



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

Proyecto PAPIME clave PE200610

manual
e-book

Albiter Farfán Gabriela Alejandra
Jerónimo Montes José Antonio

ELEMENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO
ALTERACIONES
bucales



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
Proyecto PAPIME clave PE200610
Primera Edición 2013
ISBN 978-607-02-4775-0



El material que el lector tiene en sus manos ha sido posible gracias al Programa de Apoyo a Proyectos Institucionales para el Mejoramiento de la Enseñanza **PAPIME**, y forma parte del proyecto Institucional titulado **“Educación en Red, nativos digitales y aprendizaje inmersivo”**, proyecto clave PE200610.

Será utilizado en los procesos de formación de alumnos y docentes para **promover las actividades de aprendizaje en los entornos presenciales y virtuales (e-actividades)** con el propósito de incidir en la vasta problemática educativa y mejorar así los procesos de enseñanza y aprendizaje en los estudios universitarios, particularmente con **estrategias didácticas como el juego de roles, el aprendizaje basado en problemas (ABP) y el estudio de casos**, según se muestra en las siguientes imágenes al realizar actividades educativas en un entorno virtual 3D llamado mundo virtual (e-actividades):



Autores:

Albiter Farfán Gabriela Alejandra

Cirujano Dentista. FES- Zaragoza. UNAM

Especialista en el área de Patología y Medicina Bucal. UAM-Xochimilco.

Diplomada en Docencia Universitaria y Formación Pedagógica. FES-Zaragoza. UNAM.

Profesora de Asignatura de la carrera de Cirujano Dentista. FES-Zaragoza. UNAM.

Jerónimo Montes José Antonio

Cirujano Dentista.

Maestro en Enseñanza Superior.

Doctor en Pedagogía.

Profesor de Tiempo completo de la carrera de Cirujano Dentista. FES- Zaragoza. UNAM.

Agradecimientos:

Agradecimiento especial a:

Karina Lizbeth Yáñez Barraza (Maestra en Patología y medicina Bucal) por su colaboración en la revisión de este manual.

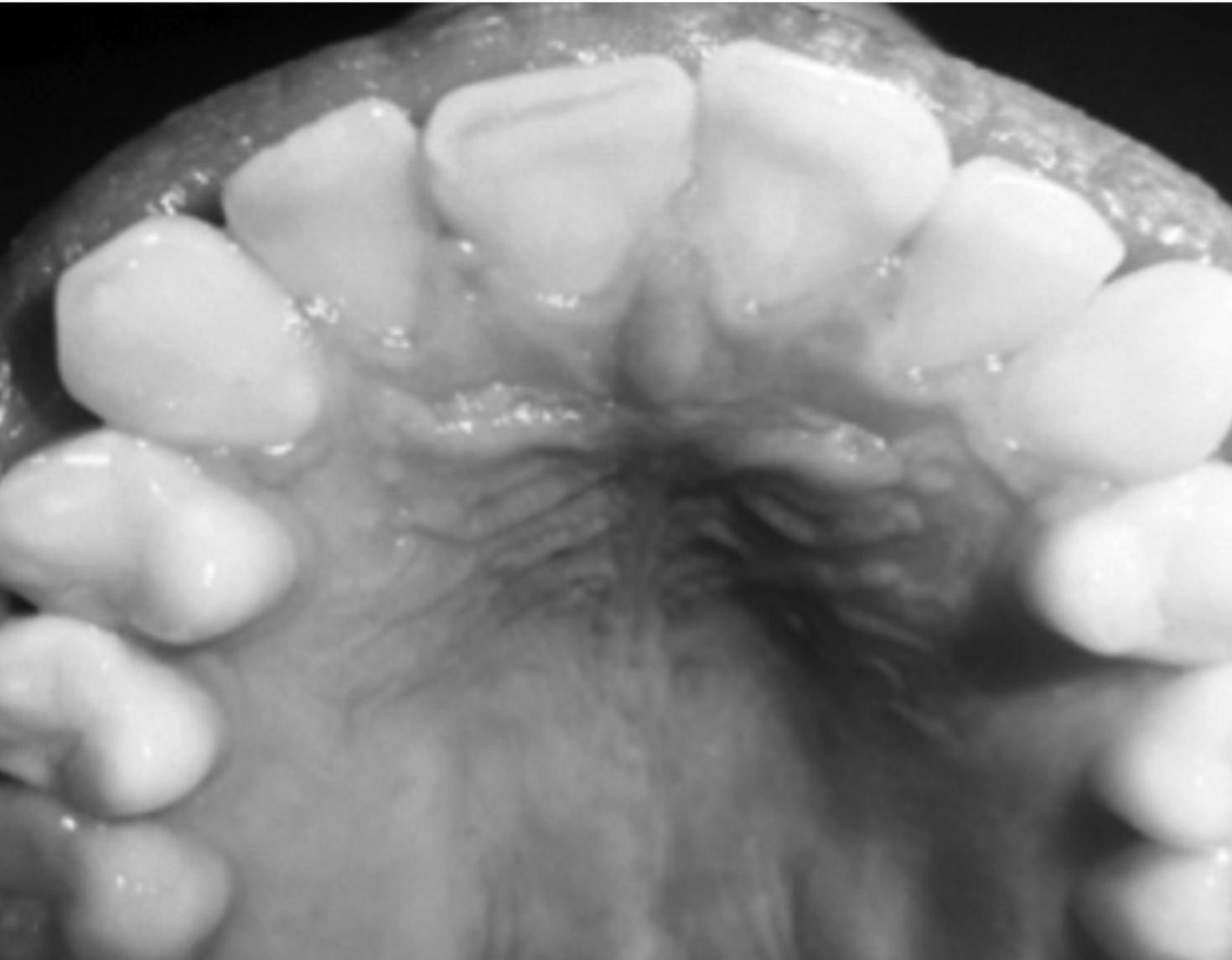
Víctor Castro Casarrubias (Maestro en Literatura Iberoamericana) por la revisión de este manual.

