



## Resúmenes de las Conferencias dictadas en el Colegio durante el mes de mayo.

5 FEBRERO, 2004

### "CÁNCER ORAL. DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO ACTUAL".

DR. D. CARLOS NAVARRO VILA.

El resumen correspondiente a esta conferencia no nos ha sido enviado por el autor a fecha de cierre de este número. Esperamos poder publicarlo en nuestra próxima revista. <

12 FEBRERO, 2004

### "ALTERNATIVAS ESTÉTICAS EN EL SECTOR ANTERIOR".

DR. D. FRANCISCO GASCA MUÑOZ.

El resumen correspondiente a esta conferencia no nos ha sido enviado por el autor a fecha de cierre de este número. Esperamos poder publicarlo en nuestra próxima revista. <

1 ABRIL, 2004

### "DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CLÍNICO DE LESIONES FRECUENTES DE LA CAVIDAD ORAL".

DR. D. ALBERTO RODRÍGUEZ ARCHILLA.

Profesor Titular de Medicina Bucal. Facultad de Odontología. Universidad de Granada.

La cavidad oral es, a menudo, un escaparate en el que se manifiestan diversas enfermedades sistémicas y trastornos cutáneos. Las lesiones orales generalmente producen alteraciones clínicas que son fácilmente detectables mediante el examen visual y la palpación. El diagnóstico correcto de estas lesiones constituye un requisito imprescindible para poder realizar un tratamiento adecuado y eficaz de las mismas.

El diagnóstico es un proceso secuencial, paso a paso, que se inicia con el reconocimiento de la lesión. La anamnesis y exploración clínica, meticulosas y detalladas, permitirán conocer un conjunto de signos y síntomas que pueden ser compatibles con las manifestaciones de diver-

sas enfermedades de la mucosa oral, estableciéndose varios posibles diagnósticos. El análisis de las características particulares de cada lesión facilitará el diagnóstico diferencial entre las mismas, reduciéndose la lista de posibles diagnósticos y pudiendo formularse un diagnóstico de presunción. Las pruebas complementarias (biopsia y estudio histopatológico, radiografías, pruebas de laboratorio, etc.) aportarán información adicional que conducirá al diagnóstico definitivo.

Sin embargo, el solapamiento entre las manifestaciones clínicas e histopatológicas de las distintas enfermedades y condiciones que afectan a la cavidad oral hacen de su diagnóstico correcto una tarea aparentemente difícil y desafiante. El conocimiento completo del rango de manifestaciones clínicas e histopatológicas de las distintas enfermedades orales es fundamental para poder realizar este diagnóstico.

La clasificación de las diferentes enfermedades orales, atendiendo a una serie de preguntas o cuestiones clave que nos orientarán en el diagnóstico, permitirá establecer diferentes categorías, reduciendo la lista de posibles diagnósticos. Estas claves diagnósticas constituyen una herramienta extremadamente útil para el clínico, facilitando considerablemente la formulación de diagnósticos diferenciales completos y precisos.

Entre estas preguntas o interrogantes diagnósticas que permitirán clasificar las distintas enfermedades orales cabe destacar:

– La duración del proceso. Se distingue entre cuadros agudos (con una duración inferior a 15 días) y crónicos (con duración superior a 15 días).

– El tipo de lesión. Es importante considerar:

- Por un lado, el tipo de lesión elemental con el que se manifiesta la enfermedad (vesículas, ampollas, úlceras, máculas, pápulas, placas, nódulos, etc.).

- Por el otro, la evolución de las lesiones, ya que, en numerosas ocasiones, lo que se observa en la cavidad oral son lesiones evolucionadas o

secundarias que provienen de lesiones primarias, como vesículas o ampollas, que rápidamente se rompen en la cavidad oral dejando úlceras o erosiones (lesión secundaria o evolucionada).

– El número de lesiones con la que se manifiesta la enfermedad. Existen procesos que se manifiestan con lesiones únicas, solitarias y cuadros que presentan múltiples lesiones.

