

2024

PATOLOGÍA BUCAL POR ZONAS ANATÓMICAS

María del Carmen Salazar Vera

Itzel Martínez Palma

Nancy Jacqueline Flores Rodríguez

Elizabeth Pérez Madrigal

Mónica Ivonne Sánchez Fabián

Juan Carlos Martínez Navarrete

Germán Zecua Fernández

Proyecto PAPIME clave PE201823



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



Dr. Vicente Jesús Hernández Abad
Director

Dra. Mirna García Méndez
Secretaria General

Dr. José Luis Alfredo Mora Guevara
Secretario de Desarrollo Académico

C.D. Yolanda Lucina Gómez Gutiérrez
Secretaria de Desarrollo Estudiantil

Mtro. Luis Alberto Huerta López
Secretario Administrativo

Dra. María Susana González Velázquez
Jefa de la División de Planeación Institucional

Dra. Rosalva Rangel Corona
Jefa de la División de Vinculación

Dr. David Nahum Espinosa Organista
Jefe de la División de Estudios de Posgrado e Investigación

Lic. Carlos Raziel Leaños Castillo
Jefe del Departamento de Diseño editorial y Comunicación Gráfica

Datos para catalogación bibliográfica

Autores: María del Carmen Salazar Vera, Itzel Martínez Palma, Nancy Jacqueline Flores Rodríguez, Mónica Ivonne Sánchez Fabián, Elizabeth Pérez Madrigal, Juan Carlos Martínez Navarrete, Germán Zecua Fernández, Iván Torres Vela, Axel Reyna Escobar, David Gallegos Tapia

Patología bucal por zonas anatómicas

UNAM, FES Zaragoza, junio de 2024

Peso: 73.1 MB

ISBN: 978-607-30-9176-3

Diseño digital y de portada: María del Carmen Salazar Vera, Itzel Martínez Palma, Nancy Jacqueline Flores Rodríguez

PROYECTO UNAM-DGAPA-PAPIME

Clave del proyecto: **PE201823**

DERECHOS RESERVADOS

Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del texto o las ilustraciones de la presente obra bajo cualesquiera formas electrónicas o mecánicas, incluyendo fotocopiado, almacenamiento en algún sistema de recuperación de información, dispositivo de memoria digital o grabado sin el consentimiento previo y por escrito del autor.

Patología bucal por zonas anatómicas

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México

Av. Universidad # 3000, Col. Universidad Nacional Autónoma de México, CU,
Alcaldía Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, México.

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Av. Guelatao N° 66, Colonia Ejército de Oriente,
Alcaldía Iztapalapa, C.P. 09230, México CDMX.

RESEÑA CURRICULAR DE LOS AUTORES

María del Carmen Salazar Vera

Cirujana Dentista, FES Zaragoza

Especialista en Patología Bucal, DEPeI, FO, UNAM

Maestra en Educación con especialidad en Tecnología Educativa, UNITEC

Diplomada en Docencia Universitaria, Didáctica y Formación Pedagógica y Tecnología Educativa

Profesora en áreas biológica y clínica, FES Zaragoza

Itzel Martínez Palma

Carrera de Cirujano Dentista

Nancy Jacqueline Flores Rodríguez

Carrera de Cirujano Dentista

Elizabeth Pérez Madrigal

Cirujana Dentista, FES Zaragoza

Profesora en área biológica, FES Zaragoza

Mónica Ivonne Sánchez Fabián

Cirujana Dentista, FES Zaragoza

Especialista en Patología Bucal, DEPeI, FO, UNAM

Profesora en áreas biológica y clínica, FES Zaragoza

Juan Carlos Martínez Navarrete

Cirujano Dentista, FES Zaragoza

Especialista en Patología Bucal y Medicina Bucal, UAM Xochimilco

Profesor en áreas biológica y clínica, FES Zaragoza

Germán Zecua Fernández

Cirujano Dentista, FES Zaragoza

Profesor en área biológica, FES Zaragoza

COLABORADORES:

David Gallegos Tapia *pasante de servicio social, carrera de Cirujano Dentista*

Axel Reyna Escobar *pasante de servicio social, carrera de Cirujano Dentista*

Iván Torres Vela *pasante de servicio social, carrera de Cirujano Dentista*

PATOLOGÍA BUCAL

por zonas anatómicas

PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ENSEÑANZA EN EL MÓDULO MEDICINA
Y PATOLOGÍA ESTOMATOLÓGICA

El presente manual fue creado gracias al “Programa de Apoyo a Proyectos para Innovar y Mejorar la Educación” (PAPIME) y forma parte del proyecto “Diseño y elaboración de un E-Book de patología bucal por zonas anatómicas, para el mejoramiento de la enseñanza y aprendizaje en el módulo de medicina y patología estomatológica” con clave PE201823.

Es producto del trabajo colectivo con profesores de la misma institución y del módulo, un recurso educativo digital que promueve la formación e integración de conocimientos en patología bucal en estudiantes de la Carrera de Cirujano Dentista. Es un material que podrá ser consultado de manera digital para su aprovechamiento.

Todas las imágenes son originales, tomadas de fuente directa con autorización de los pacientes.

Palabras clave

- Patología bucal
- Cavidad bucal
- Zonas anatómicas

Área académica

Área de las Ciencias Biológicas,
Químicas y de la Salud

Área de conocimiento

Medicina y Ciencias de la Salud

Disciplina

Odontología

Especialidad

Patología Bucal

Entidad Académica de adscripción

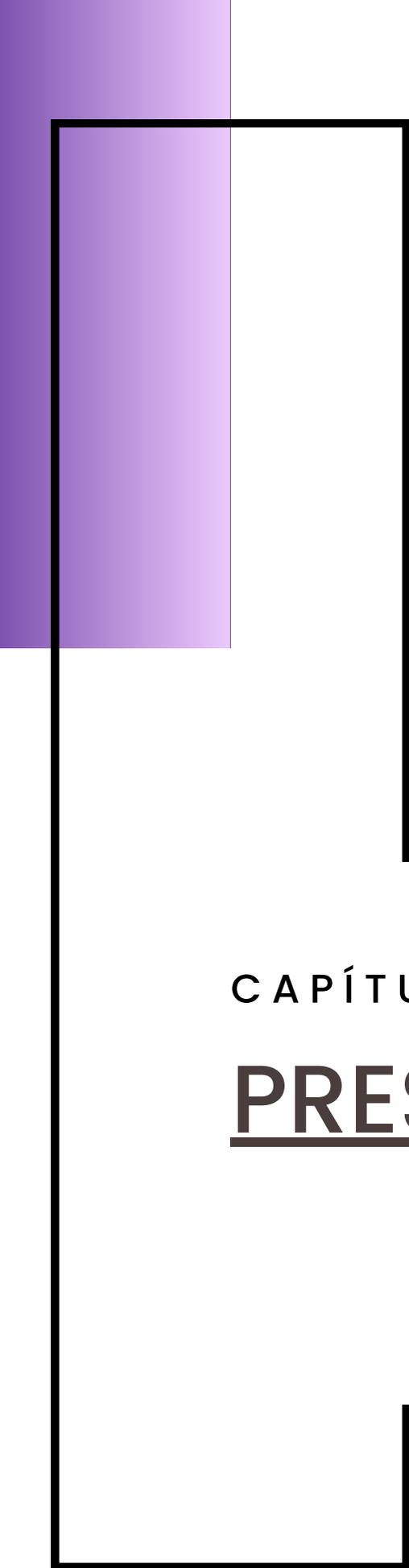
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Trabajo realizado con el apoyo del Programa
UNAM-DGAPA-PAPIME
Clave del Proyecto PE 201823

ÍNDICE

I	<u>PRESENTACIÓN</u>	7
II	<u>CONTEXTUALIZACIÓN</u>	10
III	<u>ANATOMÍA</u>	12
IV	<u>LESIONES FRECUENTES POR ZONAS ANATÓMICAS</u>	26
V	<u>LESIONES EN LABIOS</u>	28
	<u>QUEILITIS</u>	29
	<u>QUEILITIS ANGULAR</u>	30
	<u>QUEILITIS GLANDULAR</u>	33
	<u>QUEILITIS FACTICIA</u>	34
	<u>QUEILITIS ACTÍNICA</u>	35
	<u>HERPES SIMPLE</u>	39
VI	<u>LESIONES EN MUCOSA DE REVESTIMIENTO</u>	44
	<u>LESIONES EN MUCOSA LABIAL</u>	44
	<u>ÚLCERA</u>	45
	<u>MÁCULA MELANÓTICA</u>	51
	<u>MUCOCELE</u>	55

ÍNDICE

VII	<u>LESIONES EN MUCOSA YUGAL</u>	60
	<u>HIPERPLASIA FIBROSA/FIBROMA TRAUMÁTICO</u>	61
	<u>LEUCOEDEMA</u>	66
VIII	<u>LESIONES EN MUCOSA MASTICATORIA</u>	70
	<u>PAPILOMA ESCAMOSO</u>	71
	<u>GRANULOMA PIÓGENO</u>	75
	<u>FIBROMA OSIFICANTE PERIFÉRICO</u>	80
	<u>ESTOMATITIS NICOTÍNICA</u>	85
	<u>CANDIDIASIS</u>	89
IX	<u>LESIONES EN MUCOSA ESPECIALIZADA</u>	95
	<u>LENGUA GEOGRÁFICA</u>	96
	<u>LENGUA FISURADA</u>	101
	<u>HIPOSALIVACIÓN</u>	107

A decorative graphic on the left side of the page. It consists of a vertical purple gradient bar at the top, which is partially enclosed by a black outline. The outline starts from the bottom of the purple bar, goes down, then right, then up, and then right again, forming a partial frame around the text area.

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN

PRESENTACIÓN

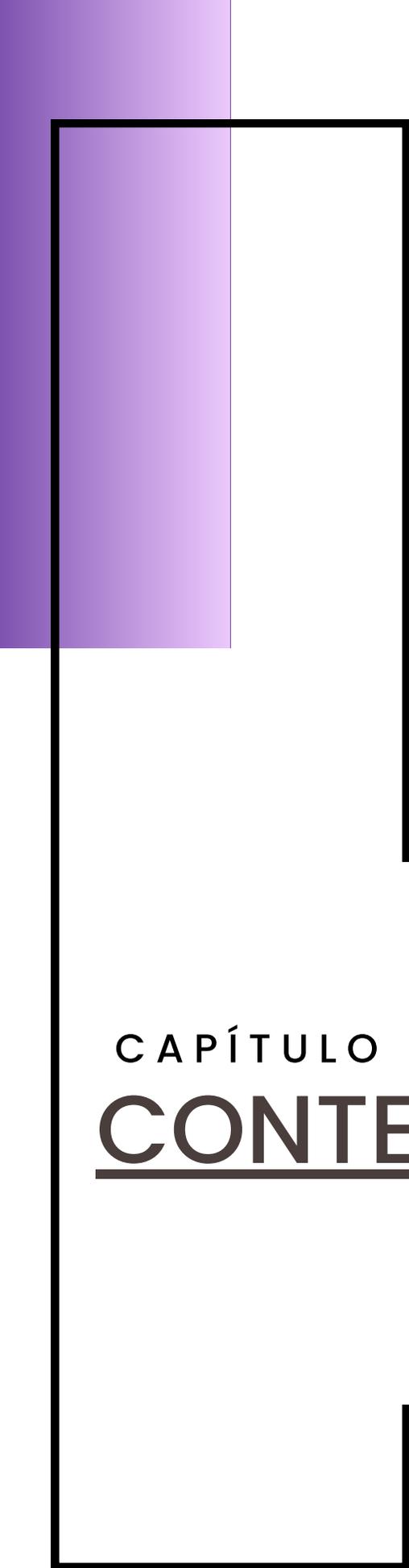
En el 2019 se declaró emergencia sanitaria debido a un número importante de casos provocados por el virus SARS CoV-2 responsable de una enfermedad respiratoria COVID-19, situación que obligó a Instituciones Educativas en todo el mundo a continuar con las actividades de manera remota. La facultad de Estudios Superiores Zaragoza no fue ajena a ello, por lo que implementó diferentes estrategias para continuar con las actividades académicas, a través del uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's), de manera remota y a distancia. En ese sentido en la Carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, surge la necesidad de mejorar e innovar en diferentes áreas entre ellas en el área disciplinar biológica, específicamente en el área de patología bucal.

Es por ello, que se presenta esta propuesta de intervención educativa para el mejoramiento del proceso de enseñanza y aprendizaje en esta área, ya que a través del e-book los alumnos podrán identificar las características clínicas de las lesiones más frecuentes en cavidad bucal por zonas anatómicas, conocimientos indispensables para el futuro profesionalista, en la resolución de problemas de salud.

Es producto del trabajo colectivo con profesores de la misma institución y del módulo, un recurso educativo digital que promueve la formación e integración de conocimientos en patología bucal en estudiantes de la Carrera de Cirujano Dentista, así como la optimización del proceso de enseñanza y aprendizaje de la patología bucal en el módulo.

Las lesiones bucales son condiciones comunes que pueden afectar diferentes zonas anatómicas de la cavidad oral como lo son: labios, mucosa labial , mucosa yugal , mucosa masticatoria, paladar blando, lengua, piso de boca y orofaringe. Estas alteraciones pueden tener diversas causas, que van desde infecciones, traumatismos hasta condiciones sistémicas subyacentes o procesos neoplásicos. Es por ello que, comprender estas afecciones y sus características, es indispensable para obtener un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado.

En el presente trabajo se abordarán de forma general las alteraciones bucales más frecuentes, así como algunas condiciones en cavidad bucal por zonas anatómicas, tales como, queilitis, infecciones por virus papiloma humano, úlceras, mácula melanótica, granuloma piógeno, fibroma traumático, fibroma osificante periférico, leucoedema, estomatitis nicotínica, mucocele, candidiasis, herpes simple, lengua geográfica, lengua fisurada y cambios por hiposalivación. Para facilitar su identificación y manejo clínico se proporcionará una descripción útil de las características clínicas así como del tratamiento o manejo terapéutico.

A decorative graphic on the left side of the page consists of a vertical purple gradient bar at the top, which is partially enclosed by a black outline. The outline extends downwards and then turns to the right, framing the text area.

CAPÍTULO II
CONTEXTUALIZACIÓN

CONTEXTUALIZACIÓN

El módulo Medicina y Patología Estomatológica, está ubicado en el tercer año de la Carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, tiene como objetivo proporcionar al alumno elementos para realizar diagnósticos presuntivos de las lesiones de tejidos duros y blandos de la región bucal y maxilofacial a través de la aplicación del método clínico, para el establecimiento del protocolo de atención integral del paciente adulto y mujer gestante.

Algunos de los temas que se abordan son semiología clínica, enfermedades sistémicas y su relación con el sistema estomatognático, conducta estomatológica para la atención de la mujer gestante, infecciones frecuentes en el sistema estomatognático, condiciones y lesiones de color, lesiones ulceradas y vesículo-ampollares, lesiones hiperplásicas, quistes y neoplasias, temas que forman parte de la Patología Bucal, considerada esta como una rama de la odontología que se encarga del estudio de la naturaleza, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan la región maxilofacial.

Los contenidos a desarrollar son amplios y a veces insuficiente el tiempo para abordarlos, de modo que se hace necesario desarrollar estrategias para que el alumno logre asimilar los contenidos que son indispensables para el desarrollo de su práctica profesional.

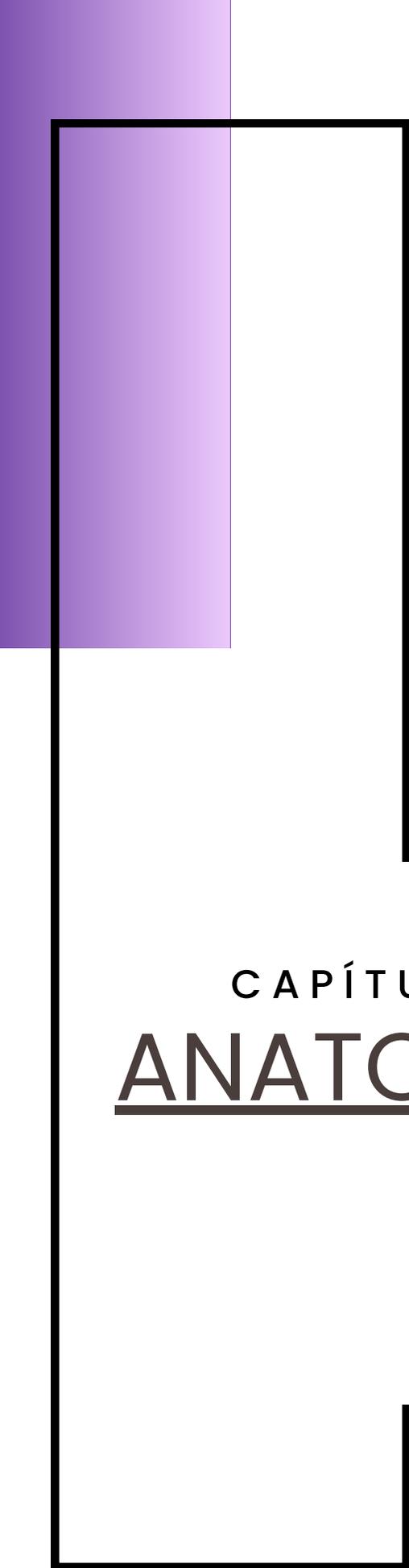
En este sentido, el objetivo de este material es favorecer en el alumno el desarrollo de habilidades cognitivas a través de imágenes clínicas de lesiones bucales frecuentes por zonas anatómicas, las cuales se describirán de manera breve, de tal forma que le permita orientar el diagnóstico clínico y en caso necesario, el tratamiento, incorporando recursos educativos digitales.

Por otro lado, servirá como un medio de comunicación entre docentes y alumnos vinculando la teoría con la práctica, desarrollando competencias diagnósticas que le permitirán desarrollar su práctica profesional de manera idónea a través de herramientas tecnológicas que hagan más amable la integración del conocimiento.

CONTEXTUALIZACIÓN

La patología es la base del diagnóstico que los clínicos emiten, de tal forma que, el saber que existen enfermedades sistémicas con repercusión en cavidad bucal y a la inversa, es de suma importancia, así como, contar con las bases teóricas necesarias para identificar dichas enfermedades y con ello establecer el diagnóstico, plan de tratamiento y conducta odontológica adecuada ante cada paciente. También es interesante saber que existen lesiones que tienden a presentarse de manera frecuente en ciertas zonas anatómicas, de tal forma que el e-book apoyará en la identificación de las mismas y podrán aplicarlo en su práctica profesional.

Las lesiones de cabeza y cuello constituyen un grupo heterogéneo de alteraciones que involucran diferentes tejidos como piel, mucosas, tejido óseo, adiposo, vascular entre otros; en algunas ocasiones estas lesiones pueden tener semejanzas clínica e histopatológicamente, aunque el comportamiento biológico es lo que en muchas ocasiones determina la conducta odontológica a seguir, por lo que se hace necesario el uso de algunos auxiliares de diagnóstico para establecer el diagnóstico definitivo y con ello el plan de tratamiento. De aquí la importancia de la aplicación de la patología bucal como ciencia básica en la práctica odontológica.



CAPÍTULO III
ANATOMÍA



**CAVIDAD
ORAL**

GENERALIDADES ANATÓMICAS

La cavidad oral forma parte del sistema estomatognático, es decir está conectada a una serie de tejidos duros y blandos, como huesos, vasos sanguíneos, estructuras nerviosas, glándulas y diferentes tipos de mucosa, por lo tanto, la diversidad de lesiones que podemos encontrar en la misma, hace que el proceso del diagnóstico se vuelva complejo cuando se manifiesta alguna entidad patológica, por lo que es necesario conocer estas zonas anatómicas en condiciones normales que permitan identificar los estados alterados. Existen ciertas alteraciones que se presentan por zonas anatómicas específicas, de ahí la importancia de reconocer estas estructuras.