Teresa Hernández Arana (Esp. en Patología y Medicina Bucal) por su colaboración con material fotográfico y revisión de este manual

> Contenido

1	Introducción	5
2	Semiología	8
3	Diagnóstico	10
4	Historia clínica	13
5	Exploración (Extraoral e Intraoral)	16
6	Parámetros para la descripción de lesiones en cavidad bucal	
	6.1 Lesiones en cavidad bucal	24
7	Lesiones elementales	27
	7.1 Lesiones elementales primarias	28
	7.2 Lesiones elementales secundarias	31
8	Auxiliares de diagnóstico	33
	8.1 Biopsia	34
	8.2 Citología exfoliativa	44
	8.3 Imagenología	45
9	Conclusión	49
10	Bibliografía consultada y recomendada	52
11	Casos clínicos	57

➤ INTRODUCCIÓN



1

> 1. Introducción

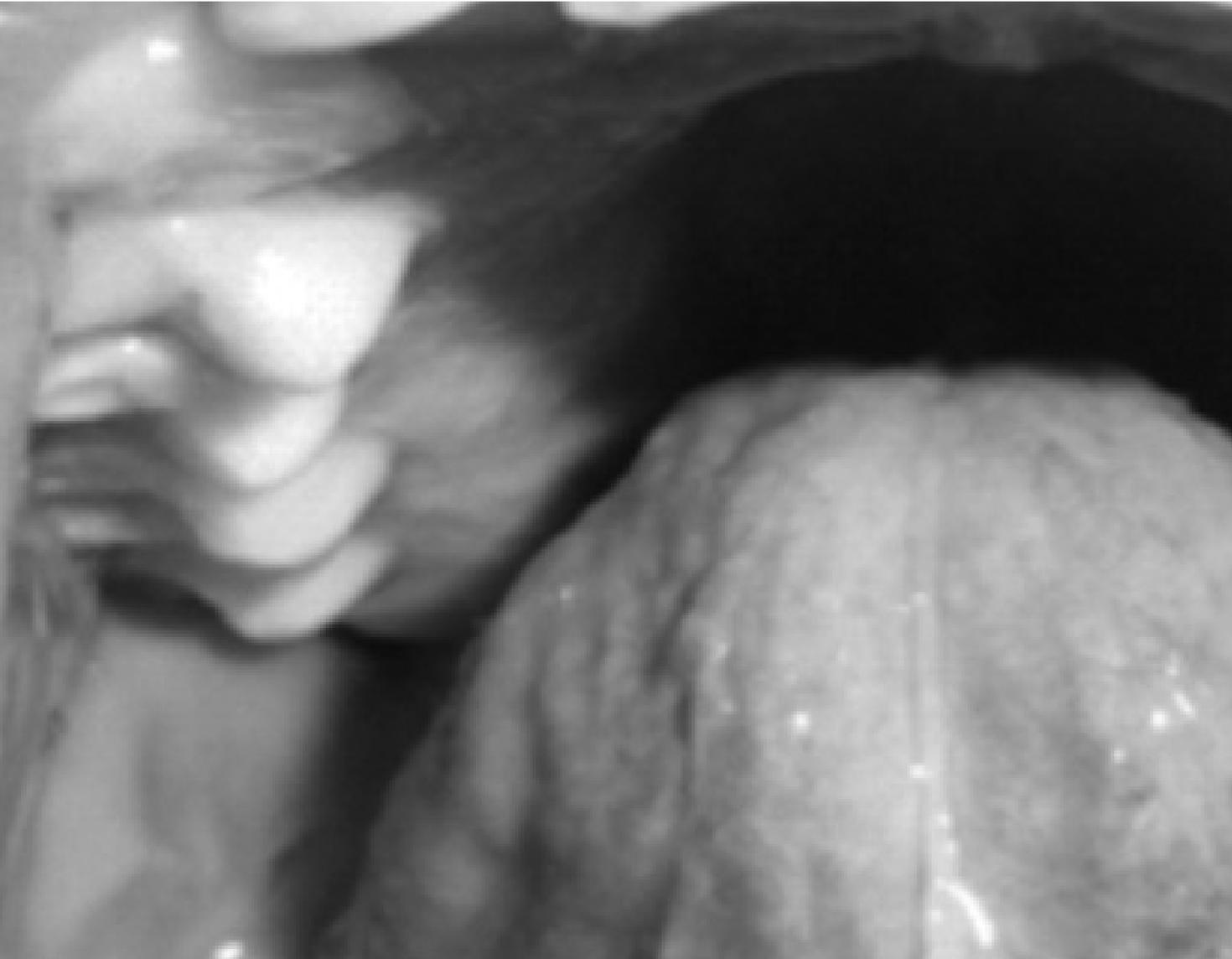
La cavidad bucal, es uno de los sitios de la región maxilofacial en la que con gran frecuencia pueden observarse lesiones que se presentan como manifestación de enfermedades sistémicas o bien ser causadas por factores locales y congénitos. Por lo tanto, en este documento se realiza una recopilación de información sobre los elementos y parámetros descriptivos que se requiere tomar en cuenta al realizar la identificación y descripción de aquellas lesiones de carácter benigno o maligno, que se presentan frecuentemente en ésta región anatómica.

Por otra parte, no podemos dejar de lado la gran importancia que tienen los auxiliares de diagnóstico que son de mayor utilidad para los profesionales de la salud estomatológica, cirugía maxilofacial, patología y medicina bucal, como es el caso de los estudios de imagen, biopsia, citología exfoliativa y exámenes de laboratorio con el objetivo de realizar de forma certera el diagnóstico definitivo, además de implementar de manera oportuna la terapéutica necesaria dirigida a la resolución de dichas alteraciones.

El objetivo del manual es su aplicación en los procesos de formación de alumnos que cursan y docentes que imparten el módulo de alteraciones bucales, por medio de actividades didácticas de aprendizaje en los entornos presenciales y virtuales. Se tendrá como base, la presentación de casos clínicos (ejemplos mostrados al final del documento) con los cuales se tiene por objeto desarrollar la capacidad del estudiante para aplicar las herramientas proporcionadas en éste manual en la descripción y facilitar así el diagnóstico de alteraciones bucales.

