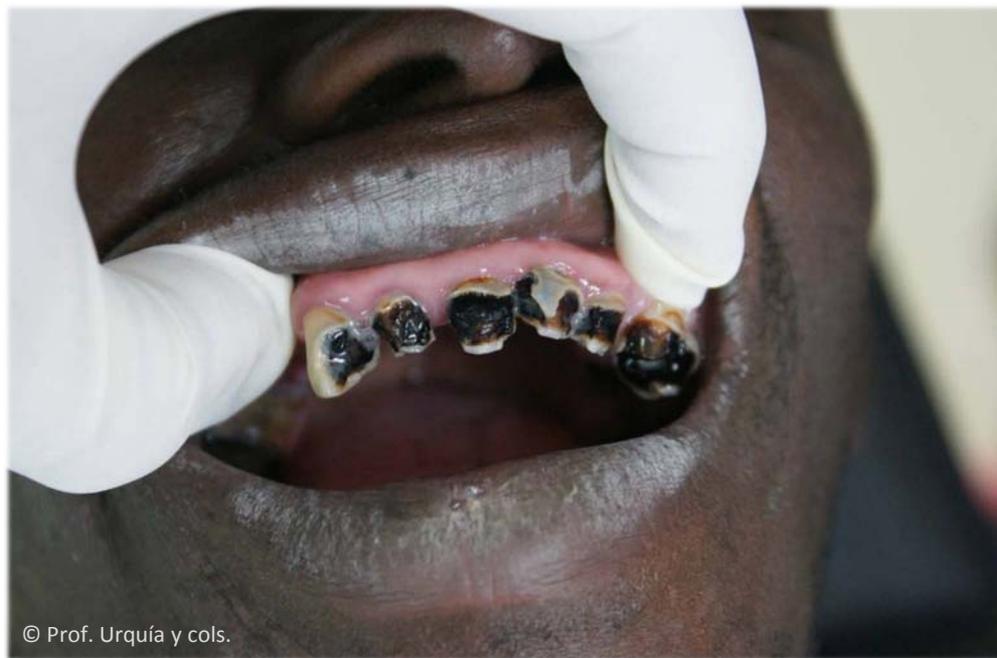


c) Caries dental: cuando la lesión llega a la pulpa dental hay dolor de manera espontánea y sin necesidad de estímulo. Cuando se produce la gangrena de la pulpa (necrosis mas putrefacción bacteriana), ocurrirá lo contrario de lo que pasaba en los primeros estadios: el dolor se quita al tomar agua fría y aumenta con los alimentos calientes.



Ante la lesión pulpar, el tratamiento es una endodoncia, tratamiento de conductos o la extracción de la pieza.

© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquía y cols.

La destrucción de los dientes también puede ser debida a hábitos nutricionales, tabáquicos, etc. Paciente con destrucción dentaria por masticar nuez de cola.



© Prof. Urquía y cols.

La destrucción suele ser extensa y solo se detiene ante el cese del hábito y la restauración de los dientes afectados.



En los niños se dan cuadros clínicos bastante agresivos y de avance rápido: “La caries del biberón” aparecen por el uso frecuente y prolongado de un biberón nocturno.



© Prof. Urquía y cols

Caries de biberón: estas lesiones se caracterizan por afectación de las superficies lisas de los dientes y pueden llegar a la amputación de coronas de incisivos superiores .



© Prof. Urquía y cols.

También se les conoce como “caries de los zumitos” a las producidas por el continuo consumo de bebidas con contenido líquido con carbohidratos fermentables como zumo de fruta comercializado, uso de jarabes o untar el chupete con miel o azúcar para dormir.



Algunas lesiones en los dientes pueden ser indicativas de hábitos bruxómanos, que producen desgastes en las caras palatinas de dientes. Incluso pueden llegar a la exposición pulpar, como es el caso de la imagen.



Alteraciones de la forma dental:

- Anomalías en las cúspides
- Unión de gérmenes dentarios
- Dientes cónicos
- Adhesión dentaria
- Concrescencia
- Dislaceración



© Prof. Urquía y cols.

Alteraciones en el número: los dientes supernumerarios son alteraciones del desarrollo.

El más común es el que aparece entre ambos incisivos centrales superiores conocido como “mesiodens”.



Alteración en el número: diente supernumerario cónico y un cuarto molar.



Alteraciones en la estructura dentaria: en la imagen se ve una hipoplasia del esmalte de los incisivos centrales por traumatismo cuando el niño aún tenía los dientes temporales. La raíz de estos dañó los dientes definitivos.



© Prof. Urquía y cols.

Lesión del esmalte por el hábito de cepillarse los dientes con limón.



© Prof. Urquía y cols.