Algunos de estas zonas anatómicas importantes durante la exploración clínica, son labios (rojo y blanco), mucosa labial superior e inferior, carrillos (mucosa yugal), encía (mucosa masticatoria), lengua (mucosa especializada), orofaringe, amígdalas y glándulas salivales, las cuales están cubiertas por diferentes tejidos, lo que las vuelve susceptibles a cierto tipo de lesiones.

Las mucosas que podemos identificar en cavidad oral son: mucosa de revestimiento, la cual cubre labios internamente dando lugar a la mucosa labial y la mucosa yugal.

También encontramos la mucosa masticatoria que corresponde a encía y paladar duro; y finalmente la mucosa especializada por contener botones gustativos y corresponde a la lengua.

LABIOS

Los labios están formados por dos pliegues musculocutáneos, uno superior y otro inferior, que delimitan el orificio de la boca y están dispuestos horizontalmente en el tercio inferior de la cara (Figura 1). El labio superior se mide desde el punto subnasal hasta el punto más superior del borde libre de éstos. El labio inferior comprende desde el borde inferior de éste hasta el mentón. Los labios son la puerta de entrada del aparato digestivo y la apertura anterior de la boca.

Desde el punto de vista anatómico, de fuera hacia dentro, los labios están compuestos por una capa externa de piel, fascia superficial, músculo orbicular de los labios, submucosa y mucosa labial. La mucosa labial es fina y contiene glándulas sebáceas y sudoríparas. Los labios son ricos en vasos sanguíneos, lo que les da su color rosado único (bermellón).



Figura 1. Labios. Características normales..
FUENTE: directa.

LABIOS

Para identificar las lesiones, se debe observar una línea de unión entre la piel de la cara y la piel de los labios, a dicho límite se le conoce como labio blanco (Figura 2) y es el asiento de algunas lesiones como la queilitis actínica. El resto de labio se denomina labio rojo (Figura 3) y corresponde al bermellón o borde bermellón de los labios.

Además del orbicular de los labios, otros músculos intervienen en su movimiento: elevador del labio superior, cigomático mayor y menor, triangular de los labios, risorio, buccinador, mentonianos y cuadrados del mentón¹. La inervación sensitiva de los labios corresponde a cargo del nervio trigémino.

El riego arterial proviene de las arterias labiales superior e inferior, ramas de la arteria facial y el drenaje venoso se efectúa por las venas que derivan a la vena facial. El drenaje¹ linfático de los labios se dirige hacia las cadenas submaxilar y submentoniana.

Desempeñan un papel importante en la articulación del habla y la deglución, así como en la expresión facial y la comunicación no verbal. Además, los labios ayudan a proteger la cavidad oral de lesiones y la desecación, actuando como una barrera frente a factores ambientales.



MUCOSA DE REVESTIMIENTO

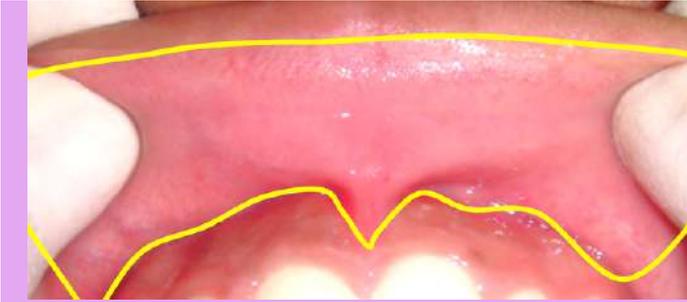


Figura 4 . Mucosa labial superior.
FUENTE: directa



Figura 5. Mucosa labial inferior.
FUENTE: directa

Como su nombre lo dice es una estructura formada por tejido conjuntivo fibroso denso o laxo que recubre toda la cavidad oral.

La cara interna de labios o mucosa labial (Figuras 4 y 5) está cubierta por un tejido de revestimiento de color rosa, lisa, brillante, húmeda y delgada, a través de la cual se observa con facilidad la arborización capilar arterial y venosa, así como, múltiples prominencias que corresponden a las glándulas salivares y se encuentran los frenillos labiales.^{2,3}

La cara interna de los carrillos o mucosa yugal (Figuras 6 y 7), está también está cubierta por este mismo tipo de mucosa; frente al segundo molar superior desemboca el conducto parotídeo,^{2,3} su salida está marcada por una elevación o papila mucosa y con relativa frecuencia pueden observarse algunos granos amarillos (gránulos de Fordyce) por debajo de la mucosa.^{3,4}

La cara ventral de la lengua contiene este tipo de mucosa y al ser tan delgada, deja traslucir las venas raninas.

MUCOSA DE REVESTIMIENTO

El piso de la boca es visible y accesible en un área en forma de herradura que rodea la base de la lengua, también está cubierto por mucosa de revestimiento y en la línea media se observa un pliegue mucoso, el frenillo lingual, a cada lado existen unas prominencias denominadas carúnculas sublinguales donde desembocan los conductos de las glándulas submaxilares, por detrás, el piso es más elevado por la prominencia de las glándulas sublinguales. También se puede observar un pliegue mucoso que contiene los conductos de Wharton.³⁻⁵

El paladar blando es un grueso pliegue de mucosa rosada, lisa, brillante y húmeda, su borde libre es doblemente cóncavo extendiéndose en la línea media en la úvula palatina, el borde se divide a uno y otro lado en dos pliegues o pilares, uno anterior el palato-gloso y otro posterior el palato-faríngeo, conformando el compartimiento amigdalino que aloja las amígdalas palatinas.^{3,4}

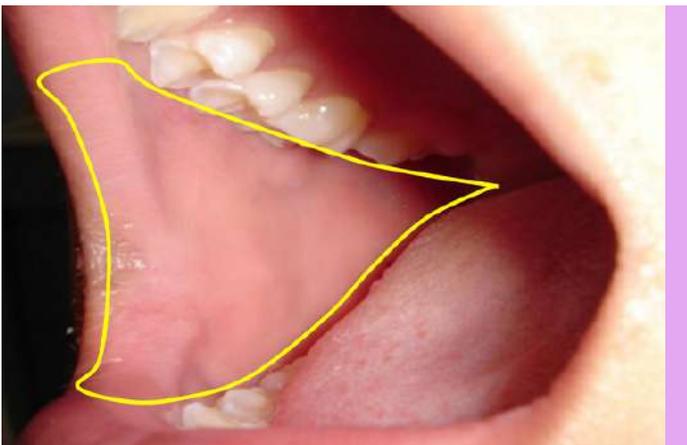


Figura 6. Mucosa yugal derecha.
FUENTE: directa



Figura 7. Mucosa yugal izquierda.
FUENTE: directa

MUCOSA MASTICATORIA

La mucosa masticatoria (Figura 8), comprende las áreas de la mucosa bucal que soportan el impacto de las fuerzas de la masticación, corresponde al paladar duro, encía adherida y vertiente externa de la encía marginal. Para determinar su espesor, sin ocasionar traumatismos, se utiliza la técnica de ultrasonido. Las mediciones dan un espesor mínimo en la encía de 0,30 mm y un máximo en la tuberosidad de 0.70 mm.⁶

Su estructura es la de una mucosa formada por tejido conjuntivo fibroso denso colagenizado unida firmemente a los planos profundos. Ello hace que sea de consistencia firme, poco flexible, inextensible, resistente a la abrasión, la deformación y a los cambios químicos. Constituye una barrera estructural que protege al medio interno de la pérdida de fluidos, la acción de los microorganismos, las sustancias tóxicas, los agentes mecánicos.

El mantenimiento de esta primera barrera superficial incluye una serie de actividades especiales en el epitelio.⁶



Figura 8. Mucosa masticatoria.
FUENTE: directa

MUCOSA MASTICATORIA

La encía es color rosa coral con aspecto opaco o mate y de aspecto punteado (cáscara de naranja), forma festoneada, consistencia firme a la presión con instrumento romo, el margen gingival termina en filo de cuchillo y la profundidad del surco gingival no sobrepasa más de 2 o 3 mm. Las papilas son de forma piramidal, el surco gingival tiene espacio libre entre el diente y el epitelio del surco, hasta el margen gingival de 0,5 mm a 3 mm, encía libre o marginal, inicia en el margen gingival has el inicio del epitelio de unión; finalmente la encía insertada está firmemente unida al diente y al hueso alveolar.^{3,5,7}

El paladar duro (Figura 9) está cubierto por una mucosa rosada pálida, a veces ligeramente azulada, gruesa, firme y adherida al hueso adyacente, por detrás de los incisivos se encuentra la papila incisiva, desde ella parte hacia atrás un surco suave llamado rafe palatino, en el tercio anterior se distribuyen las rugosidades palatinas, la mucosa masticatoria de la región mandibular (Figura 10), tiene características similares por la parte vestibular, sin embargo, en la región lingual el aspecto es liso.^{3,5,7}



Figura 9. Mucosa masticatoria de paladar duro
FUENTE: directa



Figura 10. Mucosa masticatoria inferior.
FUENTE: directa

MUCOSA ESPECIALIZADA

La lengua es un órgano móvil (Figura 11) cuya raíz comienza superior a la epiglotis en el límite entre la laringe y la faringe, proyectándose sobre el piso de la boca. Permite la correcta fonación y participa en la generación del bolo alimenticio. A la inspección es esencial evaluar el tamaño, la movilidad, la simetría y las posibles alteraciones de la mucosa lingual.⁸

La inervación de la lengua es provista por el nervio hipogloso (XII par) y evaluar su movilidad es parte del examen neurológico de pares craneanos.⁸

La cara dorsal de la lengua está cubierta por una mucosa especializada que contiene las papilas filiformes, fungiformes y caliciformes (Figura 12); las primeras son las más numerosas y cubren en gran extensión la cara dorsal; las segundas se encuentran distribuidas entre las filiformes siendo más abundantes y notorias en los bordes y la punta de la lengua, las caliciformes son las más prominentes y en número de 8 a 12, conforman la "V" lingual. Los bordes laterales de la lengua, tienen características similares a una y otra cara, en su parte más posterior alojan las papilas foliadas de color más rojizo y con algunos pliegues paralelos entre sí, al final del borde lateral se aprecian los pliegues de las papilas foliadas, para poder examinar bien esta parte de la lengua es necesario tomarla con una gasa y tironearla hacia afuera y hacia el lado opuesto.^{3,5}

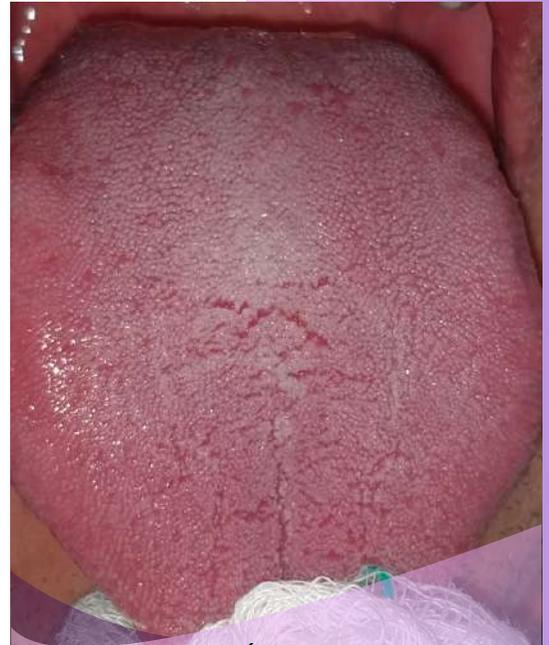


Figura 11. Lengua (mucosa especializada).
FUENTE: directa



Figura 12. Lengua con papilas caliciformes evidentes
FUENTE: directa

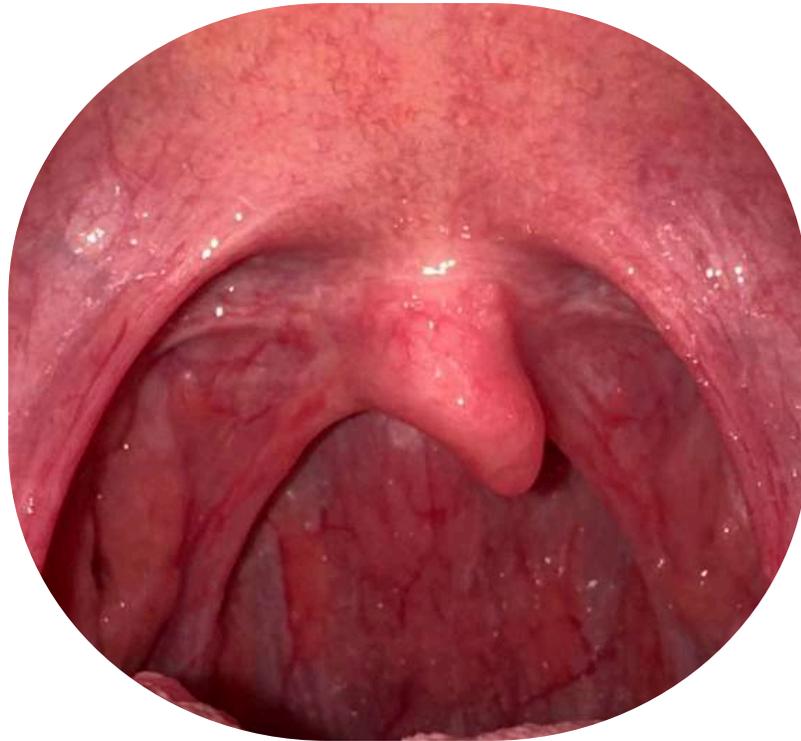


Figura 13. Istmo de las fauces
FUENTE: directa

OROFARINGE

Funcionalmente es la subdivisión faríngea más compleja, regula el pasaje de aire y del alimento a través de la faringe, limita el reflujo faringo nasal, propulsa el bolo, facilita el pasaje de aire y participa en la fonación.⁹

El límite superior de la orofaringe (Figura 13) esta dado por el velo del paladar, a posterior, la columna y los músculos prevertebrales junto con la confluencia de los constrictores, hacia los laterales, las fosas amigdalinas y por debajo, está limitada por un plano imaginario que pasa por el borde superior de la epiglotis. Por último, en la parte anterior, el istmo de las fauces delimita la continuidad con la cavidad oral. Su anatomía es sencilla en la superficie y compleja en la profundidad. Los distintos grupos musculares funcionan como planos que habilitan o bloquean alguna de las vías aero-digestivas.⁹

OROFARINGE

El paladar blando separa la rinofaringe de la orofaringe. Es una lámina músculo membranosa cuadrangular que describe cuatro bordes y dos caras, posterosuperior, anteroinferior o rinofaríngea y orofaríngea o bucal, respectivamente. Los bordes anterosuperior y laterales son sitios fijos de inserción. Anterior se encuentra el paladar duro (hueso palatino) y lateral, las paredes de la faringe.⁹

El borde posteroinferior es libre, posee una concavidad inferior formada por la conjunción de dos arcos faríngeos, uno anterior y otro posterior. El arco anterior o palatogloso, contiene al músculo homónimo y conecta la base de la lengua con el velo del paladar. El límite entre la cavidad oral y la orofaringe está dado por una línea imaginaria que pasa por ambos arcos palatoglosos, la base de la lengua y el velo del paladar, este límite se conoce como istmo de las fauces.⁹

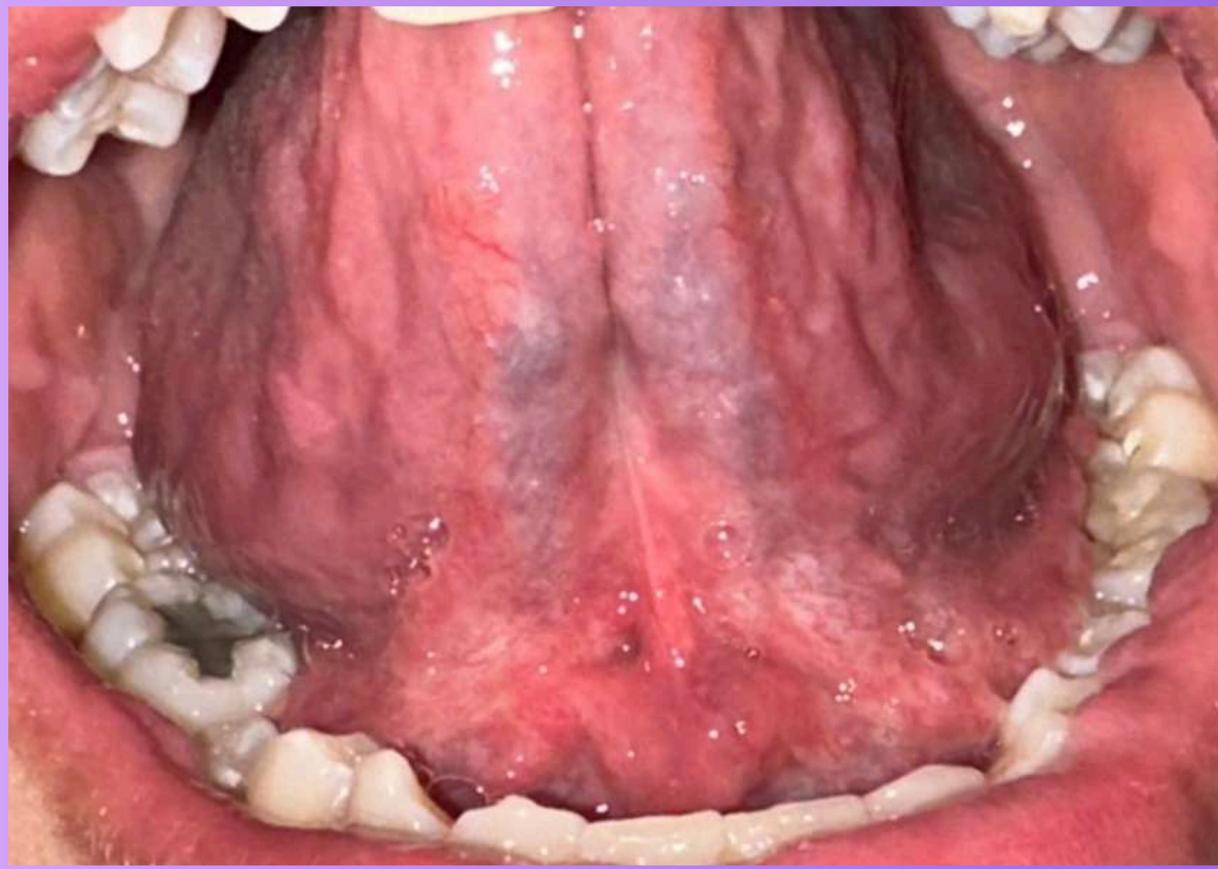


Figura 14. Piso de boca.