Es importante tener claros algunos conceptos que nos competen a los profesionales de la salud antes de adentrarnos en los tipos de lesiones que podemos encontrar en cavidad bucal, por lo que comenzaremos por definir lo que son: semiotecnia, signo, síntoma, diagnóstico e historia clínica. Posteriormente nos enfocaremos a la exploración física intraoral, parámetros para la descripción, lesiones elementales y auxiliares de diagnóstico (que son de mayor relevancia de acuerdo con nuestro objetivo)

➤ SEMIOLOGÍA



2

> 2. Semiología

Semiología: Es la ciencia que estudia los signos y síntomas de las enfermedades.

- **Signo:** Es la manifestación observable o medible por el profesional de la salud a la hora de la exploración. Ejemplos: bradicardia, hipertensión, glositis, hepatomegalia, etc.
- **Síntoma:** Se refiere a la percepción del paciente del conjunto de fenómenos que ocurren en el proceso patológico que no pueden ser medidos (subjetivos). Ejemplos de estos son el dolor, la inapetencia, fatiga, etc.
- **Síndrome:** Es el conjunto de signos y síntomas que reconocen una base fisiopatológica común.

Denominamos semiotecnia a la técnica o metodología empleada para recabar los datos aportados por la semiología.

➤ DIAGNÓSTICO



3

> 3. Diagnóstico

El diagnóstico es la base del pronóstico y del tratamiento. Diagnosticar significa determinar el tipo de patología del paciente a partir del entendido de saber reconocer y diferenciar.

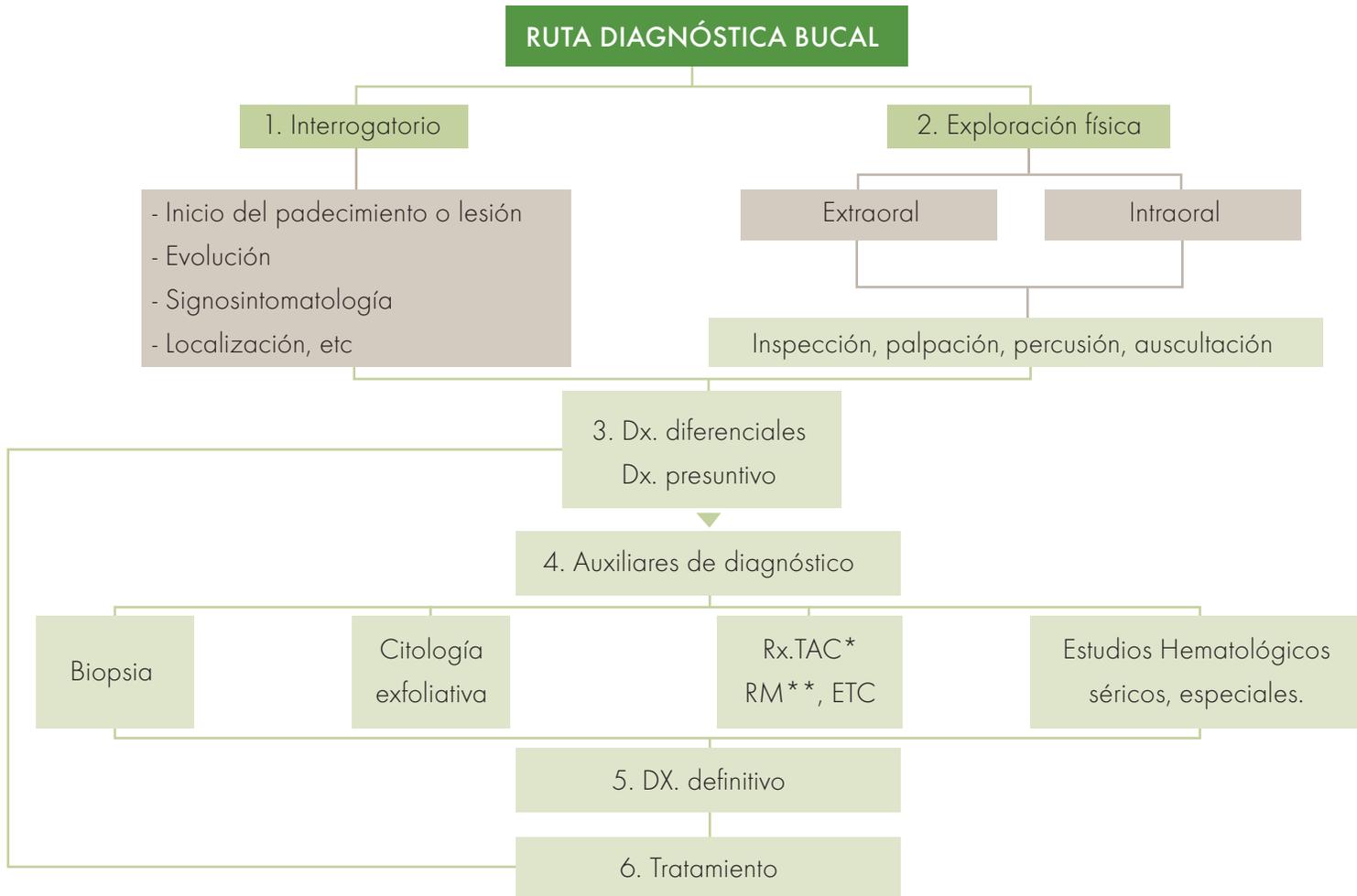
Existen diferentes tipos de diagnóstico:

- **Diagnóstico clínico:** Se refiere al reconocimiento de una enfermedad mediante la evaluación de los signos y síntomas que la conforman sin la utilización de métodos auxiliares o complementarios.
- **Diagnóstico etiológico:** Señala las causas de la enfermedad.
- **Diagnóstico fisiopatológico:** Indica las alteraciones funcionales que han ocasionado y mantienen la enfermedad.
- **Diagnóstico diferencial:** Conocimiento que se obtiene después de la evaluación crítica comparativa de sus manifestaciones más comunes con las de otras enfermedades.
- **Diagnóstico presuntivo:** Es aquel diagnóstico que el profesional considera posible basándose en los datos obtenidos en la anamnesis y el examen físico.
- **Diagnóstico definitivo:** Diagnóstico confirmado a través de la interpretación y análisis de métodos complementarios.

Para la realización de un diagnóstico y tratamiento adecuado, se debe realizar una apropiada **exploración física extraoral e intraoral**, la cual debe ser reportada en la **historia clínica**.

> 3. Diagnóstico

En el siguiente cuadro se puede apreciar una ruta para llegar al diagnóstico de lesiones bucales:



*Tomografía axial computarizada

**Resonancia magnética

> HISTORIA
clínica



4

> 4. Historia clínica

La historia clínica es un documento ético-legal que contiene una narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de los datos tanto personales como familiares, relativos al enfermo, mismos que sirven como base para el conocimiento de la enfermedad actual. Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, antecedentes heredo familiares, personales patológicos (incluido ex-fumador, ex-alcohólico y ex-adicto) y no patológicos, padecimiento actual, interrogatorio por aparatos y sistemas así como el consentimiento informado, el cual es fundamental antes de realizar cualquier procedimiento.

La historia clínica está compuesta por dos partes fundamentales (anamnesis y exploración física) para obtener la información y los datos que nos guiarán al diagnóstico, pero también podemos apoyarnos en los auxiliares para corroborarlo.

- **Anamnesis:** Es la información o datos obtenidos durante el interrogatorio ya sea de manera directa o indirecta. Durante este, es importante recabar con minucioso cuidado las características del dolor (en caso de haberlo) o lesión, su aparición, evolución, así como la zona topográfica en la que aparece.
- **Exploración física extraoral e intraoral:** Comprende la observación ordenada y metódica de las características del paciente, tanto constitucionales como dinámicas.
 - o Métodos clínicos directos: Incluyen técnicas de exploración física como son:
 - Inspección: Nos facilita la visión de forma, localización, color y tamaño de la lesión. En la inspección bucal podemos utilizar espejos intraorales y gasas para retracción de tejidos.
 - Palpación: En caso de presencia de lesiones bucales, permitirá verificar la consistencia, sensibilidad, extensión (en caso de encontrarse en planos profundos) y bordes de lesión (indurados, delimitados, no delimitados, etc.). Este método es muy útil para detectar el aumento de volumen de ganglios linfáticos y se puede realizar de manera bimanual, monomanual y digital.