– La localización de las lesiones. Hay cuadros que sólo tienen manifestaciones orales y otros

*La clasificación de las distintas enfermedades orales en diferentes grupos atendiendo a una serie de preguntas diagnósticas clave es una herramienta muy eficaz que facilita el diagnóstico diferencial.*

que, además de estas manifestaciones orales, presentan manifestaciones extraorales afectando a otras partes del organismo. En las manifestaciones orales también debe considerarse dónde se localizan las lesiones, bien en mucosa queratinizada (encía y paladar duro fundamentalmente) o bien en mucosa no queratinizada (mucosa yugal, paladar blando, lengua, vestíbulo).

– La forma y disposición de las lesiones. Se debe distinguir entre lesiones con forma regular, redondeada u ovalada (ej. aftas), lesiones con forma irregular (ej. úlcera neoplásica), lesiones pediculadas o lesiones con aspecto de coliflor (ej. papiloma), etc. La disposición de las mismas también es importante y, en ocasiones, muy orientativa hacia el diagnóstico. Así, se encuentran lesiones agrupadas (ej. herpes sim-



ple), con disposición lineal (ej. herpes zóster) o con disposición reticular (ej. liquen plano).

– La distribución de las lesiones. Pueden presentar una distribución unilateral, cuando afectan predominantemente a una mitad de la cavidad oral o del cuerpo (ej. herpes zóster); o bien, bilateral o simétrica cuando afectan a ambas mitades de forma similar (ej. liquen plano).

– El carácter recurrente. Este parámetro permite diferenciar perfectamente entre procesos que cursan con brotes o recidivas periódicas (ej. herpes recurrente) y aquellos que sólo se padecen una única vez (ej. herpangina). A su vez, dentro de los cuadros recidivantes, también es importante determinar: ¿Con qué frecuencia aparecen los brotes?, ¿Cuánto dura cada brote? y si los brotes ocurren en la misma localización.

– La etiología de la enfermedad. Básicamente, las enfermedades orales se pueden englobar en tres grandes grupos etiológicos:

- Etiología infecciosa, donde se incluyen todas aquellas enfermedades producidas por virus (ej. herpes simple), bacterias (ej. tuberculosis) y hongos (ej. candidiasis).

- Etiología inmunológica, donde están implicados diversos mecanismos inmunológicos (ej. aftas, pénfigos, liquen plano, etc.).

- Otras causas, donde se engloban lesiones de origen traumático, reactivo o tumoral, (ej. úlceras neoplásicas).

La úlcera oral es probablemente la lesión que con mayor frecuencia se observa en la cavidad oral. La primera consideración que debe realizarse es que, en ocasiones, estas úlceras no son la lesión inicial que presentaba el cuadro, sino que constituyen una lesión evolucionada a partir de lesiones de contenido líquido (vesículas o

	<b>HERPES SIMPLE RECURRENTE</b>	<b>HERPES ZÓSTER</b>	<b>HERPANGINA</b>	<b>ENFERMEDAD MANO-PIE-BOCA</b>
Edad	Infancia, cualquiera	Anciano	Infancia	Infancia
Lesión	Vesícula → úlcera	Vesícula → úlcera	Vesícula → úlcera	Vesícula → úlcera
Localización lesiones orales	Labios (forma labial); mucosa queratinizada (forma intraoral)	Trayecto nervio afectado; distribución unilateral	Zona posterior mucosa oral	Zona anterior mucosa oral
Lesiones extraorales	Piel perilabial, nariz	Piel	---	Manos, pies
Carácter recurrente	Sí	Sí	No	No

Tabla 1.- Características clínicas diferenciales de las infecciones virales.

ampollas) que, en la cavidad oral, rápidamente se rompen y dejan úlceras o erosiones. Por tanto, cuando se observa una úlcera en la cavidad oral, ésta puede ser debida a una enfermedad vesicular, ampollosa, o bien, inicialmente ulcerativa.