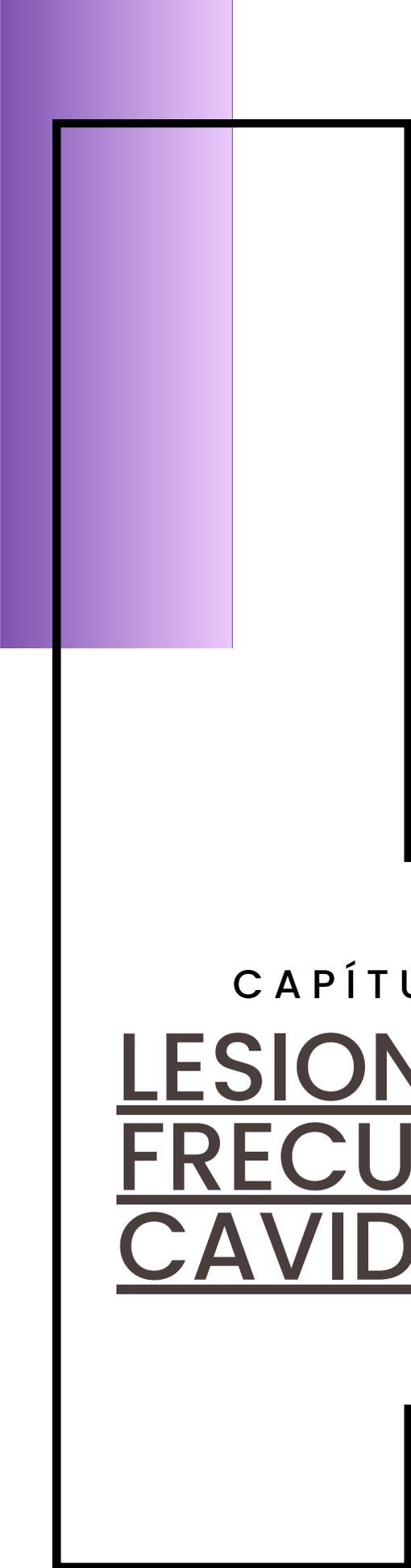
FUENTE: directa

PISO DE BOCA

La mucosa en esta zona es muy delgada (Figura 14) y está laxamente adherida a los tejidos subyacentes, con el fin de permitir la libre movilidad de la lengua. Posee un epitelio de recubrimiento plano estratificado no queratinizado. El tejido conectivo posee cortas papilas del corion, es altamente vascularizado y las fibras elásticas son abundantes. La capa submucosa está presente y posee gran cantidad de adipocitos. En esta zona desembocan los conductos excretores de las glándulas salivales sublinguales.¹⁰

BIBLIOGRAFÍA

1. Tapia AG. ¿Cuáles son los criterios del labio perfecto?. Mas dermatología actualidad y avances [Internet]. 2007 [citado el 24 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.masdermatologia.com/PDF/0014.pdf>
2. Chiego DJ. Principios de Histología y Embriología Bucal con orientación Clínica. 4º edición. España: Elsevier; 2014.
3. Lindhe J, Kinane FD. Periodontología clínica e implantología odontológica. 4º edición, Panamericana. 2000
4. Newman M. Periodontología clínica 9º edición, Interamericana. 2013
5. Berner JE, Will P, Loubies R, Vidal P. Examen físico de la cavidad oral. Medicina Cutánea Ibero Latino Americana. 2017. 44(3); 167-170.
6. Rodríguez JA, Etcheverry M, Stipech G. Anatomía de la faringe. FASO [Internet]. 2014 [citado el 24 de noviembre de 2023];21(2). Disponible en: <https://faso.org.ar/revistas/2014/2/2.pdf>
7. Briones QS, López HMA, Peña RS, Torres VM, Zarco VA. Manual para la exploración de la cavidad oral y la orofaringe. UNAM, FES Zaragoza. [Internet] 2016. [citado el 24 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/manuales/EXPLORACIONCavidadoraI-orofaringe.pdf>
8. Suárez QJ, Iturrieta ZI, Rodríguez PAI, García EFJ. Anatomía humana para estudiantes de ciencias de la salud. 2da ed. Barcelona: Elsevier; 2021.
9. Álvarez I, Morón L, Vilorio A. Fibroma Traumático en Pacientes de Cirugía Bucal. Revista Vive [Internet]. 2019 [citado el 24 de noviembre de 2023];2(6):144-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33996/revistavive.v2i6.35>

A decorative graphic element consisting of a vertical purple gradient bar on the left side of the page. A black outline follows the right and bottom edges of this bar, extending downwards and then horizontally to the left, framing the text area.

CAPÍTULO IV

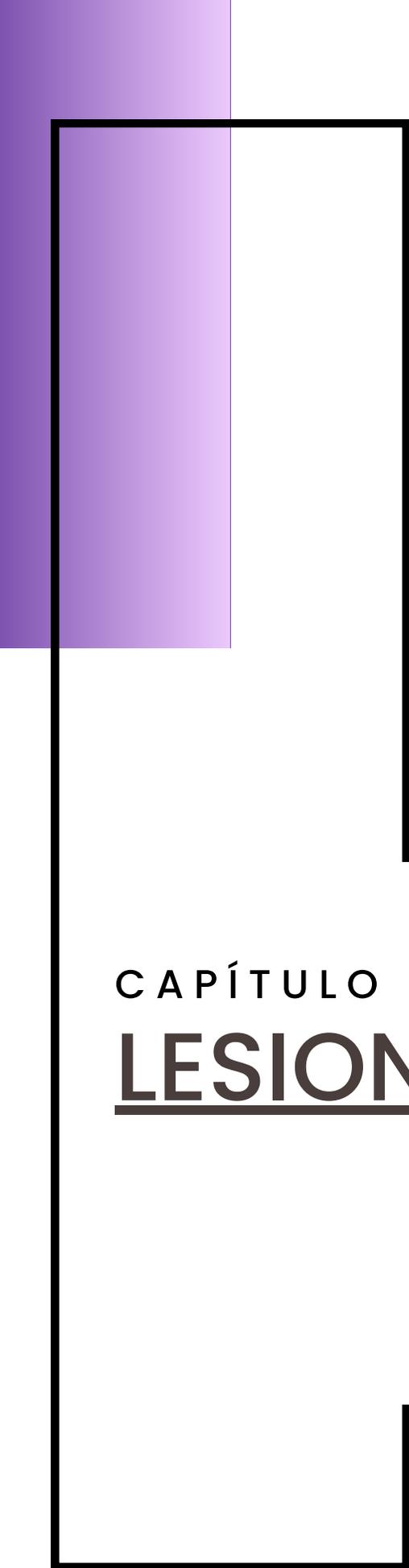
LESIONES
FRECUENTES EN
CAVIDAD ORAL

TABLA DE ENTIDADES FRECUENTES POR ZONA ANATÓMICA

La siguiente tabla presenta de forma resumida algunas de las entidades frecuentes por zonas anatómicas y más adelante se hará una breve descripción de estas.

	LABIOS	MUCOSA YUGAL	MUCOSA LABIAL	MUCOSA MASTICATORIA	PALADAR BLANDO	LENGUA	PISO DE BOCA	OROFARINGE
Queilitis	★	★	★	★	★	★	★	★
Papiloma Escamoso	★	★	★	★	★	★	★	★
Úlcera	★	★	★	★	★	★	★	★
Mácula Melanótica	★	★	★	★	★	★	★	★
Granuloma Piógeno	★	★	★	★	★	★	★	★
Leucoedema	★	★	★	★	★	★	★	★
Estomatitis Nicotínica	★	★	★	★	★	★	★	★
Hiperplasia Fibrosa	★	★	★	★	★	★	★	★
Fibroma Traumático	★	★	★	★	★	★	★	★
Fibroma Osificante Periférico	★	★	★	★	★	★	★	★
Mucocele	★	★	★	★	★	★	★	★
Candidiasis	★	★	★	★	★	★	★	★
Infecciones por Herpes	★	★	★	★	★	★	★	★
Lengua Geográfica	★	★	★	★	★	★	★	★
Lengua Fisurada	★	★	★	★	★	★	★	★
Hiposalivación	★	★	★	★	★	★	★	★

Tabla 1. Lesiones frecuentes por zonas anatómicas.
FUENTE: elaboración propia.

A decorative graphic on the left side of the page consists of a vertical purple gradient bar at the top, which is partially enclosed by a black rectangular outline. The outline extends downwards, forming a large 'L' shape that frames the text.

CAPÍTULO V

LESIONES EN LABIOS

The background is a light purple color with several white, wavy, horizontal lines that resemble a stylized flag or a decorative pattern. A diagonal white line runs from the top left towards the bottom right, intersecting the wavy lines. The word 'QUEILITIS' is written in a bold, dark blue, sans-serif font, underlined with a thick dark blue line.

QUEILITIS

QUEILITIS

La queilitis se manifiesta casi siempre como un aumento de volumen, el sitio que se afecta con mayor frecuencia es el bermellón de los labios, sin embargo, puede extenderse a la piel adyacente; también se pueden observar cambios en la mucosa labial pero se observa con menos frecuencia.¹

Esta alteración es ocasionada por múltiples factores entre los más frecuentes procesos infecciosos, traumáticos, reactivos y menos frecuentes desórdenes potencialmente malignos y malignos.¹⁻⁴

Queilitis Angular

Características Clínicas

También conocida como queilosis angular (Figura 15), estomatitis angular, estomatitis comisural, rhagades o perleche o queilitis comisural debido a que aparece en las zonas de las comisuras de los labios.

Es una infección que se produce frecuentemente por el alojamiento de saliva infectada generalmente por *Cándida albicans* en los pliegues comisurales de los labios, aunque su etiología es variada, se le asocia con la utilización de prótesis removibles, pérdida del grosor del epitelio en las comisuras debido al envejecimiento o tabaquismo, pérdida de la dimensión vertical de la cara a causa de prótesis removibles mal ajustadas, edentulismo o desgaste de los dientes, maloclusión retrognática, hendiduras profundas en la piel de las comisuras y con el Síndrome Down debido a la macroglosia, lo que causa salivación constante.

2,3



Figura 15. Labios con queilitis angular o comisural de tipo micótica.

FUENTE: directa

QUEILITIS

Queilitis Angular

Características Clínicas

Se caracteriza por inflamación en las comisuras de los labios, grietas y fisuras con dolor (Figura 16), comisuras húmedas por alojamiento de saliva, lo que facilita que el epitelio se infecte o sobre infecte. También se pueden observar placas rojas, blancas o grises.

El diagnóstico de queilitis angular suele ser puramente clínico, motivo por el cual no se utilizan auxiliares de laboratorio para su confirmación o descarte.

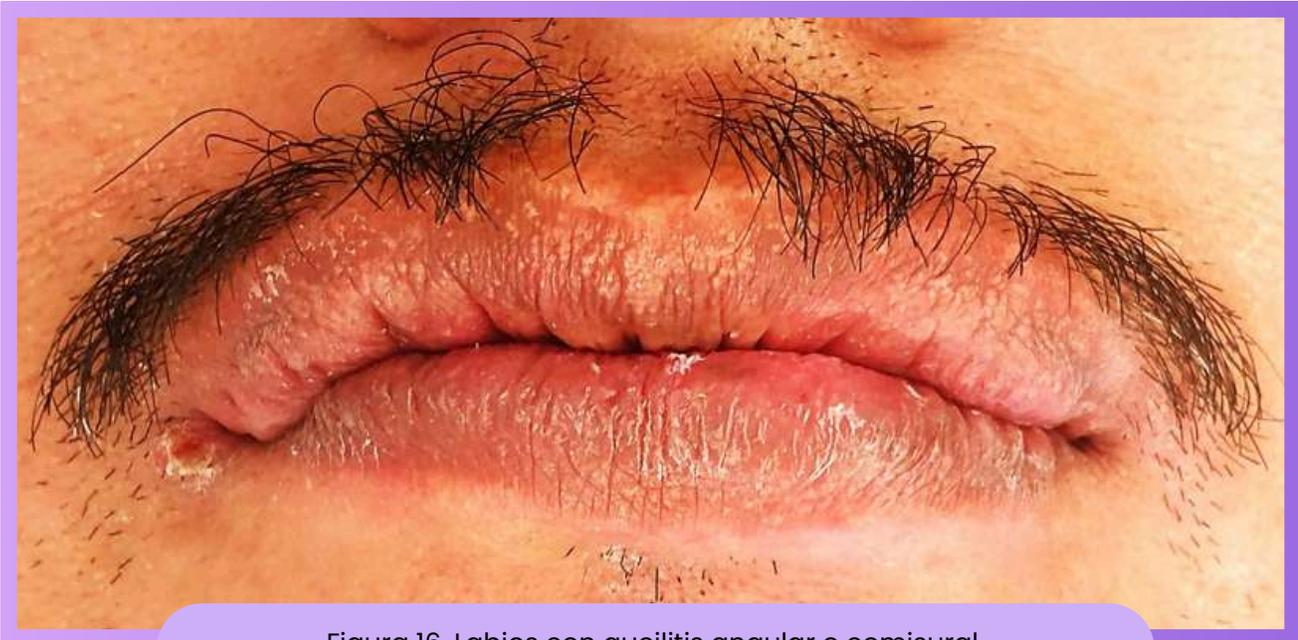


Figura 16. Labios con queilitis angular o comisural.
FUENTE: directa

QUEILITIS

Queilitis Angular

Tratamiento

El tratamiento depende de la etiología ya sea infecciosa o no infecciosa, en caso de corresponder a infección micótica, se utilizan fármacos antifúngicos, generalmente de tres veces al día durante dos semanas. Los medicamentos más utilizados son: Nistatina suspensión 1:100 000 UI, Miconazol al 2% tópico, Pomada de nistatina, Ketoconazol 2% tópico, Clotrimazol 1% tópica y yodoquinol al 1% tópicamente.^{2,3}

QUEILITIS

Queilitis Glandular

Características Clínicas

Consiste en una lesión causada por una inflamación crónica con tumefacción y en ocasiones con presencia de supuración de glándulas salivales del labio inferior, se presenta frecuentemente como queilitis glandular simple y se observa como un engrosamiento moderado del labio inferior (Figura 17) y una dilatación de los conductos salivales.



Figura 17. Labios con queilitis glandular (lesiones elevadas).
FUENTE: directa

QUEILITIS

Queilitis Facticia

Características Clínicas

La queilitis facticia o autoinfligida consiste en una inflamación del labio bermellón de tipo erosiva, que se manifiesta principalmente en el labio inferior como consecuencia de trauma crónico por mordisqueo o fricción (Figura 18). Es frecuente en adolescentes o personas sometidas a estrés constante.



Figura 18. Labios con queilitis facticia provocada por hábito de succión.
FUENTE: directa

QUEILITIS

Queilitis Actínica

Características Clínicas



Figura 19. Labios con queilitis actínica en paciente fumador habitual.
FUENTE: directa

Como se mencionó anteriormente, el término queilitis hace referencia a inflamación de labio, en ocasiones se presenta como aumento de volumen y la zona afectada con mayor frecuencia es el bermellón (Figura 19) y en menor frecuencia la mucosa.⁵⁻⁹

Sin embargo, la queilitis actínica en particular puede ser precursora del carcinoma oral de células escamosas, por lo tanto, está considerada como un desorden potencialmente maligno, de ahí la importancia de identificar las características de la misma (Figura 20), así como algunas alternativas para su control y tratamiento.³⁻⁹



Figura 20. Labios con queilitis actínica en paciente con exposición solar crónica
FUENTE: directa

QUEILITIS

Queilitis Actínica

Características Clínicas

Las causas asociadas a daño son diversas, ya sea de tipo inflamatorias (prurigo actínico, queilitis actínica, infecciosas (candidiasis, herpes simple), reactivas, traumáticas (facticias, por lesiones físicas, químicas o drogas), metabólicas (enfermedades sistémicas como deficiencias nutricionales, alteraciones endocrinas, angioedema, lupus eritematoso) o neoplásicas (desórdenes potencialmente malignos, carcinoma, etc.)^{4,5} Algunas de ellas pueden ser de larga evolución y otras remiten de manera espontánea o con fármacos.

La queilitis actínica corresponde a un estado inflamatorio asociado a la exposición crónica de radiación solar principalmente radiación ultravioleta UVA y UVB. El labio que se afecta con mayor frecuencia es el inferior (Figura 21).³⁻⁹

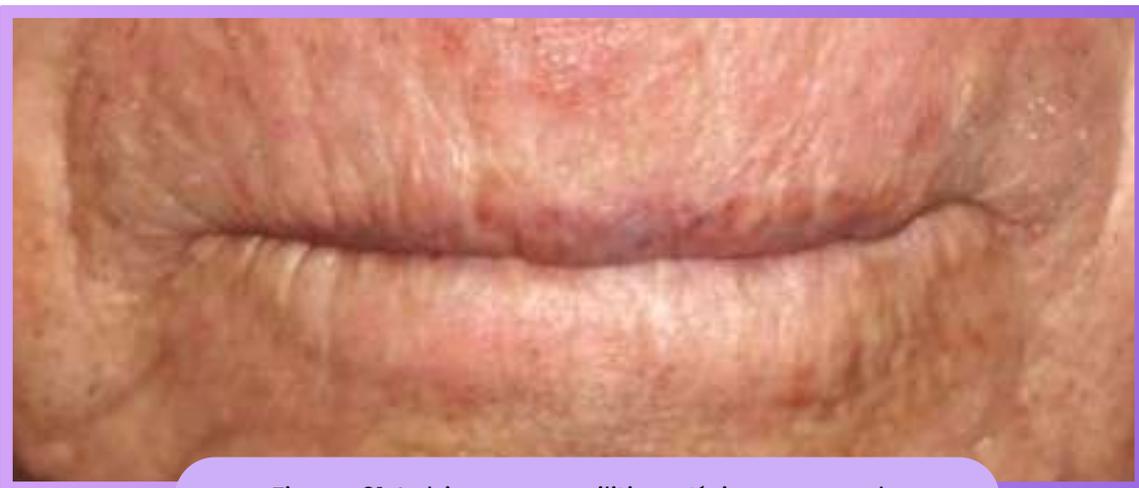


Figura 21. Labios con queilitis actínica avanzada
FUENTE: directa

QUEILITIS

Queilitis Actínica

Tratamiento

Debido a que se ha conceptualizado de diferentes formas (queilosis solar, queratosis solar, queratosis actínica, entre otros), su tratamiento y diagnóstico se han dificultado, sin embargo, basados en diferentes textos parece ser que el término queilitis actínica es el más apropiado de acuerdo con su fisiopatogenia .

El tratamiento quirúrgico (bermellonectomía) sigue siendo el de elección, aunque existen otras alternativas, tales como terapia fotodinámica, terapia con láser, diclofenaco en gel al 3%, quimioterapéuticos como Imiquimod al 5%, peelings, dermoabrasión, crioterapia, electrocirugía, no todas han demostrado ser eficaces en el tratamiento.⁴⁻⁹

BIBLIOGRAFÍA

1. Blagec T, Glavina A, Špiljak B, Bešlić I, Bulat V, Lugović-Mihić L. Cheilitis: A cross-sectional study—multiple factors involved in the aetiology and clinical features. *Oral Dis.*[Internet].2023[citado el 18 de diciembre del 2023];29(8):3360–71. Disponible en:<https://onlinelibrary-wiley-com.pbidi.unam.mx:2443/doi/pdf/10.1111/odi.14359>
2. Bhutta BS, Hafsi W. Cheilitis.[Internet].Florida: StatPearls; 2023.[Citado el 18 de Diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470592/10>
3. Medeiros CK, Lopes ML, Silveira ÉJ, Lima KC, Oliveira PT. Actinic cheilitis: Proposal of a clinical index. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* [Internet]. 2022[Citado el 22 de Diciembre de 2023];27(4):e310–e318.Disponible en: doi: 10.4317/medoral.25243.
4. Lugović-Mihić L. Differential diagnosis of cheilitis – how to classify cheilitis? *Acta Clin Croat* [Internet]. 2018[Citado el 10 de Diciembre de 2023];57(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20471/acc.2018.57.02.16>
5. Sardana K, Goel K. Queilitis herpética. *Indio J Med Res.*[Internet]. 2015[Citado el 26 de Noviembre de 2023];142(2):229. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4103/0971-5916.1642774>
6. Santos MCK, 1, Diniz SML, Dantas SEJ, Costa LK, Teixeira OP. Actinic cheilitis: Proposal of a clinical index. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*—Ahead of print-article in press.[Internet]. 2022[Citado el 15 de Diciembre de 2023];27(4). Disponible en: <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/pmc/articles/PMC9271346/pdf/medoral-27-e310.pdf>
7. Seoane J, Warnakulasuriya S, Bagán JV, Aguirre-Urizar JM, López-Jornet P, Hernández-Vallejo G, et al. Lograr un consenso sobre la queilitis actínica: un estudio Delphi. *J Oral Pathol Med.*[Internet]. 2021[Citado el 24 de Noviembre de 2023];50(10):962–70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jop.13200>
8. Trager MH, Farmer K, Ulrich C, Basset-Seguín N, Herms F, Geskin LJ, et al. Actinic cheilitis: a systematic review of treatment options. *J Eur Acad Dermatol Venereol.*[Internet].2021 [Citado el 15 de Diciembre de 2023];35(4):815–23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.16995>
9. Boza OBY, Guillén CD. Actinic Cheilitis. StatPearls Publishing; ODOVTOS-Int. *J. Dent.*[Internet].2023 [Citado el 19 de Diciembre de 2023]; 20(3): 33–42. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/odovtos/v20n3/2215-3411-odovtos-20-03-33.pdf>,



HERPES SIMPLE

HERPES SIMPLE

El herpes bucal es una infección viral causada principalmente por el virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1) que afecta los labios, la boca y ocasionalmente la cara.¹ Se caracteriza por la aparición de ampollas dolorosas y recurrentes, que se conocen como vesículas, que luego se convierten en úlceras y forman costras antes de sanar.¹⁻⁶

La transmisión del virus puede ser tanto por lesiones activas como por fluidos corporales, teniendo una incubación de tres a nueve días. Se estima que 95% de la población mundial a la edad de 49 años ya ha sido infectada por HVS-1. Una vez establecida la infección primaria, sólo un pequeño porcentaje manifiesta síntoma, en tal caso se pueden presentar múltiples vesículas o úlceras en mucosa oral y labios dando lugar a la gingivostomatitis la cuales característica en la infancia y se acompaña de dolor severo y ardor.