> 4. Historia clínica

- Percusión: Consiste en golpear metódicamente la región a explorar. Intraoralmente permitirá evaluar la presencia y localización de dolor dental.
 - Diascopia: Se observa la mucosa a través de un cristal realizando ligera presión con el fin de ver si desaparece la coloración. Se emplea para diferenciar una lesión vascular (en la cual desaparece) de una lesión pigmentada (no desaparece).
 - Auscultación: Es la interpretación de los sonidos audibles producidos por el organismo. En odontología la empleamos casi exclusivamente para la identificación de sonidos emitidos por la articulación temporomandibular (ATM), generalmente con la ayuda de un estetoscopio.
-
- **Métodos auxiliares de diagnóstico:** Incluye exámenes de laboratorio, radiografías, tomografía, biopsia, citología exfoliativa, etc.

➤ EXPLORACIÓN



5

> 5. Exploración

5.1 EXTRAORAL

La exploración física, es un procedimiento sencillo que se realiza con la ayuda de técnicas de inspección, palpación, percusión y auscultación, la cual puede proporcionar información muy útil respecto a la salud del paciente. Esta se debe realizar de forma sistemática, planeada y ordenada en cada consulta, de esta manera es difícil que el operador suprima de modo consciente algún área.

- **Cara**

Se deben buscar asimetrías, edema, variaciones de color (lunares, manchas de la edad, lentigos, hipopigmentaciones), fibrosis, aumentos de volumen, ulceraciones, etc.

- **Ganglios linfáticos submentonianos, submandibulares y cervicales**

Los ganglios linfáticos son concentraciones de tejido linfoide de formas y tamaños variables usualmente descritos “con forma de frijol” que se encuentran a lo largo de los vasos linfáticos; sin alteración, son imperceptibles a la palpación; por tanto, el objetivo es identificar si estos se encuentran aumentados de volumen, lo cual nos puede indicar un proceso infeccioso (viral o bacteriano) o neoplásico (ejemplo: linfomas). Se deben evaluar íntegramente con la finalidad de diferenciar ambos procesos, dicha evaluación debe incluir la consistencia, forma, bordes, extensión a planos profundos y dolor; además, deben correlacionarse con la información clínica obtenida durante el interrogatorio. Fig.1

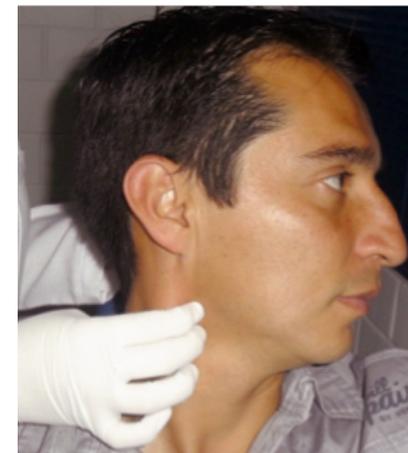


Fig.1
Exploración
de ganglios
linfáticos
cervicales

> 5. Exploración

- **Glándulas salivales**

Se debe evaluar la forma, tonicidad y tamaño, así como la presencia de dolor en las glándulas mayores (parótidas, submandibulares y sublinguales), eritema en la piel subyacente a estas o salida de líquido purulento al realizar el ordeñamiento de las mismas para descartar algún proceso infeccioso. Así mismo, debe identificarse si existe aumento de volumen debido a procesos neoplásicos tanto benignos como malignos. El flujo salival también debe ser evaluado (cantidad y consistencia). Fig. 2

- **Glándula tiroides**

El aumento de volumen de esta, se puede detectar por medio de la inspección y palpación (realizarla al momento que el paciente deglute) .Fig. 3

- **ATM (Articulación Temporo-Mandibular)**

Respecto a esta, se debe identificar la presencia de chasquido, crepitación, desviación mandibular a la apertura y cierre, dolor, etc.