© Prof. Urquía y cols.

Lesiones en el esmalte por alteraciones en su estructura.
Amelogénesis imperfecta.

Listado de materias

A

Abrasión, 348
Absceso, 272,273,277,278,281,284
Ackerman, tumor de, 59
Aftas
 asociada a neutropenia cíclica, 126
 herpetiforme, 126, 136, 137,168
 mayores o Sutton, 126, 143
 menores, 126, 128,130,134-136
Aftosis oral recidivante, 126,127
Alba, línea, 38, 39, 313
Angioedema, 57
Angioma, 208, 214
Amígdala, 44
Ampolla, 171-189, 350,351, 368, 371-373

B

Bisfosfonatos intravenosos, 384
Bolsa periodontal, 274,275
Botones gustativos, 21
Botriomicoma, 198
Bruxómanos, hábitos, 433
Burkitt, linfoma de, 419-422

C

Calcado, lesiones de, 304, 305
Cáncer, 342, 367, 408, 413

Candidiasis, 288, 292, 295, 309, 313, 328, 379
 crónica pseudomembranosa, 288, 290,
 291, 293, 294, 296, 297
 crónica nodular, 288, 307
 eritematosa aguda y crónica, 288, 298
 candidiasis/leucoplasia, 308
Carcinoma,
 epidermoide, 54
 in situ, 52
 mucoepidermoide, 264
Caries, 276, 280, 284, 424
 afectación pulpar, 274, 426
 de biberón, 430, 431
 de dentina, 425
 por hábitos, 430,432
Celulitis, 272, 285
Cemento, 424
Cicatriz retractil, 382
Citomegalovirus, 417
Condiloma acuminado, 225
Coxsackie y Echo, virus, 169

D

Dentina, 424, 425
Diapneusia, 58, 232, 261
Dilataciones varicosas, 28, 211
Disqueratosis, 314

E

Efélides o pecas, 115
Enantema, 161, 162
Epstein Barr, virus de, 419
Epstein, perlas de, 391
Épulis, 191-200
 del embarazo, 200, 201
 fisuratum, 192-196
 por falta de higiene, 197, 198
Equimosis, 118,120, 121

Eritema, 118,121, 151
 en alas de mariposa, 338
Eritema multiforme, 176, 185, 187, 188
Eritroplasia, 409
Erosión, 124, 125, 127, 135, 153, 168, 323
Escama, 13, 14
Escara, 157
Esmalte, 424, 437-439
Estomatitis protésica, 288
Estrías radiales, 335
Exofítica, 172, 414

F

Fascies leonina, 363
Fibroma, 58, 230-237, 239, 257
Fisura, 13
Fístula, 277-281
Flemón, 272, 274, 276, 281-283, 420
Fordyce, gránulos de, 35, 36

G

Germen dentario, 402
Gingivitis, 79-81
 descamativa crónica, 376
 GUNA, 79, 90-95
Glándulas
 Blandin-Nuhn, 29
 Parótida, 9, 16, 33, 102
 salivales menores, 15, 16, 42, 43, 255
 sebaceas, 35
 submandibular, 28, 31, 32
Glositis romboidal media, 288, 306
Goma sifilítico, 269
Granuloma
 apical, 398, 399
 periférico de células gigantes, 198, 202-205
 piógeno, 198, 201

H

Halitosis, 92, 292
Hamartoma, 211
Hemangioma, 206-209, 211, 212, 214
 cavernoso, 213
 juvenil, 210
Herpangina, 170
Herpes
 simple, 156-158
 primoinfección, 150
 primoinfección, varicela, 160
 reactivación, zóster, 163-165, 167
Hiperplasia
 de células gigantes, 198, 202-205
 granulomatosa de la mucosa oral, 198,
 199,
 fibrosa de la tuberosidad, 238
Hipertrofia gingival, 79

I

Identaciones, 37

L

Lengua
 escrotal, 68, 69
 geográfica, 64-67, 74
 saburral, 71
 vellosa antibiótica, 72, 73, 288, 301, 302
Lepra, 362-364
Leproma, 364
Leucoedema, 320
Leucoplasia, 8, 9, 39, 55, 288, 295, 313-330,409
 leucoplasia/candidiasis, 308
 homogéneas, 317-320
 nodular, 316
 no homogénea, 321
 retrocomisural, 322
 vellosa, 324, 325, 328

a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x y z

Liquen plano oral, 8,9,89,116, 288, 366, 367, 372
ampollar, 176,351,371-373
atrófico, 375, 376, 380
en placas, 306, 377, 378, 380
erosivo, 368, 374, 380, 381
reticular, 116, 367, 369, 370, 373, 379-381
Lupus, 9, 338
eritomatoso discoide crónico, 333, 334
eritomatoso sistémico, 333