Un amplio espectro de enfermedades se manifiestan con úlceras orales. Pueden ser debidas a la acción de agentes externos (ej. úlceras reactivas); agentes infecciosos (ej. herpes simple); desórdenes inmunológicos (ej. aftas, liquen plano); alteraciones del desarrollo (ej. epidermolisis ampollosa); enfermedades hematológicas (ej. anemias, leucemias) o neoplasias (ej. úlcera neoplásica).

	<b>AFTAS</b>	<b>PRIMOINFECCIÓN HERPÉTICA</b>	<b>HERPES SIMPLE RECURRENTE</b>
Afectación general	No	Fiebre, malestar general	No
Lesión	Úlcera	Vesícula → úlcera	Vesícula → úlcera
Disposición lesiones	Aisladas	Múltiples	Agrupadas
Localización lesiones	Mucosa no queratinizada	Toda la mucosa (encías)	Mucosa queratinizada
Duración brote	Variable	---	Constante
Frecuencia recurrencias	Variable	---	Constante
Zona de recidiva	Sin preferencia	---	Misma localización

Tabla 2.- Características clínicas diferenciales entre las aftas y las infecciones herpéticas.

#### LESIONES POR AGENTES EXTERNOS.

Pueden tener un origen mecánico, físico o químico y se relacionan con múltiples causas: impacto traumático de objetos en la cavidad oral; cepillado dental intenso; mordeduras; dientes malposicionados, fracturados o con restauraciones defectuosas; prótesis dentales desajustadas; causa iatrogénica por nuestra acción propia en el tratamiento odontológico; contacto directo de fármacos con la mucosa oral; secundarias a los tratamientos antineoplásicos con radioterapia y/o quimioterapia o reacciones adversas a fármacos. Estas úlceras reactivas presentan una serie de características: suelen ser dolorosas, poco profundas, con un fondo limpio, bordes no elevados y una consistencia blanda a la palpación. El dato fundamental que nos orienta hacia su diagnóstico es que se puede constatar la existencia de una relación causa-efecto evidente. Ante una lesión de este tipo, se elimina la posible causa y se revisa la lesión a los 15 días; si ésta no ha desaparecido se debe hacer biopsia y estudio anatomopatológico.

#### LESIONES ORALES DE ORIGEN INFECCIOSO

Destacan las infecciones virales, sobre todo por el virus del herpes simple (VHS), el virus varicela-zóster (VVZ) y las provocadas por virus de la familia Coxsackie, fundamentalmente la herpangina y la enfermedad mano-pie-boca. Todas estas enfermedades se manifiestan con vesículas que, en la cavidad oral,



	<b>ERITEMA MULTIFORME</b>	<b>LIQUEN PLANO EROSIVO</b>	<b>PENFIGOIDES</b>
Edad	Adulto-joven	Adulto	Adulto-anciano
Sexo	Varón	Mujer	Mujer
Evolución	Aguda	Crónica	Crónica
Lesiones orales	Frecuentes	Sí	Frecuentes
Lesiones otras mucosas	Sí	A veces	Sí
Lesiones cutáneas	Lesiones en diana	Pápulas diagonales	Ampollas

Tabla 3.- Características clínicas diferenciales de los cuadros de origen inmunológico.