Fig.2
Palpación
de glándulas
parótidas



Fig.3
Exploración
de glándula
tiroides

> 5. Exploración

- **Bordes bermellones**

En primer lugar se examina la piel con la boca cerrada. Por medio de la observación y la exploración digital, se examinará el tamaño, textura, consistencia, forma y color de labios, la cual variará de acuerdo con las características de la piel del sujeto examinado, generalmente son plegados y suaves. Así mismo, se debe evaluar la integridad de las comisuras bucales y la delimitación de la unión de la piel con el borde bermellón. En este sitio podemos encontrar tanto condiciones no patológicas (gránulos de fordyce) como patológicas (herpes labial, queilitis, condiciones granulomatosas, cáncer, etc.).Fig. 4

5.1 EXPLORACIÓN INTRAORAL

La exploración cuidadosa de la cavidad bucal es una herramienta útil para la identificación y diagnóstico de alteraciones causadas por factores locales, sistémicos y congénitos así como de variantes de la normalidad. Se deberá explorar la boca del paciente con adecuada iluminación, utilizar cubre bocas, guantes de látex desechables, espejo plano o abatelenguas y gasas. Realizaremos la exploración de una manera detallada y ordenada.



Fig.4
Bordes
bermellones

> 5. Exploración

- **Mucosa vestibular, labial y yugal**

La exploración sistemática de la mucosa bucal se realiza siguiendo un trayecto en forma de óvalo. Se inicia de la región posterior superior de lado derecho desde el fondo de saco, a la comisura labial invirtiendo la mucosa del labio superior para su visualización, dirigiéndose a la mucosa del lado izquierdo, hacia arriba para explorar la mucosa del labio superior e invirtiéndola, hasta concluir en la mucosa posterior inferior de lado derecho.

También se debe realizar la exploración digital para la detección de aumentos de volumen que no sean evidentes (nódulos). Esta mucosa es lisa, rosada y es frecuente encontrar condiciones no patológicas como: línea alba oclusal, gránulos de fordyce, leucoedema y condiciones patológicas como: liquen plano, aftas, mucocele, etc. Fig. 5,6 y 7.

- **Encía**

La examinación de la encía se llevará a cabo con la boca parcialmente cerrada; con los dedos se elevará la mucosa labial (primero superior, después inferior), para visualizar cuidadosamente desde la región anterior a la posterior. El color de la encía adherida adyacente a los dientes es rosa pálido y la consistencia es firme. Las papilas interdentes y la encía libre tienen un color más intenso que la encía insertada. En esta zona podemos identificar condiciones como pigmentación fisiológica, enfermedad periodontal, lesiones herpéticas, exostosis, cáncer, fistulas, etc. Fig. 8



Fig.5
Mucosa labial inferior



Fig.6
Mucosa vestibular derecha



Fig.7
Mucosa vestibular izquierda

> 5. Exploración

- **Lengua**

La lengua está conformada por el cuerpo (2/3 anteriores) y la raíz (1/3 posterior) separados por una V lingual conformada por 6 a 8 papilas circunvaladas. La lengua comprende superficie dorsal, bordes laterales y vientre. El dorso (fig.9) está cubierto por numerosas papilas filiformes y fungiformes, es de color rosado y blanquecino por la queratina de dichas papilas. Los bordes (fig.10 y 11) son levemente corrugados y presentan las papilas foliadas, estas últimas corresponden a tejido linfoide y forman parte del anillo de Waldeyer, están localizadas en la zona postero-lateral.

El vientre está unido al piso de la boca por el frenillo lingual el cual presenta a ambos lados la salida de los conductos excretores de las glándulas salivales submandibulares. La mucosa del vientre de la lengua es delgada y no queratinizada, por tanto se puede apreciar la red venosa superficial con facilidad.

Para realizar la exploración de la lengua se le solicitará al paciente que la extienda hacia afuera tratando de tocar su barbilla, posteriormente le pediremos moverla hacia los lados para examinar los bordes, finalmente con la ayuda de un abatelenguas o el espejo plano se deprime ligeramente para observar la zona más posterior. Para explorar el vientre (fig.12) se solicitará al paciente que trate de tocar con la punta de la lengua el paladar duro. En lengua, podemos encontrar diversas manifestaciones de enfermedades sistémicas, locales, y variantes de la normalidad,



Fig.8
Encía
vestibular
superior

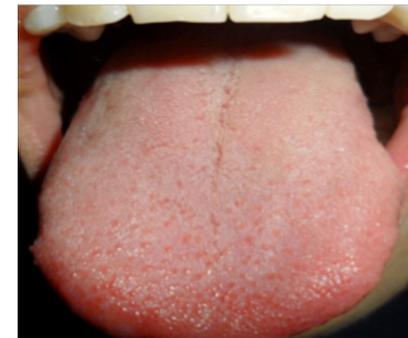


Fig.9
Superficie
dorsal de
lengua



Fig.10
Borde lateral
derecho

> 5. Exploración

entre ellas: lengua fisurada, candidiasis eritematosa, pseudomembranosa, pigmentación, varices sublinguales; y en piso de boca podemos encontrar: ránula, lesiones premalignas, etc. Es muy importante la exploración de la lengua, ya que apenas hay enfermedad que no influya sobre ésta.