La infección secundaria o recurrente es básicamente la reactivación del virus latente, en la cual el virus viaja desde el axón a la periferia para producir una infección a nivel de las células epiteliales superficiales al liberar proteínas virales.^{1,4,5}

La mayoría de las personas con herpes no tienen síntomas o los síntomas son leves. Muchas personas no saben que tienen la infección y pueden transmitir el virus a otras personas sin darse cuenta.

HERPES SIMPLE

Características clínicas

Entre los síntomas pueden incluirse vesículas o úlceras muy dolorosas y recurrentes en boca, labios y cara, el dolor que se manifiesta es de tipo neuropático, razón por la cual los analgésicos convencionales no son útiles para contrarrestar el dolor. Los primeros episodios de infección pueden causar fiebre, dolores corporales e inflamación de los ganglios linfáticos.¹⁻⁸

Los síntomas del primer episodio (o "brote") de infección pueden ser diferentes a los de episodios recurrentes. De haber síntomas, a menudo comienzan con hormigueo, ardor o quemazón cerca de donde aparecerán las vesículas. En casos severos se puede presentar malestar general como fiebre, cefalea y ganglios inflamados. Posteriormente se forman úlceras y costras en el sitio de la lesión (Figura 22).



Figura 22. Herpes labial en etapa de costra.
FUENTE: directa

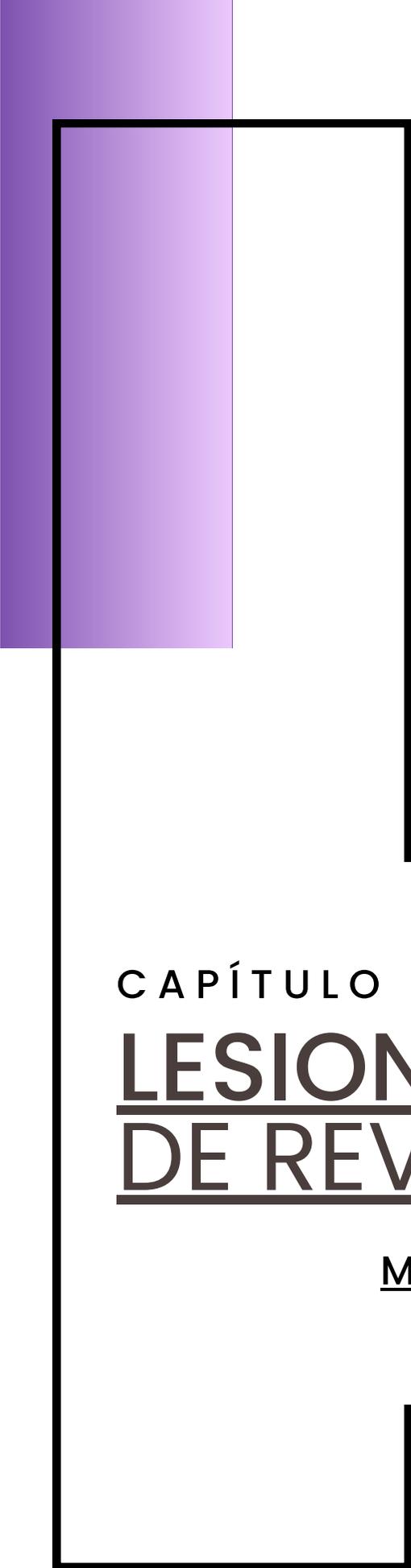
HERPES SIMPLE

Tratamiento

Con frecuencia se utilizan medicamentos para tratar los primeros episodios o episodios recurrentes de herpes. Pueden disminuir la duración de los síntomas y su gravedad, pero no curar la infección. El tratamiento para los episodios recurrentes es más eficaz cuando se inicia antes de que hayan transcurrido 48 horas desde el comienzo de los síntomas. Los medicamentos antivíricos habitualmente administrados son aciclovir, famciclovir y valaciclovir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez D, Padilla M, Nava M, Sánchez AE, López JM. Herpes intraoral recidivante. *Revista Mexicana de Periodontología*. 2021;12(1-3):30-3.
2. Ranganathan K, Reddy BVR, Kumarasamy N, Solomon S, Viswanathan R, Johnson NW. Oral lesions and conditions associated with human immunodeficiency virus infection in 300 south Indian patients. *Oral Dis*. 2000;6(3):152-7.
3. Mosaico G, Casu C. Infección por el virus del herpes simple del paladar. *Revista médica panafricana* [Internet]. 2020 [citado el 24 de noviembre de 2023];35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2020.35.123.18748>
4. Piperi E, Papadopoulou E, Georgaki M, Dovrat S, Bar M, Nikitakis NG, et al. Management of oral herpes simplex virus infections: The problem of resistance. A narrative review. *Oral Diseases* [Internet]. 2023. [citado el 25 de noviembre de 2023]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/odi.14635>
5. Gopinath D, Koe KH, Maharajan MK, Panda S. A comprehensive overview of epidemiology, pathogenesis and the management of herpes labialis. *Viruses* [Internet]. 2023 [citado el 25 de noviembre de 2023];15(1):225. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/v15010225>
6. Zhu S, Borbolla A. Pathogenesis and virulence of herpes simplex virus. *Virulence* [Internet]. 2021 [citado el 25 de noviembre de 2023];12(1):2670-702. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/21505594.2021.1982373>
7. Nagel MA, Choe A, Traktinskiy I, et al. Burning mouth syndrome due to herpes simplex virus type 1. *BMJ BMJ Case Rep* [Internet]. 2015. [citado el 25 de noviembre de 2023]. <https://www.pbidi.unam.mx:2443/pmc/articles/PMC4401976/>
8. Mäki J, Paavilainen H, Kero K, Hukkanen V, Syrjänen S. Herpes simplex and human papilloma virus coinfections in oral mucosa of men a 6 year follow up study. *J Med Virol* [Internet]. 2018 [citado el 25 de noviembre de 2023];90:564-570. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.pbidi.unam.mx:2443/doi/10.1002/jmv.24965>.

A decorative graphic element consisting of a vertical purple gradient bar on the left side of the page, partially enclosed by a black outline that forms a large 'L' shape.

CAPÍTULO VI

**LESIONES EN MUCOSA
DE REVESTIMIENTO**

MUCOSA LABIAL

ÚLCERA



ÚLCERA

Las úlceras orales son definidas como una solución de continuidad en el epitelio de la mucosa oral con exposición del tejido conjuntivo, generalmente sintomáticas. Su etiología puede ser de diversa índole, ya sea infecciosa, relacionado con el sistema inmune, traumática o incluso de naturaleza neoplásica. De acuerdo con su evolución se pueden clasificar en agudas, crónicas y recurrentes.¹⁻⁵

Características Clínicas

Las úlceras en la cavidad bucal se presentan con mayor frecuencia como resultado de infecciones, traumatismos químicos, térmicos, eléctricos o mecánicos.

Clínicamente se presentan como úlceras con un área central necrótica cubiertas por una pseudomembrana blanco-amarilla (Figura 23), rodeadas por un halo eritematoso, su tamaño varía de mm a cm de diámetro, suelen ser dolorosas y por lo general cicatrizan en un periodo de 7 a 14 días, sin embargo, se recomienda esperar por lo menos 21 días antes de tomar otra decisión terapéutica, considerando que este es el tiempo en que se da el recambio de queratinocitos desde el estrato basal.⁶⁻⁸



Figura 23. Úlcera cubierta por fibrina.
FUENTE: directa

ÚLCERA

Las úlceras de origen infeccioso pueden ser causadas por bacterias, virus (Figura 24) u hongos, siendo estas últimas asociadas a personas con sistema inmune deprimido. En ocasiones suelen acompañarse de linfadenopatías cervicales y pueden encontrarse en cualquier sitio de la mucosa oral, ser lesiones únicas o múltiples y cursar o no con dolor.

La mayoría de las enfermedades ulcerativas inmunomediadas característicamente recaen, persisten y recurren con frecuencia. Un ejemplo es la estomatitis aftosa recurrente (EAR) que, aunque tiene una etiología desconocida, se asocia a predisposición genética, mecanismos inmunológicos, posibles deficiencias nutricionales o estrés. Clínicamente, suelen ser úlceras ovaladas, con un área central necrótica amarilla, rodeadas por un halo eritematoso que suelen cursar con dolor. Su sitio de predilección, tamaño y tiempo de cicatrización varía de acuerdo con la clasificación de la EAR y pueden ser úlceras menores (Figura 25), mayores (Figura 26) y herpetiformes.

La recurrencia es un factor importante a considerar en lesiones autoinmunes ya que su aparición repetitiva orienta a pensar en un trastorno de tipo autoinmune. Por otro lado existen algunas enfermedades de carácter autoinmune que se pueden manifestar con la aparición de vesículas que al romper dejan una úlcera.



Figura 24. Úlceras herpéticas en lengua.
FUENTE: directa



Figura 25. Úlceras menores en mucosa labial inferior.
FUENTE: directa



Figura 26. Úlcera mayor en cara ventral de lengua.
FUENTE: directa

ÚLCERA

Respecto a las lesiones ulceradas de origen neoplásico podemos encontrar lesiones ulceradas (Figura 27) que pueden corresponder a displasias o a un franco carcinoma oral de células escamosas, estos en ocasiones se pueden confundir con entidades no malignas como la denominada TUGSE (úlceras traumáticas con estroma eosinofílico) (Figura 28), que imitan procesos como la displasia y el carcinoma oral de células escamosas.

Las lesiones displásicas y ulceradas en las superficies lateral y ventral de la lengua y el piso de la boca tienen un mayor riesgo de transformación maligna. Por tal motivo, no cicatrizan, particularmente las asimétricas o unilaterales, siendo necesario la realización de una biopsia para descartar establecer el diagnóstico definitivo.

El tiempo de evolución es un elemento importante en el diagnóstico de este tipo de lesiones, por lo que si una úlcera permanece con las mismas características más allá de 21 días que es el periodo en el que se da aproximadamente el recambio de queratinocitos, entonces se debe estudiar histopatológicamente.



Figura 27. Úlcera asociada a desorden potencialmente maligno
FUENTE: directa

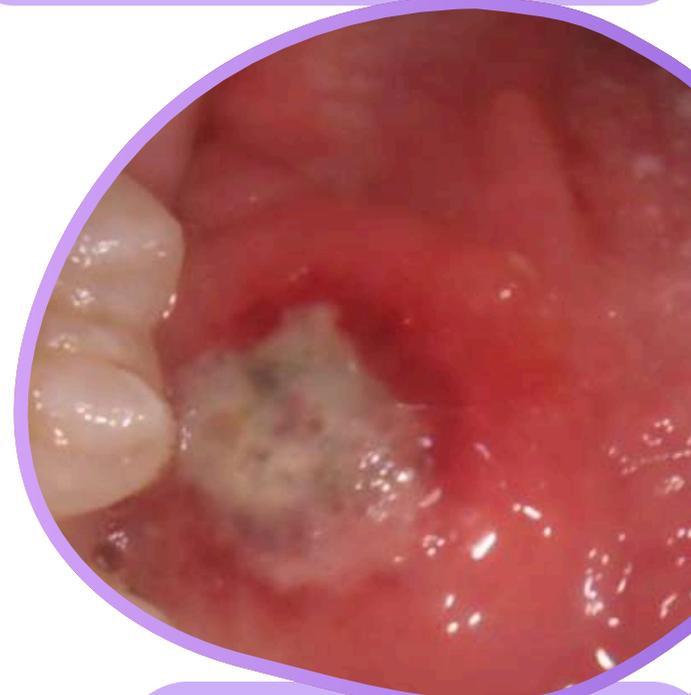


Figura 28. TUGSE en borde lateral de lengua
FUENTE: directa

ÚLCERA

Tratamiento

El tratamiento de las lesiones ulcerativas de la cavidad bucal dependerá de su etiología. Si la lesión es de origen infeccioso el tratamiento será dirigido a eliminar el agente causal, ya sea con antibióticos, antivirales o antimicóticos; si el origen es relacionado con trastornos en el sistema inmune, suelen utilizarse antisépticos como la clorhexidina o corticosteroides tópicos; en úlceras de origen traumático el tratamiento suele ser paliativo, con analgésicos y antisépticos y fórmulas magistrales como la solución Filadelfia, sin embargo esto sólo es paliativo ya que deberá indagarse sobre el origen para dar el tratamiento específico; y ante la sospecha de origen neoplásico, se debe realizar una biopsia que de ser confirmatoria indica la escisión quirúrgica de la lesión y el seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fitzpatrick SG, Cohen DM, Clark AN. Ulcerated lesions of the oral mucosa: Clinical and histologic review. *Head Neck Pathol.* [Internet]. 2019 [Citado el 5 de Noviembre de 2023];13(1):91-102. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32443/pmc/articles/PMC6405793/>
2. Légeret C, Furlano R. Oral ulcers in children- a clinical narrative overview. *Ital J Pediatr.* [Internet]. 2021 [Citado el 19 de Noviembre de 2023];47(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13052-021-01097-2>
3. Rashid H, Lamberts A, Diercks GFH, Pas HH, Meijer JM, Bolling MC, et al. Oral lesions in autoimmune bullous diseases: An overview of clinical characteristics and diagnostic algorithm. *Am J Clin Dermatol.* [Internet]. 2019 [Citado el 2 de Julio de 2023];20(6):847-61. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32443/pmc/articles/PMC6872602/pdf/40257_2019_Article_461.pdf
4. Roopali Kulkarni, Faizan Alawi, Thomas P. Sollecito, Eric T. Stoopler. Chronic symptomatic oral ulcers. Diagnostic Challenge. [Internet]. 2021 [Citado el 28 de Agosto de 2023];152(11):948-953. Disponible en: [https://jada.ada.org/article/S0002-8177\(20\)30709-1/fulltext](https://jada.ada.org/article/S0002-8177(20)30709-1/fulltext).
5. Benitez B, Mülli J, Tzankov A, Kunz C. Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia – clinical case report, literature review, and differential diagnosis. *World J Surg Oncol.* [Internet]. 2019 [Citado el 5 de Marzo de 2023];17(1). Disponible en: <https://wjso.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12957-019-1736-z.pdf>.
6. Beauvillain de Montreuil C, Tessier M-H, Billet J. Patología benigna de la mucosa bucal. *EMC - Otorrinolaringol* [Internet]. 2019 [Citado el 1 de Agosto de 2023];48(2):1-23. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1632-3475\(19\)41982-6](http://dx.doi.org/10.1016/s1632-3475(19)41982-6)
7. Zahid E, Bhatti O, Zahid M, Stubbs M. Overview of common oral lesions. *Malays Fam Physician* . [Internet]. 2022 [citado el 4 de agosto de 2024];17(4):9-21. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2022/0400/p369.html>
8. Chiu L-W, Yang T-T, Chiou S-S, Fang W-C, Lan C-CE. Refractory oral ulcers. *Pediatr Dermatol.* [Internet]. 2022 [Citado el 23 de Julio de 2023];39(4):625-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/pde.14974>
9. DeLong L, Burkhart N. Patología oral y general en odontología . 2a ed. Wolters Kluwer Health; 2013
10. Odell EW. Cawson's. *Essentials of oral pathology and oral medicine.* 9th ed. Elsevier; 2017.



MÁCULA
MELANÓTICA

MÁCULA MELANÓTICA

La mácula melanótica es una lesión benigna que se clasifica en el grupo de las lesiones pigmentadas, es una de más frecuentes en la cavidad bucal.¹

Características Clínicas

Se define como una pequeña mancha de color marrón (Figura 29), por lo general se localiza en labios o intrabucalmente.

Se caracteriza por un aumento de la producción de gránulos de melanina, debido a una intensificación de la actividad de los melanocitos y se ha descrito que en ocasiones hay un aumento en el número de estos. Suele ser única y presentarse a cualquier edad. Aunque la etiología es desconocida, algunos autores la asocian a exposición solar o a una condición genética, puede manifestarse como una efélide (o peca) intraoral, pigmentación postinflamatoria o asociadas a ciertos trastornos como la enfermedad de Addison, el síndrome de Peutz-Jeghers o el síndrome de Laugier-Hunziker.¹⁻⁶



Figura 29. Mácula melanótica en paladar duro.
FUENTE: directa

MÁCULA MELANÓTICA

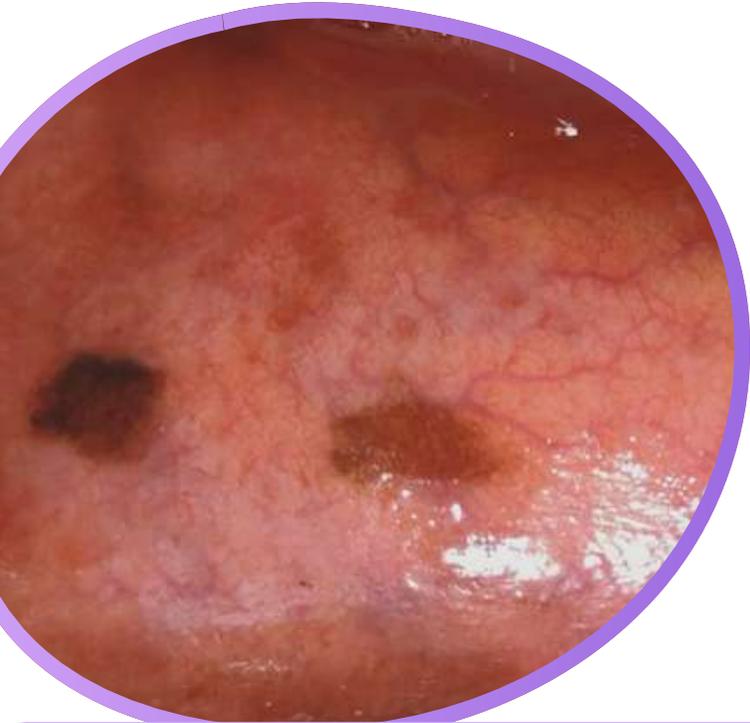


Figura 30. Mácula melanótica en mucosa labial inferior.
FUENTE: directa

Las máculas melanóticas se manifiestan como una placa plana, aislada y pigmentada de color uniforme, de tono marrón, azul oscuro o negro, y suelen medir menos de 1 cm (Figura 30). El borde bermellón del labio inferior es el lugar más común de aparición, aunque también pueden encontrarse en el paladar y las encías. Un detalle importante es que las máculas melanóticas no se oscurecen al exponerse al sol, lo que nos permite distinguirlas de otras lesiones como las efélides.^{1,3}