rápidamente se rompen dejando úlceras. Las infecciones por el virus del herpes simple son especialmente frecuentes, sobre todo la forma labial recurrente. Tras el contagio por el VHS se produce la infección primaria o primoinfección que, en la mayoría de los casos, cursa de forma subclínica o asintomática y sólo en un pequeño porcentaje (aproximadamente 5% de los casos) se desarrolla la forma sintomática denominada gingivoesomatitis herpética primaria. Este cuadro se caracteriza por afectación general y aparición de lesiones en toda la mucosa oral, tanto queratinizada (enciás y paladar duro) como no queratinizada. Tras la resolución del proceso, el virus se queda almacenado a nivel del ganglio trigémino en estado de latencia. Por la acción de diversos factores desencadenantes el virus puede reactivarse y producir la infección secundaria o recurrente que puede manifestarse de dos formas: una forma labial, la más frecuente; y una forma intraoral, más rara, con lesiones en mucosa queratinizada (paladar duro). Tras la curación, el virus vuelve a quedarse almacenado en estado de latencia para, posteriormente, poder reactivarse y originar nuevos brotes recurrentes. El ciclo de infección del VVZ es muy similar al del VHS. Tras el contagio por el VVZ se produce la varicela, que constituye la infección primaria o primoinfección. Tras la curación, el virus se queda almacenado en estado de latencia a nivel trigeminal para poder reactivarse y producir el herpes zóster, que es la infección secundaria o recurrente. Tras la curación, el virus vuelve a quedarse almacenado en estado de latencia

preparado para reactivarse y causar nuevos brotes recurrentes de herpes zóster. Los principales rasgos clínicos que permiten establecer el diagnóstico diferencial entre estos procesos se muestran en la tabla 1.

#### **LESIONES ORALES POR DESÓRDENES INMUNOLÓGICOS**

La estomatitis aftosa recurrente (aftas), es posiblemente la enfermedad de la mucosa oral más frecuente después de la gingivitis. Las aftas afectan aproximadamente a un 20% de la población general. Clásicamente se distinguen 3 formas clínicas principales: aftas menores (las más frecuentes), aftas mayores y úlceras herpetiformes (por la gran similitud clínica de estas lesiones con las lesiones observadas en la infección por el virus del herpes simple; sin embargo, son procesos totalmente diferentes). Las características clínicas que permiten hacer

	<b>ÚLCERA NEOPLÁSICA</b>	<b>AFTAS MAYORES</b>
Edad	Adulto-anciano	Cualquiera
Hª clínica	Hábitos nocivos (tabaco, alcohol)	Factores desencadenantes
Forma úlcera	Irregular	Oval, redondeada
Bordes úlcera	Evertidos	No evertidos
Fondo úlcera	Sucio	Amarillento
Consistencia	Indurada	Blanda
Síntomas	Indolora	Dolorosa

Tabla 4.- Características clínicas diferenciales entre úlcera neoplásica y afta mayor.

el diagnóstico diferencial entre estos cuadros se presentan en la tabla 2.

El eritema multiforme es un cuadro de inicio súbito y clínica muy explosiva en el que pueden observarse las patognomónicas "lesiones en diana", características de esta enfermedad.

El liquen plano erosivo es una enfermedad mucocutánea crónica caracterizada por lesiones erosivas orales dolorosas.

Los penfigoides, sobre todo las formas clínicas mucomembranosa oral y cicatricial son cuadros crónicos que se caracterizan por la aparición de ampollas en la piel y las mucosas, incluyendo la mucosa oral.

Los principales rasgos clínicos que permiten establecer el diagnóstico diferencial entre estos cuadros se muestran en la tabla 3.

#### **ÚLCERA ORAL DE ORIGEN NEOPLÁSICO**

Muchos tumores de la cavidad oral se manifiestan en forma de úlcera. La úlcera neoplásica presenta una serie de características que permiten identificarla con relativa facilidad. Son úlceras crónicas, de larga evolución; con ninguna o escasa sintomatología, lo que hace que los pacientes aprendan a convivir con ellas y no les presten especial atención; con forma irregular y aspecto de cráter; sin tendencia a la cicatrización; con fondo no homogéneo, "sucio", de "mal aspecto"; con bordes elevados y con consistencia indurada, firme a la palpación, lo que algunos describen como "lesiones con cuerpo". El retraso en el diagnóstico de este tipo de lesiones, demora y complica su tratamiento y afecta críticamente a las posibilidades de supervivencia del paciente. En ocasiones, esta lesión podría plantear dudas diagnósticas con otras úlceras crónicas, como las aftas mayores. En la tabla 4 se muestran las características clínicas diferenciales entre ambos tipos de lesión. <