M

Manchas, 35, 122, 291
melánicas, 18, 19, 111, 113, 114
hemáticas, 118
Melanoma, 117
Melkersson-Rosenthal, síndrome de, 56, 57
Mesioden, 435
Metamérico, 164
Micosis, 288-311
Milohioidea, línea de, 244, 281
Mononucleosis infecciosa, 419
Mucocele, 254-264
Mucosa,
queratinizada, 17
de revestimiento, 17,
especializada, 17, 20
Muguet, 290

N

Necrosis, 93, 353, 383-389, 413, 426
Neurolemoma, 235
Neutropenia, 126, 144
Nevus, 117
Nódulo, 143, 265-270, 362

O

Oncovirus, 413, 419
Ostium, 34

P

Paladar, 17, 40-43, 112, 169, 170, 225, 252, 283, 289, 292, 298, 304, 353, 364, 383-389, 414, 416
blando, 40, 42, 169, 170, 414
duro, 17, 40, 41
Panadizo herpético, 159
Papilas,
caliciformes, 26, 75
filiformes, 20, 63, 64, 72, 301
foliadas, 23-25
fungiformes, 20, 21
Papiloma, 30, 215-228
Papilomatosis oral, 224
Pápula, 160
Paracoccidiodomicosis, 311
Pedículo, 221, 228,
Pénfigo verdadero, 176, 180, 183
Penfigoide, 184, 189, 372
Penfigoide benigno de las mucosas, 176, 182, 183
Pericoronaritis, 79, 103-105
Periodontitis, 101,102
crónica, 79, 100
juvenil, 79, 96-98
Petequia, 118, 119
Piercing, 76, 77, 106-108, 359, 360
Pulpar, 427, 433
Púrpura, 118, 121,
Pústula, 157, 165, 185

Q

Queilitis, 57
actínica, 8,9,46,48, 49, 51, 409
angular, 288, 309
Queratina, 22, 27, 40, 65, 71,72, 222, 223, 301, 314, 377
Quistes
dentífero o folicular, 391, 393
erupción, 391, 392
gingival del adulto, 391, 394
globulomaxilar, 395, 396
parodontal, 401
radicular apical, 393, 397-399, 403

R

Recesión gingival, 79, 86, 88

S

Sarcoma de Kaposi, 416-418
Stenon, conducto de, 33
Steven Johnson, eritema multiforme, 185
Subperióstico, absceso o flemón, 283

T

Tatuajes, 122
Torus, 240-253
mandibular, 244, 246, 249
maxilar, 242
Trauma oclusal, 88, 89, 274, 276
Trígono retromolar, 319, 410
Tronera, 79, 81
Tubérculo, 362, 364, 440

U

Úlceras, 9, 362
crónica, 374
traumática, 339-360

V

Vasculitis, 140, 332, 338
Verruga, 223
Vesícula, 9, 137,149, 152, 153, 157, 160, 161, 163-165, 167-170, 172, 173
Víbices, 118
Von Recklinghausen, neurofibromatosis de, 116

W

Wharton, conducto de, 31
Wickhan, estrías de, 369, 373

X

Xerostomía, 289

Bibliografía

Bagán JV, Ceballos A, Bermejo A, Aguirre JM, Peñarrocha M. Medicina oral. Barcelona: Masson; 1995.

Bagán JV, Vera F. Patología de la mucosa oral. Barcelona: Ed. Syntex Latino; 1989.

Bascones A. Tratado de odontología. Madrid: Ed. Trigo S.L.; 1998.

Bermejo F A. Medicina bucal. Volumen I y II. Madrid: Síntesis; 2000.

Cawson RA. Fundamentos de Medicina y Patología Oral. Barcelona: Editorial Elsevier; 2009.

Ceballos A, Bullón P, Gándara JM, Chimenos E, Blanco A, Martinesahuquillo A, García A, eds. Medicina bucal práctica. Santiago de Compostela: Editorial Danu SL; 2000.

Gay C, Berini L. Cirugía Bucal. Madrid: Ed. Ergon S.A.; 1999

González M MA. Precáncer y Cáncer Oral. Madrid: Ediciones Avances; 2001.

Laskaris G. Color atlas of oral diseases. New York: Thieme; 2003.

Lucas TM. Atlas de medicina oral y maxilofacial. Barcelona: Editorial Científico Médica; 1985.

Philip J, Eversole LR, Wysocki G. Patología Oral y Maxilofacial Contemporanea. Madrid: Ed. Elsevier España S.A.; 2004

Regezi J, Sciubba J. Patología Bucal. México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 1999.