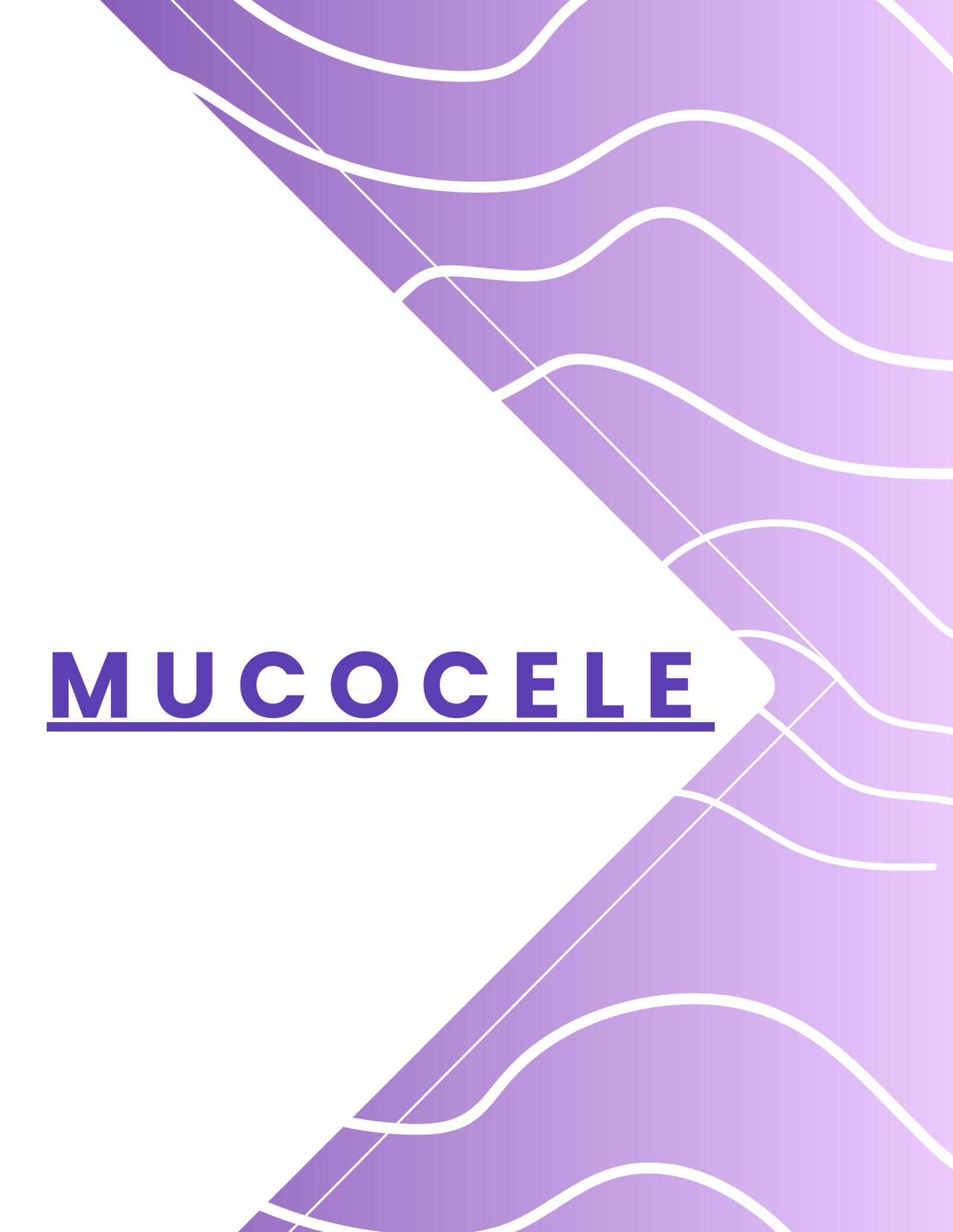
La mácula melanótica labial se caracteriza por pigmentación única de color marrón oscuro o negro con tamaño menor de 5 mm, bordes definidos o irregulares, asintomática que suele presentarse en la mucosa de la encía, carrillo, paladar blando. Aparece en cualquier género y edad y por lo general se localiza sobre el borde bermellón de los labios con frecuencia en la línea media.

Tratamiento

Por lo general no requiere de tratamiento, a menos que se por motivos estéticos o para descartar un posible melanoma u otra afección, solo se sugiere observarla y en caso de mostrar cambios de color en los bordes o superficie se retira mediante biopsia escisional^{3,4}

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosebush MS, Briody AN, Cordell KG. Black and brown: Non-neoplastic pigmentation of the oral mucosa. *Head Neck Pathol.* [Internet]. 2019 [Citado el 25 de Noviembre de 2023];13(1):47–55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12105-018-0980-9>
2. DeLong L, Burkhart N. *Patología oral y general en odontología*. 2a ed. Wolters Kluwer Health; 2013.
3. Ison J, Clark A. Pigmented Lesions of the Oral Cavity. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics* [Internet]. 2023 [Citado el 25 de Noviembre de 2023];35(2):153–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.coms.2022.10.008>
4. Ko E, Panchal N. Pigmented lesions. *Dermatologic Clinics* [Internet]. 2020. [Citado el 25 de Noviembre de 2023];38(4):485–494. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.det.2020.05.009>
5. Gondak RO, da Silva J, Jorge J, Lopes MA, Vargas PA. Oral pigmented lesions: Clinicopathologic features and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* [Internet]. 2012 [Citado el 25 de Noviembre de 2023];17(6):19–24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4317/medoral.17679>
6. Rosebush SM, Briody NS, Cordell K. Black and Brown: Non-neoplastic Pigmentation of the Oral Mucosa. *Head and Neck Pathology* [Internet]. 2019 [Citado el 25 de Noviembre de 2023];13:47–55. Disponible en: <https://link-springer-com.pbidi.unam.mx:2443/article/10.1007/s12105-018-0980-9>



MUCOCELE

MUCOCELE

El término “mucocele” proviene de las palabras “muco”, que significa moco, y “cele”, que significa cavidad. Por lo tanto, los mucocelos son cavidades llenas de moco y son lesiones bastante comunes en la mucosa oral. El mucocele es la segunda entidad benigna más frecuente, se asocia a daño en glándulas salivales o en alguno de sus conductos (ya sea por sialolito, compresión o cicatriz), contiene moco, células inflamatorias principalmente macrófagos vacuolados que fagocitan la mucina, además de tener hemorragia, lo que le da el color clásico azul o púrpura.¹⁻⁴

Características Clínicas

Clínicamente se caracteriza por ser una vesícula, asintomática generalmente que puede ser translúcida, rosa o púrpura (Figura 31).⁵⁻⁸ Al originarse en las glándulas salivales menores, el resultado es la acumulación de líquido o material mucoide provocando una vesícula. Por lo que clínicamente se manifiesta como un nódulo único o múltiple, indoloro, suave, liso, esférico, translúcido y fluctuante, que generalmente no presenta síntomas (Figura 32).⁸⁻¹⁰

El sitio más afectado es el labio inferior, tal vez porque se encuentra más expuesto y con mayor susceptibilidad a trauma mecánico, sin embargo, también se pueden desarrollar en otras zonas también como en mucosa bucal, lengua y piso de boca (Figura 33) por lo que es común su aparición en edades entre los 10 y 20 años.^{2,3,5} El curso de estas lesiones varía de 3 a 6 semanas y, en casos raros, algunas pueden tardar desde unos días hasta años en resolverse.

^{11,12}



Figura 31. Mucocele gigante en labio inferior
FUENTE: directa

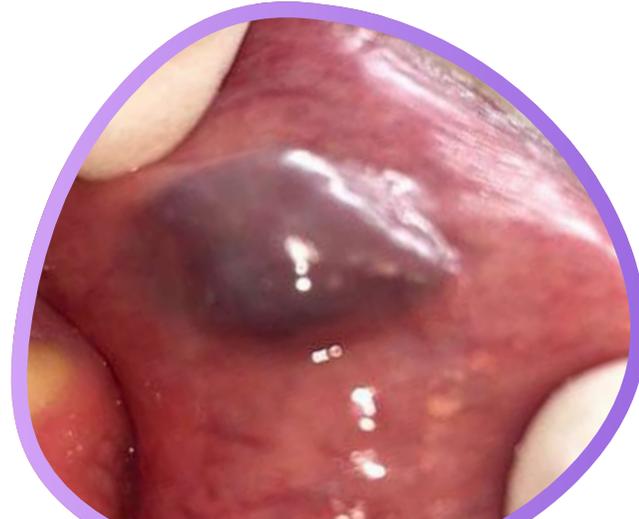


Figura 32. Mucocele en labio inferior
FUENTE: directa

MUCOCELE



Figura 33. Ránula en piso de boca.
FUENTE: directa

Existe una variante denominada quiste de retención mucosa que se da con mayor frecuencia entre adultos de 50 y 60 años.^{5,6}

El diagnóstico se establece clínicamente, aunque actualmente se ha propuesto el uso de dermatoscopia² herramienta diagnóstica que generalmente es utilizada en el diagnóstico de lesiones dérmicas melanocíticas, actualmente se ha empezado a utilizar en lesiones no melanocíticas, como por ejemplo el mucocele. Se evalúan los bordes, el aspecto, la superficie y con ayuda del dermatoscopio se puede clasificar como lesión vascular o no vascular clínicamente.

MUCOCELE

Tratamiento

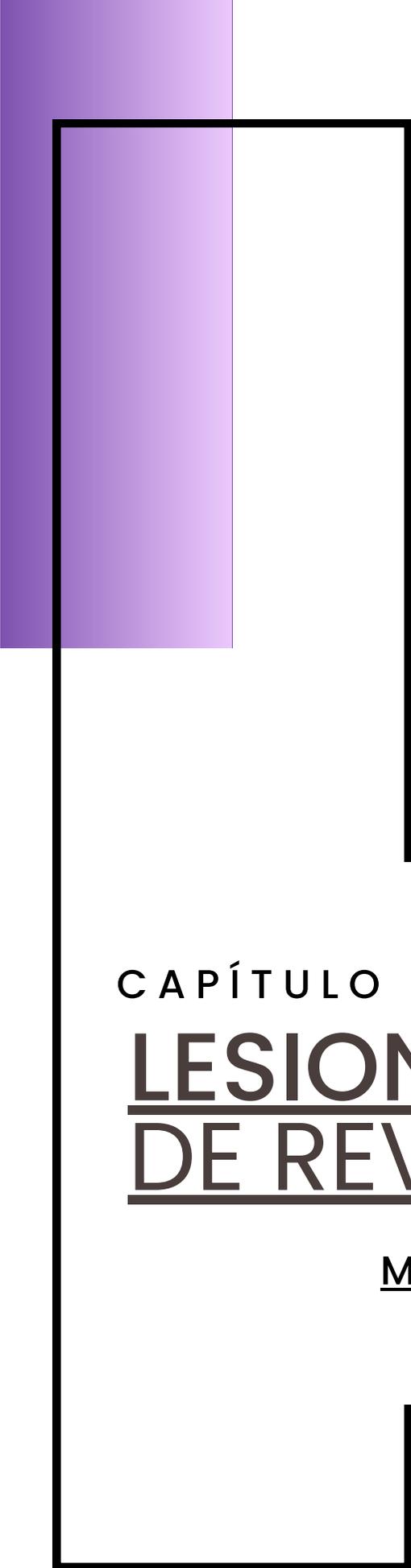
Los mucocelos suelen resolver por sí solos. Sin embargo, si presentan síntomas, son persistentes y no desaparecen de forma natural, existen varias estrategias de tratamiento, uno de ellos es el tratamiento convencional quirúrgico el cual se considera de elección, en algunos estudios se ha evidenciado que no hay diferencia significativa en cuanto a recurrencia cuando se realiza la extirpación con láser⁶ quirúrgico.

Marsupialización: Se lleva a cabo cuando la lesión es más grande para evitar la pérdida significativa de tejido y reducir el riesgo de complicaciones derivadas de la cirugía de extirpación. Sin embargo, si este método falla, se procede a la extirpación quirúrgica de la lesión.

Ablación con láser, criocirugía y electrocauterización se utilizan principalmente para los mucocelos superficiales y las lesiones múltiples.^{8,11,13}

BIBLIOGRAFÍA

1. Bowers EMR, Schaitkin BB. Management of Mucoceles, Sialoceles, and Ranulas. *Otolaryngol Clin N Am*. [Internet].2021[Citado el 17 Mayo de 2023];54:543–551 Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.otc.2021.03.002>.
2. Ayhan E, Toprak SF, Kaya S, Akkaynak S. Dermoscopy of oral mucocele: three types of extravasation mucoceles. *Turk J Med Sci*. [Internet].2020 [Citado el 21 de Julio de 2023];50:96–102. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pbidi.unam.mx:2443/pmc/articles/PMC7080353/pdf/turkjmedsci-50-96.pdf>
3. Leite LK, Silva LR, Franco EV, Yamamoto FPS, Santos FBS. An unusual occurrence of oral mucocele: A case report and literature review. *Int J Paediatr Dent*. [Internet].2023[Citado el 11 de Junio de 2023];33:418–421. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.pbidi.unam.mx:2443/doi/pdf/10.1111/ipd.13057>
4. Choi YJ, Byun JS, Choi J, Jung JK. Identification of predictive variables for the recurrence of oral mucocele. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. [Internet].2019[Citado el 22 de Mayo de 2023];0–0. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4317/medoral.22690>
5. Abdel-Aziz M, Khalifa B, Nassar A, Kamel A, Naguib N, El-Tahan A-R. Mucocele of the hard palate in children. *Int. Pediatr Otorhinolaryngol*. [Internet].2016[Citado el 30 de Julio de 2023];85:46–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijporl.2016.03.007>
6. Hashemi M, Zohdi M, Zakeri E, Abdollahzadeh-Baghaei T, Katebi K. Comparison of the recurrence rate of different surgical techniques for oral mucocele: A systematic review and Meta-Analysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. [Internet].2020[Citado el 18 de Junio de 2023];1;28 (6):e614–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4317/medoral.26015>
7. Barreto MG, Carvalho CJS, Paschoaletto LM et al. Oral mucoceles: A Brazilian Multicenter Study of 1 91 cases. *Braz Dento J*. [Internet].2022[Citado el 25 de Mayo de 2023];33(5): 81–90. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pbidi.unam.mx:2443/pmc/articles/PMC9645162/pdf/1806-4760-bdj-33-05-81.pdf>
8. Nallasivam KU, Sudha BR. Oral mucocele: Review of literature and a case report. *J Pharm Bioallied Sci*. [Internet].2015[Citado el 14 de Julio de 2023];7(6):731. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4103/0975-7406.163516>
9. More C, Bhavsar K, Varma S, Tailor M. Oral mucocele: A clinical and histopathological study. *J Oral Maxillofac Pathol*. [Internet]. 2014[Citado el 28 de Julio de 2023];18(4):72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4103/0973-029x.141370>
10. Essaket S, Hakkou F, Chbicheb S. Mucocèle de la muqueuse buccale. *Pan Afr Med J*. [Internet].2020[Citado el 8 de Junio de 2023];35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2020.35.140.21079>
11. Huzafa M, Soni A. Mucocele and Ranula. Ed. StatPearls Publishing; 2023.
12. Nagar S, Fernandes G, Sinha A, Rajpari K. Mucocele of the tongue: A case report and review of literature. *J Oral Maxillofac Pathol*. [Internet]2021[Citado el 29 de Mayo de 2023];25(4):37. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4103/jomfp.jomfp_396_20
13. Chander G. Surgical management of oral mucocele: Experience with marsupialization. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*. [Internet].2020 [Citado el 17 de Mayo de 2023];13(4):353. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4103/JCAS.JCAS_133_20

A decorative graphic element consisting of a vertical purple gradient bar on the left side of the page, partially enclosed by a black outline that forms a large 'L' shape.

CAPÍTULO VII

LESIONES EN MUCOSA
DE REVESTIMIENTO

MUCOSA YUGAL



**HIPERPLASIA FIBROSA/
FIBROMA TRAUMÁTICO**

FIBROMA TRAUMÁTICO

El fibroma se define como la neoplasia benigna más frecuente en la cavidad oral. Sin embargo, es dudoso que la mayoría de las lesiones que encontramos con esta característica clínica represente una verdadera neoplasia; sino más bien, corresponde a una hiperplasia fibrosa reactiva del tejido conectivo fibroso denso principalmente en respuesta a un estímulo irritativo local o traumático. Por esta razón también recibe el nombre de hiperplasia fibrosa focal, es decir un aumento en el número de fibroblastos con formación de tejido colagenizado.¹⁻⁵

Características Clínicas

Clínicamente se observa como una lesión única, elevada, papular o nodular (Figura 34), de superficie lisa o ulcerada, que puede tener base sésil o pedunculada, asintomática, de crecimiento lento y que por lo general presenta una coloración similar a la mucosa adyacente o pálida, aunque en ocasiones puede ser de color blanco debido a la hiperqueratosis epitelial por la irritación continua. El tamaño puede variar, pero no suele rebasar los 2 cm de diámetro ya que posee un potencial de crecimiento limitado. Su consistencia depende del grado de vascularización y fibrosis, puede ser dura o blanda a la palpación.⁵⁻¹⁰



Figura 34. Fibroma traumático en mucosa labial.
FUENTE: directa

FIBROMA TRAUMÁTICO

Es más común en mujeres y puede presentarse a cualquier edad. Los sitios de predilección para esta entidad son la mucosa yugal (Figura 35), lengua y mucosa labial. Aunque también puede presentarse en encía, labio, reborde alveolar edéntulo y paladar (Figura 36) esta última zona es poco común debido a las pocas posibilidades de trauma local



Figura 35. Fibroma traumático en mucosa yugal asociado a traumatismo constante
FUENTE: directa



Figura 36 Fibroma traumático en paladar duro asociado a prótesis desajustada.
FUENTE: directa

FIBROMA TRAUMÁTICO

Tratamiento

Al tratarse de una lesión reactiva causada por un estímulo irritante crónico, el tratamiento consiste en eliminar el agente causal, en caso de que no remita entonces será conveniente realizar una escisión quirúrgica conservadora con su estudio histopatológico correspondientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mishra R, Khan TS, Ajaz T, Agarwal M. Pediatric palatal fibroma. International Journal of Clinical Pediatric Dentistry [Internet]. 2017 [Citado el 18 de Junio de 2023]; 10(1):96-98. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pbidi.unam.mx:2443/pmc/articles/PMC5360811/pdf/ijcpd-10-096.pdf>
2. Asundaria RR, Tavargeri A. Excision of Traumatic Fibroma of the Tongue in a Pediatric Patient: A Case Report. International Journal of Clinical Pediatric Dentistry [Internet] 2023. [Citado el 18 de Junio de 2023]; 16(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pbidi.unam.mx:2443/pmc/articles/PMC10068005/pdf/ijcpd-16-166.pdf>
3. Cohen P. Biting Fibroma of the Lower Lip: A Case Report and Literature Review on an Irritation Fibroma Occurring at the Traumatic Site of a Tooth Bite. Cureus [Internet]. 2022 [Citado el 18 de Junio de 2023];14(12). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36620845/>
4. Diwan B, Shirbhate U, Bajaj P, et al. Conventional Scalpel and Diode Laser Approach for the Management of Traumatic Fibroma. Cureus [Internet]. 2023 [Citado el 18 de Junio de 2023];15(10). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pbidi.unam.mx:2443/pmc/articles/PMC10676737/pdf/cureus-0015-00000047810.pdf>
5. Esmelli T, Lozada NF, Epstein J. Common benign oral soft tissue masses. Dental Clinics [Internet]. 2005 [Citado el 18 de Junio de 2023]; 223-240. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/pbidi.unam.mx:2443/science/article/pii/S0011853204000862?via%3Dihub>
6. Santana T, Martins PS, Piva MR, de Souza ES. Focal fibrous hyperplasia: A review of 193 cases. J Oral Maxillofac Pathol [Internet]. 2014 [Citado el 18 de Junio de 2023];18:86-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pbidi.unam.mx:2443/pmc/articles/PMC4211246/pdf/JOMFP-18-86.pdf>
7. Manjunatha V, Vemanaradhya G, Kulkarni M, Machetty L. Electro-surgical management of a traumatic fibroma with clinical assessment of re-epithelialization using methylene blue assay: A clinico-histopathological case report. Natl J Maxillofac Surg 2023;14:477-81. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pbidi.unam.mx:2443/pmc/articles/PMC10806329/pdf/NJMS-14-477.pdf>
8. Ulaganathan G, Babu SS, Senthilmoorthy M, Prasad V, Kalaiselvan S, Kumar RS. Retrospective analysis of oral and maxillofacial biopsies: An institutional study. J Pharm Bioall Sci [Internet]. 2020 [Citado el 18 de Junio de 2023];12:S468-71. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pbidi.unam.mx:2443/pmc/articles/PMC7595515/>
9. Chacón PR, Chávez L, Mallma AS. Fibroma traumático en mucosa labial superior: Reporte de caso. Rev. CES Odont [Internet]. 2020 [Citado el 18 de Junio de 2023]; 34(1): 136-144. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/6298/3357>
10. Navas MC, Hernández P. Hiperplasia fibrosa focal: lesión benigna de la mucosa oral. Revisión de la literatura Revista Estomatológica Herediana. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú [Internet]. 2021 [Citado el 18 de Junio de 2023];31(3), 186-193. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4215/421569005008/421569005008.pdf>



LEUCOEDEMA

LEUCOEDEMA

Se define como un trastorno benigno, caracterizada por engrosamiento epitelial debido a irritación local, de carácter leve; el número de células epiteliales afectadas depende del tipo, de la severidad del irritante y de la duración de su efecto.^{1,2,3}



Figura 37. Pliegues grises en mucosa yugal izquierda.
FUENTE: directa

Clínicamente se puede observar la presencia de placas asintomáticas blancas, translúcidas o grises (Figura 37); difusas, lisas y opacas, plegadas o con una textura aterciopelada, por lo general se presentan de forma bilateral, poco delimitadas y desaparecen al realizar extensión o estiramiento de las mucosas (Figuras 38 y 39).^{1,4}

Características Clínicas

Su elevada prevalencia puede sugerir la posibilidad de que se trate de una variante de la normalidad en cavidad oral. Siendo así que se proponga la existencia de dos formas, una idiopática y otra secundaria a una irritación crónica y aunque la causa exacta del leucoedema bucal no se comprende completamente, se cree que está relacionada con el hábito de fumar tabaco, especialmente en forma de pipa o cigarro.¹⁻⁷

El consumo de tabaco mascado también puede ser un factor de riesgo. Otros factores son los irritantes químicos y físicos, inmunosupresión, acción bacteriana, estrés.

Parece tener una prevalencia en pacientes de raza negra hasta en un 85%, además de tener más afinidad a el sexo masculino.¹⁻⁴

LEUCOEDEMA



Figura 38. Mucosa yugal con leucoedema
FUENTE: directa



Figura 39. Signo clásico de leucoedema. Desaparece al traccionar la mucosa.
FUENTE: directa

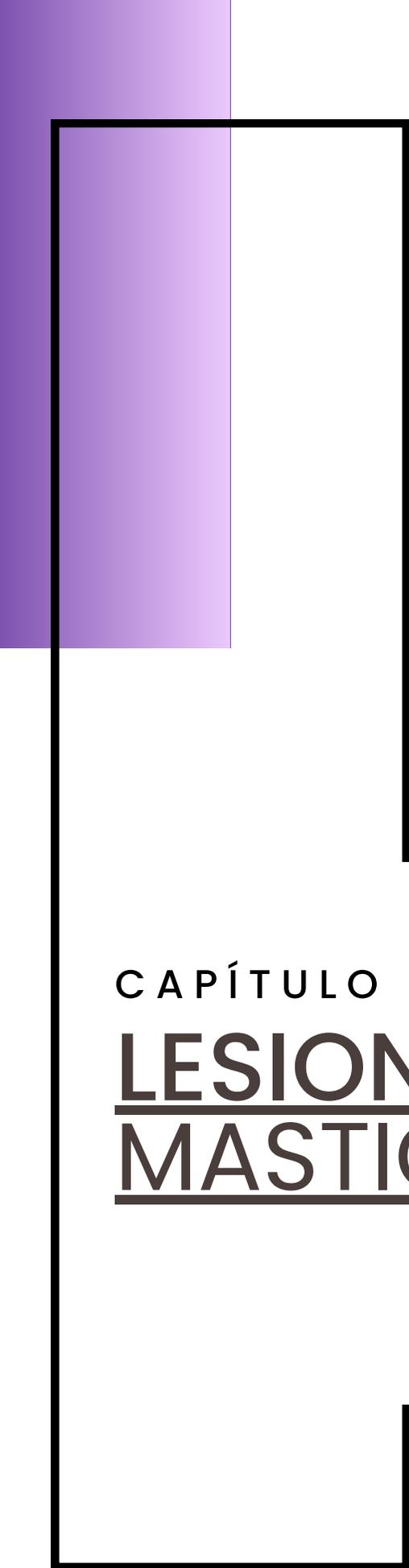
Tratamiento

No se recomienda ningún tratamiento ya que carece de importancia patológica, por lo que sólo se deberán evitar irritantes locales que favorecen su aparición. Se cree que este tipo de lesiones no tiene potencial de malignidad, sin embargo, en pacientes con hábitos como el tabaquismo se sugiere dar seguimiento.

Se han propuesto algunos tratamientos antiedematosos locales con tiomucase, α -quimotripsina o ácido tretinoico al 0.05% así como el evitar el estrés y psicoterapia.²⁻⁴

BIBLIOGRAFÍA

1. McKinney R, Olmo H, McGovern B. Benign Chronic White Lesions of the Oral Mucosa. StatPearls Pub; 2024.
2. Bengel W. Variantes anatómicas de la mucosa oral. Quintessence.[Internet].2010[Citado el 22 de Octubre de 2023];23(5):214-22. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-quintessence-9-articulo-variantes-anatomicas-mucosa-oral-X021409851050834X>[1].
3. Huang B-W, Lin C-W, Lee Y-P, Chiang C-P. Differential diagnosis between leukoedema and white spongy nevus. J Dent Sci. [Internet].2020[Citado el 14 de Octubre de 2023];15(4):554-555. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/33505630/>
4. Piqué DE, Palacios LS. Leucoedema frente a nevo blanco esponjoso. A propósito de un caso. Actas Dermosifiliogr. [Internet].2000[Citado el 10 de Septiembre de 2023];91:408-41. Disponible en: <https://actasdermo.org/es-pdf-10017230>
5. Madani FM, Kuperstein SA. Normal Variations of Oral Anatomy and Common Oral Soft Tissue Lesions Evaluation and Management. Med Clin N Am. [Internet].2014[Citado el 18 de Septiembre de 2023];98. 281-1298. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2014.08.00443>.
6. Jiménez PC. Condiciones no Patológicas de la Cavidad Bucal. Act Odontol. venez.[Internet].2000; 39(3): 98-99.[Citado el 13 de Octubre de 2023] Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652001000300015

A decorative graphic element on the left side of the page. It consists of a vertical purple gradient bar at the top, which is partially enclosed by a black outline. The outline extends downwards and then turns to the right, framing the text area.

CAPÍTULO VIII

LESIONES EN MUCOSA
MASTICATORIA



PAPILOMA
ESCAMOSO

PAPILOMA ESCAMOSO

El papiloma escamoso es una neoplasia benigna, aparece en la boca y se relaciona al Virus del Papiloma Humano (VPH), especialmente los tipos 6 y 11.

Se trata de una proliferación del epitelio escamoso estratificado, que suele manifestarse como un crecimiento papilar o exofítico excesivo en la boca. Estas formaciones pueden surgir en cualquier lugar del cuerpo que tenga epitelio escamoso.¹⁻⁴

Se conocen más de 200 genotipos del virus del papiloma humano (VPH) que tienen tropismo por piel y mucosas, 24 de ellos asociados con lesiones de cabeza y cuello. Es un virus que puede transmitirse de forma vertical, sexual contacto directo por autoinoculación, En cavidad bucal se pueden manifestar de diferentes formas ya sea como papiloma escamoso, hiperplasia epitelial focal o multifocal, verruga vulgar o condiloma acuminado, la mayoría de ellos son lesiones benignas, sin embargo, algunos tipos de virus se asocian con el carcinoma oral de células escamosas.¹⁻⁹

Características Clínicas



Figura 40. Papiloma humano en paladar duro
FUENTE: directa

Es considerado por algunos autores como lesión tumoral por su capacidad de crecimiento, clínicamente se caracteriza por su aspecto, superficie papilar con proyecciones digitiformes, en algunas ocasiones conforma de coliflor (Figura 40), en muchas ocasiones es de color blanco debido a la queratina que se forma en su superficie por la fricción con otras estructuras.^{4,7,8} Puede aparecer en cualquier parte de la boca, aunque es más común en la lengua, el labio, la úvula y el paladar blando.^{1,5,7}

PAPILOMA ESCAMOSO

Tratamiento

El tratamiento de elección es el conservador quirúrgico, con la extirpación completa de la lesión desde la base con un margen circundante, aunque también se puede emplear la ablación con láser quirúrgico, electrocauterio, criocirugía e incluso inyecciones intralesionales con interferón.^{1,2,8}

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramasamy K, Kanapaty Y, Abdul Gani N. Symptomatic oral squamous papilloma of the uvula - a rare incidental finding. *Malaysian Family Physician: the Official Journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia* [Internet]. 2019 [Citado el 18 de Junio de 2023];14(3):74. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7067511/>
2. Darwish G. Squamous papilloma of the soft palate: A case report. *Cureus* [Internet]. 2023 [Citado el 18 de Junio de 2023]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.37423>
3. Sabry AO, Patel BC. Papiloma. *StatPearls*. Isla del Tesoro (FL): StatPearls Publishing [Internet]. 2024 [Citado el 20 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560737/>
4. Araújo AS, Pratavieira S, Fracalossi PJ, Ribeiro MM, Salvador BV, Pilla VF. Oral squamous papilloma: a view under clinical, fluorescence and histopathological aspects. *Einstein*. 2019;17(2):1-4.
5. Betz SJ. HPV-related papillary lesions of the oral mucosa: A review. *Head Neck Pathol* [Internet]. 2019 [Citado el 18 de Junio de 2023];13(1):80-90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12105-019-01003-7>
6. Orrú G, Mameli A, Demontis C, Rossi P, Ratto D et al. Infección oral por el virus del papiloma humano. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* [Internet]. 2019 [Citado el 18 de Junio de 2023]. Disponible en: <https://www.europeanreview.org/wp/wp-content/uploads/8148-8157.pdf>
7. Andrade SA, Pratavieira S, Paes JF, Ribeiro MM, Bagnato VS, Varotti F de P. Oral squamous papilloma: a view under clinical, fluorescence and histopathological aspects. *Einstein Sao Paulo* [Internet]. 2019 [Citado el 18 de Junio de 2023];17(2). Disponible en: http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2019rc4624
8. Chaitanya P, Martha S, Punithvathy R, Reddy M. Squamous papilloma on hard palate: Case report and literature review. *Int J Clin Pediatr Dent* [Internet]. 2018 [Citado el 18 de Junio de 2023];11(3):244-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pbidi.unam.mx:2443/pmc/articles/PMC6102434/pdf/ijcpd-11-244.pdf>
9. Zahid E, Bhatti O, Zahid MA, Stubbs M. Overview of common oral lesions. *Malays Fam Physician* [Internet]. 2022 [Citado el 18 de Junio de 2023];17(3):9-21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.51866/rv.37>



GRANULOMA PIÓGENO

GRANULOMA PIÓGENO

El término granuloma piógeno fue introducido por primera vez por M. B. Hartzell en 1904, aunque la primera descripción de esta patología se atribuye a dos cirujanos franceses, Antonin Poncet y L. Dor, quienes la denominaron Botriomicosis hominis en 1897.

Características Clínicas



Figura 41. Granuloma piógeno en encía superior.
FUENTE: directa

Dicho término etimológicamente es incorrecto, debido a que no es un proceso infeccioso y no produce secreción purulenta. También se lo ha denominado granuloma pediculado benigno, hemangioma capilar lobular, épulis vascular o granuloma gravídico y tumor del embarazo cuando se presenta en pacientes gestantes.¹⁻⁴

GRANULOMA PIÓGENO

Es una proliferación reactiva de crecimiento rápido de las células endoteliales con frecuencia en respuesta a una irritación crónica, caracterizada por un tejido de granulación formado por una proliferación y neoformación de vasos sanguíneos y múltiples vasos sanguíneos generalmente muy extensos. En la actualidad no existe una relación directa con ninguna bacteria por lo que es de etiología múltiple ya sea asociado a enfermedad periodontal, trauma directo, irritativo u hormonal. Suele presentarse en cualquier parte del cuerpo como por ejemplo en los dedos de pies y manos, alrededor del lecho ungueal o en la mucosa oral y labios. Generalmente se limitan a la superficie bucal o facial.⁵⁻⁷

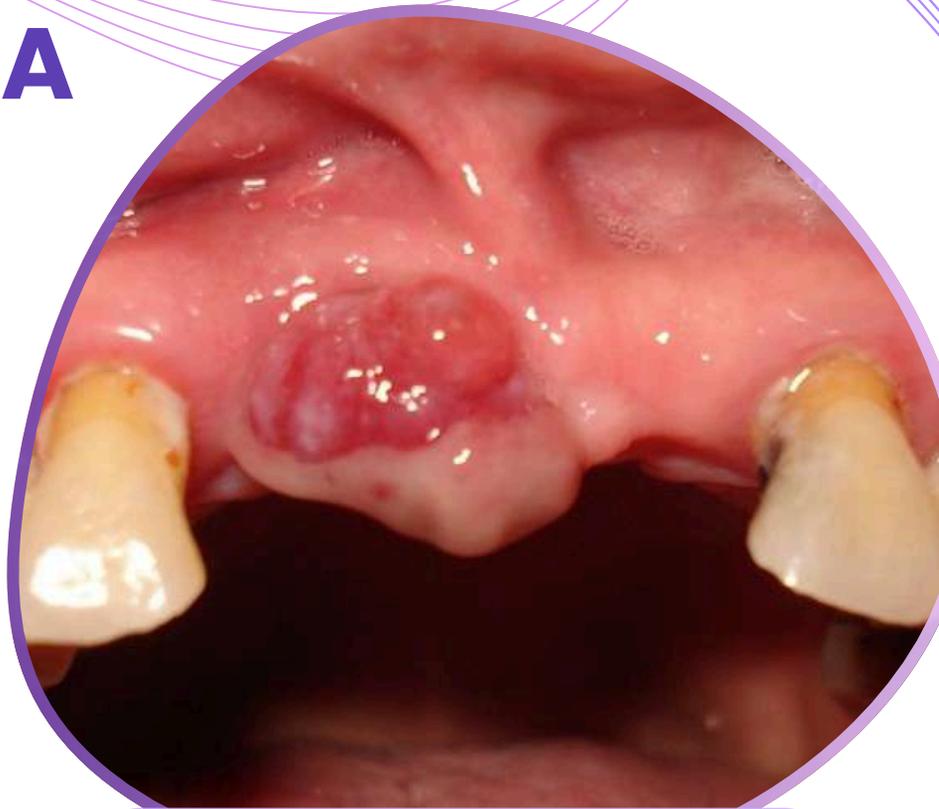


Figura 42. Granuloma piógeno en reborde alveolar.

FUENTE: directa

La lesión es un nódulo rojo brillante (Figuras 41 y 42), de tamaño variable, friable y propenso a sangrar al menor estímulo, a menudo presenta una pseudomembrana blanca o gris sobre su superficie secundaria a la úlcera del epitelio. Se localiza generalmente en encía, lengua, paladar y labios. Tiene predilección por mujeres 3:1 y en el embarazo se puede presentar un crecimiento rápido alcanzando entre 1 y 2 cm de diámetro en 4 a 7 días debido al aporte hormonal en el segundo y tercer trimestre. En adolescentes que se encuentran en etapas de desarrollo y maduración, que tiene gran cantidad de producción de hormonas, sin importar el género, también se puede presentar. Algunas lesiones pueden aparecer en zonas de la mucosa no relacionada con el surco gingival, especialmente en la lengua, labios y los carrillos.⁴⁻¹⁰

GRANULOMA PIÓGENO

Tratamiento

El tratamiento está encaminado a retirar el factor irritante como realizar raspado y alisado radicular de los dientes involucrados en caso de que este sea el estímulo o la extirpación quirúrgica convencional. El uso de electrocauterio y ablación con láser son otras alternativas. Si los factores no son retirados o la extirpación quirúrgica no es adecuada, esta lesión tiene una alta recidiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez Patiño-Paul, A. Un inusual caso de granuloma piógeno oral múltiple, ¿asociado a tratamiento con levotiroxina? *Revista estomatológica herediana*. [Internet]. 2021 [Citado el 20 de Agosto de 2023]; 30(4), 294-301. <https://doi.org/10.20453/reh.v30i4.3883>
2. Molina Ramírez, M. P., Guillén Colombari, D., & Boza Oreamuno, Y. V. Malformación vascular, granuloma piógeno y várices en cavidad oral. *Revisión de literatura*. [Internet]. 2022 [Citado el 2 de Septiembre de 2023]; 14(1):64-74. Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/89778>
3. Chávez-Caballero, A. de J., & González-Díaz, I. Granuloma piógeno lingual en paciente con síndrome de Sjögren y manifestaciones de boca ardorosa. *Revisita ADM*. [Internet]. 2022 [Citado el 10 de Agosto de 2023] 79(2), 109-115. Disponible en: <https://doi.org/10.35366/104747>
4. Sánchez-Cárdenas, M., Llerena-Noda, V. Y., & Pérez-Gallego, Y. de la C. Granuloma piógeno oral. Serie de casos. *Revista médica electrónica*. [Internet]. 2021 [Citado el 11 de Septiembre de 2023] 43(6), 1719-1727. Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242021000601719&script=sci_arttext
5. Mariajosé, G. V., Maria de los angeles, P. S., Dora Maria, L. T., & Elsa Patricia, F. F. (2021). Granuloma Piógeno. X Simposio Visión Salud Bucal y IX Taller sobre el Cáncer Bucal 2021.
6. Vásquez, M., Samira, S. Granuloma piógeno en mujeres embarazadas. Tesis en licenciatura para obtener el título de odontólogo. Ecuador: USPG; 2022.
7. Calderon, S., & Denis, W. Extirpación de granuloma Piógeno: Reporte de un caso. *Universidad Peruana Los Andes*; 2021
8. Lomeli MS, Carrillo CN, Gómez SJR, Zepeda NJS, Gomez MJC, Varela HJJ y cols. Oral Pyogenic Granuloma: A Narrative Review. *Int. J. Mol. Sci.* [Internet]. 2023 [Citado el 23 de Agosto de 2023]; 24(16885):17-21. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijms242316885>
9. Ribeiro JL, Moraes RM, Carvalho BFC, Nascimento OA, MilhanVMN, Lia AA. Oral pyogenic granuloma: An 18-year retrospective. [Internet]. 202 [Citado el 16 de Septiembre de 2023]; 48(7); 863-869. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.pbidi.unam.mx:2443/doi/10.1111/cup.13970>
10. Meshram M, Durge K, Shirbhate U. Clinicopathological and immunohistochemical study. An Overview of Oral Pyogenic Granuloma and Its Management: A Case Report. *Cureus*. [Internet]. 2023 [Citado el 4 de Septiembre de 2023]; 15(11): e48305. Disponible en DOI 10.7759/cureus.48305.



FIBROMA
OSIFICANTE
PERIFÉRICO

FIBROMA OSIFICANTE PERIFÉRICO

El fibroma osificante periférico es una lesión reactiva de tipo mesenquimatosa que se caracteriza por presentar hueso de tipo metaplásico derivado del ligamento periodontal, o calcificaciones distróficas semejantes a cemento también.

Tiene la capacidad de generar una amplia variedad de crecimientos benignos que amenazan la integridad de las corticales óseas, provocando una expansión y destrucción progresiva.^{1,2}

Características Clínicas

Clínicamente, se presenta como un aumento de volumen o nódulo (Figura 43), localizado, con una base que puede ser sésil o pediculada, es duro, no causa dolor, y su crecimiento es lento, generalmente no supera los 2 cm. Aunque suele ser grande, destruye de manera significativa el hueso afectado y tiene una tendencia a reaparecer en el 30% al 58% de los casos.¹⁻⁴



Figura 43. Fibroma osificante periférico con úlcera en la superficie.
FUENTE: directa

FIBROMA OSIFICANTE PERIFÉRICO



Figura 44. Fibroma osificante periférico en encía.
FUENTE: directa

Aunque la literatura reporta predilección por mujeres entre la segunda y tercera década de la vida (tal vez asociado a estímulos hormonales)⁶⁻⁸ y en maxilar anterior como el sitio de predilección, también se puede presentar en hombres por arriba de los 60 años y en la región mandibular anterior (Figuras 44 y 45). Pueden tener un crecimiento tan expansivo que puede confundirse con procesos neoplásicos, de ahí la importancia de proporcionar siempre la mayor cantidad de datos posibles para establecer el diagnóstico preciso.⁶⁻¹⁰

En algunas ocasiones se puede presentar previo a esta lesión un granuloma piógeno, posteriormente esos vasos disminuir en cantidad y dar lugar a esta entidad, aunque esto no siempre sucede de esta forma.^{5,6} Se pueden presentar posterior a irritantes locales tales como, restauraciones desajustadas, cálculo dental en donde las bacterias tienen una participación importante, o bien algún traumatismo. Actualmente existe un marcador denominado SATB2 (proteína de unión a secuencias ricas en AT especial 2) que tiene un papel importante en la diferenciación de osteoblastos, participando en la maduración de estas células.^{7,8}



Figura 45. Fibroma osificante periférico en encía.
FUENTE: directa

FIBROMA OSIFICANTE PERIFÉRICO

Los principales diagnósticos diferenciales sobre todo por el color, tamaño y localización son fibroma traumático, granuloma piógeno y granuloma periférico de células gigantes.⁹⁻¹⁴

Radiográficamente se puede identificar zonas radio opacas correspondientes a las calcificaciones o la formación de hueso, que incluso puede desplazar dientes. La biopsia es definitiva para establecer el diagnóstico.

Tratamiento

El tratamiento está encaminado a retirar el factor irritante como realizar raspado y alisado radicular de los dientes involucrados en caso de que este sea el estímulo o la extirpación quirúrgica convencional. El uso de electrocauterio y ablación con láser son otras alternativas. Si los factores no son retirados o la extirpación quirúrgica no es adecuada, esta lesión tiene una alta recidiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guerra RM, Rico M, Rodríguez M, Seguí M. Fibroma osificante periférico. Presentación de caso. CCH Correo cient Holguín [Internet]. 2019 [Citado el 08 de septiembre de 2023];23(3):1027–33. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812019000301027&script=sci_arttext
2. Leyva S, Ballart A, Román D. Fibroma osificante de maxilar superior: informe de un caso. Revista 16 de abril [Internet]. 2023 [Citado el 08 de septiembre de 2023]; 62:(0):1625. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/1625
3. Tovío EG, Urbano SE, Vergara CI, Díaz AJ. ¿Displasia fibrosa o fibroma osificante? Caracterización histológica de dos casos inusuales. Univ Odontol [Internet]. 2019 [Citado el 08 de septiembre de 2023];38(81). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.uo38-81.dffo>
4. Katanec T, Budak L, Brajdić D, Gabrić D. Atypical peripheral ossifying fibroma of the mandible. Dent J [Internet]. 2022 [Citado el 08 de septiembre de 2023];10(1):9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/dj10010009>
5. Godinho GV, Silva CA, Noronha BR, Silva EJ, Volpato LE. Peripheral ossifying fibroma evolved from pyogenic granuloma. Cureus [Internet]. 2022 [Citado el 08 de septiembre de 2023];14(1):1-7 Disponible en: <https://www.ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/pmc/articles/PMC8807426/pdf/cureus-0014-0000020904.pdf>
6. Mokrysz J, Nowak Z, Chęciński M. Peripheral ossifying fibroma: A case report. Stomatologija [Internet]. 2021 [Citado el 08 de septiembre de 2023];23(2). Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/34528910/>
7. Shahrabi S, Pencarinha DM, Anderson M. SATB2 immunoexpression in peripheral ossifying fibroma and peripheral odontogenic fibroma. Head Neck Pathol [Internet]. 2022 [Citado el 08 de septiembre de 2023];16(2):339–343. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12105-021-01355-zhttps://link-springer-com.pbidi.unam.mx:2443/article/10.1007/s12105-021-01355-z>
8. Ide F, Ito Y, Miyazaki Y, Nishimura M, Sakamoto S, Muramatsu T, et al. Peripheral ossifying fibroma and peripheral odontogenic fibroma: Close relatives or family? Head Neck Pathol [Internet]. 2022 [Citado el 08 de septiembre de 2023];16(4):1223–6. Disponible en: <https://link-springer-com.pbidi.unam.mx:2443/article/10.1007/s12105-022-01460-7>
9. Karube T, Munakata K, Yamada Y, Yasui Y, Yajima S, Horie N, et al. Giant peripheral ossifying fibroma with coincidental squamous cell carcinoma: a case report. J Med Case Rep [Internet]. 2021 [Citado el 08 de septiembre de 2023] ;15(1). Disponible en: https://www.ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/pmc/articles/PMC8684643/pdf/13256_2021_Article_3187.pdf
10. Cavalcante IL, Barros CC, Cruz VM, Cunha JL, Leão LC, Ribeiro RR, et al. Peripheral ossifying fibroma: A 20-year retrospective study with focus on clinical and morphological features. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [Internet]. 2022 [Citado el 08 de septiembre de 2023] ;460–7. Disponible en: <https://www.ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/pmc/articles/PMC9445604/pdf/medoral-27-e460.pdf>
11. <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/30152640/>
12. Lázare H, Peteiro A, Pérez Sayáns M, et al.: Clinicopathological features of peripheral ossifying fibroma in a series of 41 patients. Br J Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2019 [Citado el 08 de septiembre de 2023];57:1081–5. Disponible en: 10.1016/j.bjoms.2019.09.020.
13. Babu B, Hallikeri K. Reactive lesions of oral cavity: a retrospective study of 659 cases . J Indian Soc Periodontol [Internet]. 2017 [Citado el 08 de septiembre de 2023]; 21:258–63. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/29456298/>



ESTOMATITIS
NICOTÍNICA

ESTOMATITIS NICOTÍNICA

La estomatitis nicotínica es un trastorno considerado como benigno de la mucosa del paladar generalmente., sin embargo, en fumadores con un alto índice tabáquico y predisposición genética puede llegar a transformarse en un desorden potencialmente maligno. Tiene una mayor predilección por el género femenino. Se le considera como un trastorno relativamente frecuente de la mucosa del paladar duro en las personas fumadoras, aunque puede extenderse hacia el paladar blando y en ocasiones puede aparecer en la región anterior de la encía en ambas arcadas o mucosa yugal.

La nicotina y los químicos propios del tabaco no son los únicos factores etiológicos asociados a la queratosis nicotínica, sino que, el factor más relevante es el calor producido por el tabaco. En países de Asia es común el tabaquismo invertido, lo que hace que este tipo de trastorno sea más frecuente en esa región.¹⁻⁸

Características Clínicas

Clínicamente se observa una apariencia queratósica difusa (Figura 46), que a largo plazo puede provocar irritación de las glándulas salivales. También se pueden presentar numerosas pápulas indoloras ligeramente blancas con centros punteados y de color rojo.^{1,2}



Figura 46. Estomatitis nicotínica en paladar duro.
FUENTE: directa

ESTOMATITIS NICOTÍNICA

Tratamiento

No se requiere un tratamiento en específico, ya que se cree que este tipo de lesiones no tiene potencial de malignidad, aunque sería prudente concientizar a los pacientes para reducir o dejar el consumo de tabaco de ser posible.

Se ha reportado que si se disminuye el consumo de tabaco, las lesiones desaparecen gradualmente dentro de los primeros 6 meses hasta 36 meses después de retirado el estímulo.^{1,3}

Se recomienda una buena higiene oral, que incluye cepillado dental regular y uso de enjuagues bucales. Se pueden usar enjuagues bucales con soluciones antisépticas y antiinflamatorias para aliviar los síntomas de la estomatitis nicotínica. Estos enjuagues pueden contener ingredientes como clorhexidina, corticosteroides o anestésicos locales para reducir la inflamación y el malestar.⁴⁻⁷

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubio JFP, Arranz FR, Gasca TR, Blas PB. Leucoqueratosis nicotínica del paladar. Actasdermo.org. [Internet].2002 [citado el 16 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/index.php?p=revista&tipo=pdfsimple&>
2. Gamboa M, Villaroel DM. Características clínicas e histopatológicas y expresión de p53 en lesiones palatinas producidas por tabaquismo de forma invertida. Redalyc.org. [Internet].2013 [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2052/205232514006.pdf>
3. Anbuselvan GJ, Srivandhana R, Yamunadevi A, Rajasekar M, Nallasivam KU, Harshini S, et al. Nicotina stomatitis – A report of two cases. J Pharm Bioallied Sci [Internet]. 2023[Citado el 28 febrero de 2023];15(1):S799–801. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_17_23
4. Francisco Paricio Rubio J, Arranz R, Gasca R. Boned Blas P. Leucoqueratosis nicotínica del paladar. Actas Dermos.[Internet]. 2002[Citado el 18 de Marzo de 2023];93(1–2):38–41
5. López Ulloa B, Angulo Quiñonez L. Estomatitis nicotínica asociada al hábito de fumar cigarro invertido en paciente ecuatoriana. Acta Odontol Colomb. [Internet].2019[Citado el 1 de Marzo de 2023];9(2):103–11.
6. Müller S. Frictional keratosis, contact keratosis and smokeless tobacco keratosis: Features of reactive white lesions of the oral mucosa. Head Neck Pathol [Internet]. 2019[Citado el 9 de marzo de 2023];13(1):16–24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12105-018-0986-3>
7. Francisco Paricio Rubio J, Revenga Arranz F, Ramírez Gasca T, Boned Blas P. Leucoqueratosis nicotínica del paladar. Actas Dermosifiliogr [Internet].2002[Citado el 13 de febrero de 2023];93(1–2):38–41. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0001-7310\(02\)79168-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0001-7310(02)79168-0).



CANDIDIASIS

CANDIDIASIS

La candidiasis oral, es una de las micosis de cavidad oral más frecuente, es una infección considerada oportunista que suele afectar a la mucosa de la boca. El principal patógeno *Candida albicans* es un organismo comensal muy versátil que está bien adaptado a su huésped humano, pero los cambios en el microambiente del huésped pueden facilitar la transición del comensalismo a la patogenicidad.¹⁻⁴

Se han identificado más de 150 especies de *Cándida*, algunas de ellas asociadas a la enfermedad en cavidad bucal, algunas de ellas son: *C. glabrata*, *C. guilliermondii*, *C. krusei*, *C. lusitaniae*, *C. parapsilosis*, *C. pseudotropicalis*, *C. stellatoidea* y *C. tropicalis*

Características Clínicas

Aproximadamente de 30 a 60% de individuos adultos sanos pueden tener diversas especies de *Cándida* en cavidad oral. La candidiasis orofaríngea se origina de manera endógena por desequilibrio entre el huésped y la levadura que coloniza la cavidad oral. Los factores de riesgo incluyen: uso prolongado de antibióticos o corticosteroides, presencia de prótesis dentales mal ajustadas, inmunosupresión, como en pacientes con VIH/SIDA, diabetes mellitus no controlada, malnutrición, anemia o higiene bucal deficiente.^{3,4}



Figura 47. Candidiasis en paladar duro.
FUENTE: directa

CANDIDIASIS

Características Clínicas

Se puede manifestar como placas blancas en la lengua, carrillos y, a veces, en el paladar (Figura 47), encía y amígdalas. También se puede presentar como placas rojas con ardor (Figuras 48 y 49) o inflamación que pueden ser lo suficientemente graves como para provocar dificultad para comer o tragar, en ocasiones sangrado leve si las lesiones se frotran o rascan.^{3,4}



Figura 48. Glositis atrófica en tercio posterior de lengua.
FUENTE: directa



Figura 49. Glositis atrófica en dos tercios anteriores de lengua
FUENTE: directa

CANDIDIASIS

Características Clínicas

Otras formas de presentación son: queilitis angular y glositis atrófica con enrojecimiento e irritación y dolor debajo de prótesis dentales denominada estomatitis protésica (Figuras 50y 51).^{3,4}

Existen diferentes formas clínicas de presentación: agudas y crónicas dependiendo del tiempo de evolución, las cuales se pueden presentar clínicamente en las formas pseudomembranosa, eritematosa, hiperplásica, alteraciones mucocutáneas y micosis profundas.

La queilitis angular también es conocida como queilosis angular, estomatitis angular, estomatitis comisural o queilitis comisural debido a que aparece en las zonas de las comisuras de los labios. Es una infección que se produce frecuentemente por el alojamiento de saliva infectada de *Cándida* en los pliegues comisurales de los labios, aunque su etiología es variada. Se le asocia con la utilización de prótesis removibles, a candidiasis hiperplásica crónica y a muguet en los infantes.¹⁻¹⁰



Figura 50. Estomatitis subprotésica.
FUEENTE: directa



Figura 51. Estomatitis subprotésica eritematosa.
FUEENTE: directa

CANDIDIASIS

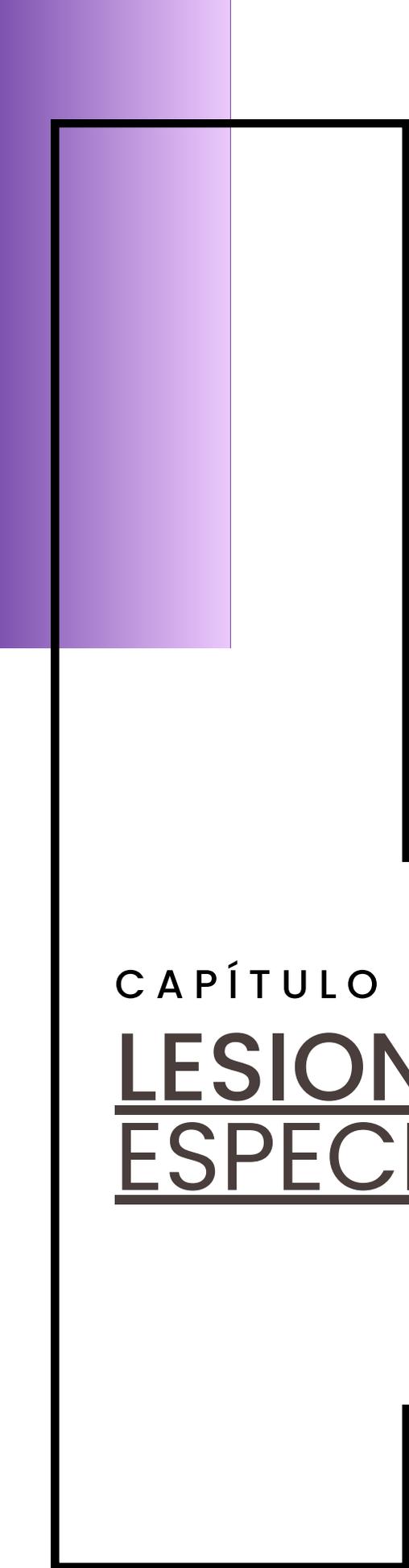
La estomatitis protésica es una de las formas crónicas que se puede manifestar de diferentes formas: Newton tipo I, II y III en las cuales varía el grado de inflamación lo que hace que aparezcan hiperémica, puntiforme hasta evolucionar a una forma nodular.

Tratamiento

El tratamiento de la candidiasis orofaríngea se basa en la corrección o eliminación de factores predisponentes en combinación con terapia antifúngica. Las medidas locales incluyen: medidas de higiene bucal. Los fármacos que se utilizan son polienos (nistatina, anfotericina B) y azoles (miconazol, clotrimazol, ketoconazol, fluconazol, itraconazol). En infecciones superficiales también se utilizan con éxito los antisépticos clorhexidina y violeta de genciana.^{2,3,8,9}

BIBLIOGRAFÍA

1. Bengel W, Bornstein MM. Candidiasis orales. Parte 2: Diagnóstico, diagnóstico diferencial y tratamiento. Quintessence. 2011;24(1):50–5.
2. Wiench R, Skaba D, Matys J, Grzech-Leśniak K. Efficacy of toluidine blue-mediated antimicrobial photodynamic therapy on *Candida* spp. A systematic review. *Antibiotics (Basel)*. 2021;10(4):349.
3. Patel M. Oral Cavity and *Candida albicans*: Colonisation to the Development of Infection. *Pathogens*. 2022;11(3):335.
4. Suryana K, Suharsono H, Antara IGPJ. Factors associated with oral candidiasis in people living with HIV/AIDS: A case control study. 2020;12:33–9.
5. Odell EW. Cawson's. Essentials of oral pathology and oral medicine. 9th ed. Elsevier; 2017.
6. Hellstein JW, Cindy LM. Candidiasis: Red and White Manifestations in the Oral Cavity. *Head and Neck Pathology*. 2019;13:25–32. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s12105-019-01004-6>
7. Lyu X, Zhao C, Yan Z, Hua H. Efficacy of nystatin for the treatment of oral candidiasis: a systematic review and meta-analysis. *Drug Design, Development and Therapy [Internet]*. 2016 [Citado el 12 de septiembre de 2023];10:1161–1171. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pbidi.unam.mx:2443/pmc/articles/PMC4801147/>
8. Lewis M, Williams D. Diagnosis and management of oral candidosis. *Br Dent J [Internet]*. 2017 [Citado el 12 de septiembre de 2023];223: 675–68. Disponible en: <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1038/sj.bdj.2017.886>
9. Rodríguez CF, Rodríguez ME. Promising Alternative Therapeutics for Oral Candidiasis. *Current Medi Chemis [Internet]*. 2019 [Citado el 12 de septiembre de 2023]; 26: 2515–2528. Disponible en: <https://www-eurekaselect-com.pbidi.unam.mx:2443/article/90861>
10. Millsop JW, Fazel N. Oral candidiasis. *Clinics in Derma [Internet]*. 2016 [Citado el 12 de septiembre de 2023];34:487–494. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.pbidi.unam.mx:2443/science/article/pii/S0738081X16300542?via%3Dihub>.

A decorative graphic element consisting of a vertical purple gradient bar on the left side of the page, partially enclosed by a black outline that forms a large, open 'L' shape.

CAPÍTULO IX

LESIONES EN MUCOSA
ESPECIALIZADA



LENGUA

GEOGRÁFICA

LENGUA GEOGRÁFICA

La lengua geográfica es una afección de tipo inflamatoria, benigna, crónica y recurrente que suele afectar a la lengua de forma exclusiva. Se le conoce como lengua geográfica debido a que su aparición se presenta como una o más zonas atróficas que aparecen en el dorso o en los bordes laterales de la lengua producen un aspecto que recuerda a un mapamundi; también se puede nombrar glositis migratoria benigna, eritema migratorio, erupción errante de la lengua y anillo migratorio.¹⁻⁵

Características Clínicas

Se observan áreas multifocales, eritematosas, con atrofia de las papilas filiformes de forma irregular (Figura 52). Se clasifica clínicamente como típica o activa si se presentan zonas atróficas delimitadas por un borde ligeramente elevado y queratósico; y pasiva o atípica si hay ausencia del borde queratósico o si desaparece antes de terminar el desarrollo de la lengua geográfica. Frecuentemente las lesiones se presentan en los dos tercios anteriores de la cara dorsal de la lengua o en el borde lateral de la lengua. En ocasiones se puede presentar en la mucosa de paladar blando, mucosa labial, mucosa bucal, y piso de boca; debido a que se localizan en sitios extraglosos se le nombra lengua geográfica ectópica o eritema migratorio.¹⁻⁹

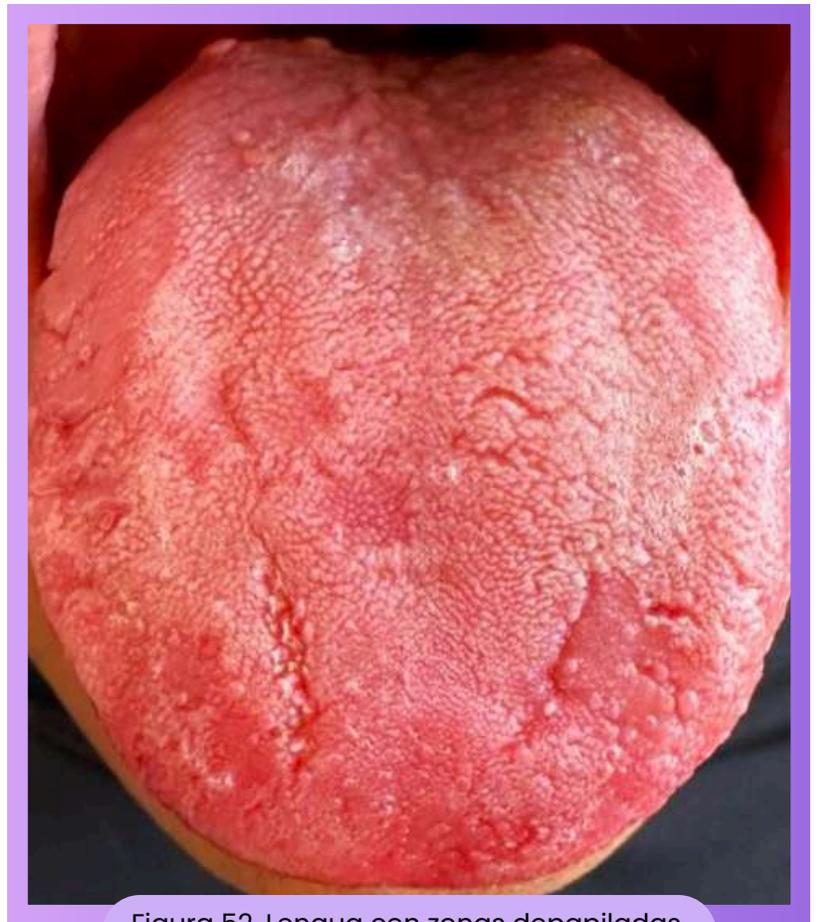


Figura 52. Lengua con zonas depapiladas.
FUENTE: directa

LENGUA GEOGRÁFICA

Características Clínicas

Las zonas eritematosas inician como una área pequeña a nivel o cerca del borde lateral de la lengua y se va extendiendo. Algunas de las lesiones pueden unirse y dar origen a un patrón festoneado o geográfico (Figura 53). Se observan zonas de la mucosa lingual normal alternadas con áreas atróficas, estas cambian de forma, tamaño y localización. A medida que se expande comienza a curarse iniciando por la parte central, debido al crecimiento de las papilas filiformes. Dependiendo de la persona, la lesión perdura durante varios días a semanas, comúnmente se resuelve pero reaparecen o migran a una localización diferente.^{3,6}

En su mayoría, los pacientes no experimentan síntomas, sin embargo, algunos pueden reportar dolor, irritación, ardor, picazón, sensibilidad o una sensación de quemazón, especialmente después de consumir alimentos muy condimentados, cítricos o medicamentos. Estos síntomas podrían estar relacionados con el adelgazamiento del epitelio y la inflamación.^{1,5}



Figura 53. Lengua geográfica. Forma clásica.
FUENTE: directa

LENGUA GEOGRÁFICA

Tratamiento

Generalmente no necesita tratamiento si no presenta síntomas. Los pacientes pueden estar tranquilos ya que es una condición benigna y autolimitada. Para aquellos que experimentan síntomas, se ha encontrado que el uso de corticosteroides tópicos, antihistamínicos, ciclosporina, vitamina A, zinc, paracetamol, entre otros. Se aconseja evitar alimentos picantes, ácidos, frutas, bebidas ácidas o astringentes, alcohol y pasta de dientes, y mantener una buena higiene bucal durante la fase activa para prevenir el empeoramiento de los síntomas.^{1,2,6}

BIBLIOGRAFÍA

1. Odell EW. Cawson's. Essentials of oral pathology and oral medicine. 9th ed. Elsevier; 2017.
2. Shareef S, Etefagh L. Geographic Tongue. StatPearls Publishing; 2023.
3. González-Álvarez L, García-Pola MJ, Garcia-Martin JM. Lengua geográfica: factores predisponentes, diagnóstico y tratamiento. Revisión sistemática. Rev Clin Esp.[Internet].2018[Citado el 26 de Mayo de 2023];218(9):481-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2018.05.006>
4. McNamara KK, Kalmar JR. Erythematous and vascular oral mucosal lesions: A clinicopathologic review of red entities. Head Neck Pathol .[Internet]. 2019[Citado el 4 de Marzo de 2023];13(1):4-15. Disponible en:<http://dx.doi.org/10.1007/s12105-019-01002-8>
5. Atienza LS, Simao AL, Quiles LV. Lengua geográfica.Med fam Andal.[Internet]. 2017[Citado el 19 de Abril de 2023]; 1: 59-60. Disponible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/10/v18n1_sinbibliografia_lengua.pdf
6. DeLong L. Burkhart N. Patología oral y general en odontología . 2a ed. Wolters Kluwer Health; 2013
7. García TJ. Lengua geográfica: A propósito de un caso. Sanid mil. [Internet].2020[Citado el 11 de Abril de 2023]; 76 (4): 235-238. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392019000200065
8. Ogueta C, Ramírez P , Jiménez O ,Cifuentes M. Geographic Tongue: What a Dermatologist Should Know. Act Dermosifi.[Internet].2019[Citado el 25 de Abril de 2023]; 110(5):341-346. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31005233/>
9. González AL, García PMJ, Garcia JM. Lengua geográfica: factores predisponentes, diagnóstico y tratamiento. Revisión sistemática.[Internet].2018[Citado el 14 de Abril de 2023]; 218(9):481-488. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29903400/>.



LENGUA
FISURADA

LENGUA FISURADA

Lengua fisurada o también conocida como lengua escrotal, foliácea, o cerebriforme, se le considera como una variante de la normalidad que afecta a 10% de la población, esta alteración aumenta con respecto a la edad y no existen diferencias importantes en cuanto a la raza o sexo.

Aún no se comprende completamente la causa de esta condición. Se ha estudiado que puede tener un componente genético, ya sea poligénico o autosómico dominante, pero no es la única causa. Puede ser un indicativo de condiciones médicas generales como la hipertensión, problemas de sangre, diabetes, psoriasis, trastornos digestivos, infecciones fúngicas, efectos psicológicos y granulomatosis orofacial. Además, existen otros factores significativos que pueden provocar estas lesiones, como el tabaquismo, la mala higiene bucal, xerostomía, algunos medicamentos y ciertos alimentos, especialmente los picantes.^{4,5}

El estudio de la lengua fisurada se ha basado en su ubicación, identificándose como tipos medial y lateral. La clasificación más reciente para la lengua fisurada se basa en su patrón, la regularidad del patrón, signos asociados y otras enfermedades sistémicas ya existentes (Figura 54).²



Figura 54. Lengua fisurada o escrotal.
FUENTE: directa

LENGUA FISURADA

Características Clínicas

Se caracteriza por presentar múltiples surcos que pueden variar en número, profundidad y orientación (Figuras 55 y 56). Estos surcos suelen observarse con frecuencia en la cara dorsal y/o lateral de la lengua. Esta condición a menudo se relaciona con la lengua geográfica y es más frecuente en personas que padecen síndrome de Down, síndrome de Melkersson-Rosenthal, la psoriasis, síndrome de Sjögren y la enfermedad granulomatosa crónica.¹⁻⁵



Figura 55. Lengua con fisuras verticales.
FUENTE: directa



Figura 56. Lengua con fisuras horizontales.
FUENTE: directa

LENGUA FISURADA

En función del patrón de las fisuras de la lengua, se tienen las siguientes categorías:¹⁻⁸

1. Patrón longitudinal central: una fisura vertical que recorre la línea media de la superficie superior de la lengua.
2. Patrón transversal central: una o más fisuras horizontales que atraviesan la línea media de la lengua.
3. Patrón longitudinal lateral: una o más fisuras verticales que se ubican lateralmente a la línea media de la lengua.
4. Patrón de ramificación: fisuras transversales que se originan desde la fisura longitudinal de la línea media (parecido a un árbol ramificado).
5. Patrón difuso: fisuras que se distribuyen ampliamente en la superficie dorsal de la lengua (Figuras 57 y 58).

En cuanto al número de fisuras en la lengua, se tienen las siguientes categorías:

- Leve: de 1 a 3 fisuras en la lengua.
- Moderado: más de 3 fisuras en la lengua.
- Grave: más de 10 fisuras en la lengua.¹

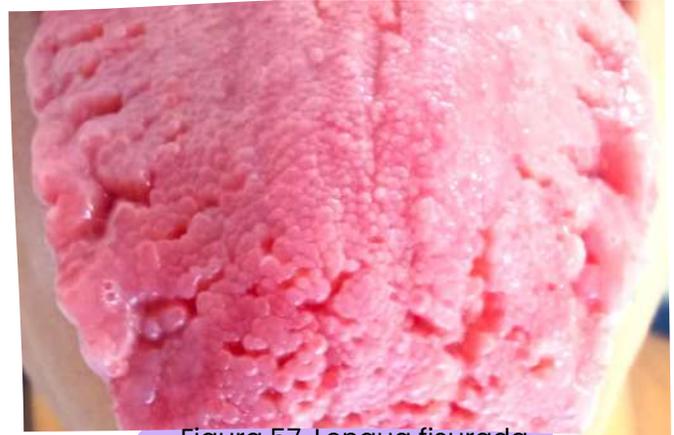


Figura 57. Lengua fisurada.
FUENTE: directa



Figura 58. Lengua con fisuras profundas.
FUENTE: directa

LENGUA FISURADA

Tratamiento

En general las fisuras no requieren tratamiento. Sin embargo, es importante descartar cualquier enfermedad asociada por medio de estudios de laboratorio.

Las lesiones pueden mejorar de forma espontánea, por lo que solo se necesita disminuir los síntomas, para esto se recomienda mantener una buena higiene bucal, que incluye un cepillado suave de la lengua o el uso de un raspador de lengua después de comer para evitar la acumulación de alimentos en la lengua.

Otras medidas generales incluyen evitar el consumo de tabaco, alcohol y alimentos que puedan irritar la mucosa de la lengua.^{1,3}

BIBLIOGRAFÍA

1. Rajeev V, Basheer SA, Elnager M, Karthik AK, Radhakrishnan AS. Cerebriform tongue. *J Pharm Bioallied Sci* [Internet]. 2021 [Citado el 18 de octubre de 2023];13(1):S868–70. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_628_20
2. Bali H, Adhikari S, Upadhyaya C, Poudel P, Adhikari BR, Pandit S, et al. Fissured tongue among patients visiting the Department of Oral Medicine and Radiology in a tertiary care centre. *JNMA J Nepal Med Assoc* [Internet]. 2023 [Citado el 18 de octubre de 2023];61(266):762–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31729/jnma.8287>
3. Nisa L, Giger R. Lingua plicata. *CMAJ* [Internet]. 2012 [Citado el 18 de octubre de 2023];184(4):E241–E241. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.111255>
4. Feil ND, Filippi A. Frequency of fissured tongue (lingua plicata) as a function of age. *Swiss Dent J* [Internet]. 2016 [Citado el 18 de octubre de 2023];126(10):886–897. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27808348/>
5. Ehsan H, Azimi S, Yosufi A, Yousufi R. The prevalence and significance of fissured tongue in Kabul city among dental patients. *Clin Cosmet Investig Dent* [Internet]. 2023 [Citado el 18 de octubre de 2023];15:21–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/ccide.s391498>
6. Dafar A, Huñya C, Aras E, Robledo SJ et al. Factors associated with geographic tongue and fissured tongue. *Act Odonto Scan* [Internet]. 2016 [Citado el 18 de octubre de 2023];74:210–216. Disponible en: <https://www-tandfonline-com.pbidi.unam.mx:2443/doi/full/10.3109/00016357.2015.1087046>
7. Singh SB. Fissured tongue. *Clev Clinic J Med* [Internet]. 2019 [Citado el 18 de octubre de 2023]; 86(1). Disponible en: <https://www.ccjm.org/content/86/11/714.long>
8. Bali H, Adhikari S, Upadhyaya C, Poudel P, Raj BA, Pandit S, Sapkota S. Fissured Tongue among Patients Visiting the Department of Oral Medicine and Radiology in a Tertiary Care Centre. *J Nepal Med Assoc* [Internet]. 2023 [Citado el 18 de octubre de 2023];61(266):762–4. Disponible en: <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.pbidi.unam.mx:2443/pmc/articles/PMC10579778/>



HIPOSALIVACIÓN

HIPOSALIVACIÓN



Figura 59. Lengua con signos de deshidratación, anemia, atrofia y fisuras superficiales.

FUENTE: directa



Figura 60. Lengua con signos de deshidratación, lisa, roja y brillante.

FUENTE: directa

La hiposalivación consiste en la reducción del flujo salival y puede darse como consecuencia de diversos factores etiológicos como enfermedades sistémicas (autoinmunes, metabólicas), fármacos (antihipertensivos, diuréticos, hipoglucemiantes, etc.), trastornos neurológicos, cambios propios de la edad o por radioterapia por cáncer en cabeza y cuello.^{1,2}

Las características clínicas de la hiposalivación pueden variar según la causa subyacente, algunas características clínicas son: xerostomía, aumento de la incidencia de caries dental, enfermedad periodontal e infecciones frecuentes, esto debido a los sistemas amortiguadores de la saliva, los cuales tienen propiedades protectoras que ayudan a prevenirlas, así como, mucosas deshidratadas principalmente la lengua¹⁻⁴ (Figuras 59 y 60).

HIPOSALIVACIÓN

Tratamiento

De manera general consiste en mantener una buena higiene bucal, incluidas visitas periódicas al dentista, limitar los alimentos azucarados refinados, especialmente entre comidas, evitar el alcohol y el tabaco.

Revisión de farmacoterapia: Evaluar supresión, sustitución o reducción de dosis de fármacos causantes de xerostomía.

Estimulación de la salivación: Con alimentos duros o chicles, los sustitutos de saliva o saliva artificial están reservados para pacientes desprovistos de parénquima salival funcional o que no pueden responder a la estimulación.

En cuanto al uso de sialogogos, el fármaco más empleado es la pilocarpina oral, sin embargo, las reacciones adversas que se pueden presentar asociadas a la estimulación nerviosa pueden generar conflictos en los pacientes sobre su uso.^{5,6}

BIBLIOGRAFÍA

1. Troya Borges E, Martínez Abreu J, Padilla Suarez E, Rodríguez Hernández Y. Consideraciones actuales sobre la xerostomía o síndrome de boca seca. Rev médica electrón.[Internet]. 2014[Citado el 17 de Marzo de 2023];36(5):583-95.
2. Donat F, Jordá L, Mihi VM. Tratamiento de la boca seca: puesta al día. Medicina Oral Patología Oral Y Cirugía Bucal. [Internet].2004[Citado el 21 de Abril de 2023];9(4):273-9.
3. Aleva NÁ, Costa Armond M, Fernandes RM, Ribero A, Generoso R. Hiposalivación inducida por drogas antihipertensivas. Acta Odontol Vene.[Internet]. 2009[Citado el 8 de Mayo de 2023];47(1):122-30.
4. Arizpe GC, Salinas BG, Enríquez MG, Sandoval GM. Hiposalivación y xerostomía; diagnóstico, modalidades de tratamiento en la actualidad: Aplicación de neuroelectroestimulación; 2012.
5. Montoya GJA, Silvestre FJ, Barrios R, Silvestre RJ. Treatment of xerostomia and hyposalivation in the elderly: A systematic review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal.[Internet]. 2016[Citado el 1 de Mayo de 2023] 1;21 (3):e355-66. Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v21i3/medoralv21i3p355.pdf>132.
6. Millsop JW, Wang EA, Fazel N. Etiology, evaluation, and management of xerostomía. Clinics in Dermatol.[Internet]. 2017[Citado el 18 de Abril de 2023];35:468-476. Disponible en: <https://www-science-direct-com.pbidi.unam.mx:2443/science/article/pii/S0738081X17301062?via%3Dihub>.

TABLA DE CONTENIDO DE IMÁGENES CLÍNICAS

Contenido	Figuras	Páginas
Anatomía de cavidad oral	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14	15-24
Queilitis angular	15, 16	30-31
Queilitis glandular	17	33
Queilitis facticia	18	34
Queilitis actínica	19, 20, 21	35-36
Herpes Simple	22	41
Úlcera	23, 24, 25, 26, 27, 28	46-48
Mácula Melanótica	29, 30	52-53
Mucocele	31, 33	56-57
Hiperplasia Fibrosa/ Fibroma Traumático	34, 35, 36	62-63
Leucoedema	37, 38, 39	67-68
Papiloma Escamoso	40	72
Granuloma Piógeno	41, 42	76-77
Fibroma Osificante Periférico	43, 44, 45	81-82
Estomatitis Nicotínica	46	86
Candidiasis	47, 48, 49, 50, 51	90-92
Lengua Geográfica	52, 53	97-98
Lengua Fisurada	54, 55, 56, 57, 58	102-104
Hiposalivación	59, 60	108

María del Carmen Salazar Vera . Itzel Martínez Palma . Nancy Jacqueline Flores Rodríguez
Elizabeth Pérez Madrigal . Mónica Ivonne Sánchez Fabián . Juan Carlos Martínez Navarrete .
Germán Zecua Fernández
Editores

Las lesiones bucales son condiciones comunes que pueden afectar diferentes zonas anatómicas de la cavidad oral como lo son: labios, mucosa labial, mucosa yugal, mucosa masticatoria, paladar blando, lengua, piso de boca y orofaringe. Estas alteraciones pueden tener diversas causas, que van desde infecciones o traumatismos hasta condiciones sistémicas subyacentes y procesos neoplásicos. Es por ello que es de gran importancia para estudiantes y profesionales del área de la salud, comprender estas afecciones y sus características, para obtener un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado.

Algunas de estas alteraciones son queilitis, infecciones por virus papiloma humano, úlceras, mácula melanótica, granuloma piógeno, fibroma traumático, fibroma osificante periférico, leucoedema, estomatitis nicotínica, mucocele, candidiasis, herpes simple, lengua geográfica, lengua fisurada y cambios por hiposalivación. Para facilitar su identificación y manejo clínico se proporcionará una descripción útil de las características clínicas, así como del tratamiento o manejo terapéutico.

Este libro es producto del trabajo colectivo con profesores de la Facultad y promueve la formación e integración de conocimientos en patología bucal en estudiantes de la Carrera de Cirujano Dentista.

PATOLOGÍA BUCAL

por zonas anatómicas

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
Campus I. Av. Guelatao No. 66, Col. Ejército de Oriente Indeco III ISSSTE, Iztapalapa, C.P. 09230 Ciudad de México.
Campus II. Batalla 5 de mayo s/n Esq. Fuerte de Loreto, Col. Ejército de Oriente Zona Peñón, Iztapalapa, C.P. 09230 Ciudad de México.
Campus III. Ex fábrica de San Manuel s/n, Col. San Manuel entre Corregidora y Camino a Zautla, San Miguel Contla, Santa Cruz Tlaxcala.
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Campus I. Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente, Alcaldía Iztapalapa. C.P. 09230, México, ciudad de México
<http://www.zaragoza.unam.mx>