- **Piso de boca**

El piso de la boca tiene forma de herradura y se extiende desde el vientre de la lengua a la encía anterior y lateral del proceso mandibular inferior. La mucosa de éste sitio es muy delgada y vascularizada, reviste a los músculos milohioideo y geniogloso. Se explora digitalmente (dedo índice) deslizando del lado derecho al izquierdo, tratando de identificar si existe algún aumento de volumen u otra alteración. Fig.12

- **Paladar**

El paladar se examinará por medio de observación directa, revisando sus dos partes anatómicas: paladar duro y blando. El color del paladar duro es rosa pálido (fig.13), la mucosa es firme y queratinizada, se examinará su integridad, cambios de color, úlceras o aumentos de volumen (torus palatino, hiperplasias, neoplasias), etc.



Fig.11
Borde lateral izquierdo

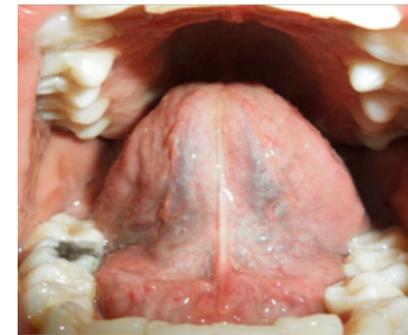


Fig.12
Vientre lingual y piso de boca



Fig.13
Paladar duro

> 5. Exploración

La mucosa del paladar blando es de color rojizo y es muy elástica. Para la exploración de esta región anatómica, se deprime la lengua con un espejo o abatelen-guas. En esta zona, se pueden observar patologías como: úlceras recurrentes mayores y neoplasias (benignas o malignas) de glándulas salivales entre otras. Fig.14

- **Orofaringe**

La orofaringe incluye el paladar blando en la parte posterior de la boca, la parte de la garganta detrás de la boca, las amígdalas y la base de la lengua. Debemos identificar aumentos de volumen, escurrimientos, ulceración y cambios de color. Aquí podemos encontrar manifestaciones de procesos inflamatorios, infecciosos o neoplásicos. Fig.15



Fig.14
Mucosa
de paladar
blando



Fig.15
Orofaringe

> PARÁMETROS
para la descripción de
lesiones en cavidad bucal



6

> 6. Parámetros para la descripción de lesiones en cavidad bucal

Para poder realizar la descripción de alguna lesión presente en la cavidad bucal, se recomienda considerar ciertos parámetros así como identificar el tipo de lesión elemental al que pertenece y su localización anatómica.

Parámetros para la descripción

FORMA	TIPO	CONSISTENCIA	SUPERFICIE	BASE	BORDES	SÍNTOMAS	COLOR
Circular	Única	Blanda	Lisa	Sésil	Bien definidos	Dolor	Café
Esferoidal	Múltiple	Firme	Rugosa	Pediculada	Mal definidos	Prurito	Blanquecino
Ovalada	Primaria	Fluctuante	Verrucosa		Regulares	Parestesia	Negro
	Secundaria	Resilente	Granular		Irregulares	Ardor	Violáceo
Irregular		Misma del tejido adyacente	Lobulada		indurados		Grisáceo
		Dura					Azulado

Para la descripción se debe considerar:

Apariencia principal: Describir el aspecto predominante de la alteración, de preferencia con el nombre de la lesión elemental (mismas que están descritas más adelante), en caso de no darse esta condición, se recomienda utilizar un término descriptivo como: aumento de volumen, asimetría, zona eritematosa, depresión, etc.

> 6. Parámetros para la descripción de lesiones en cavidad bucal

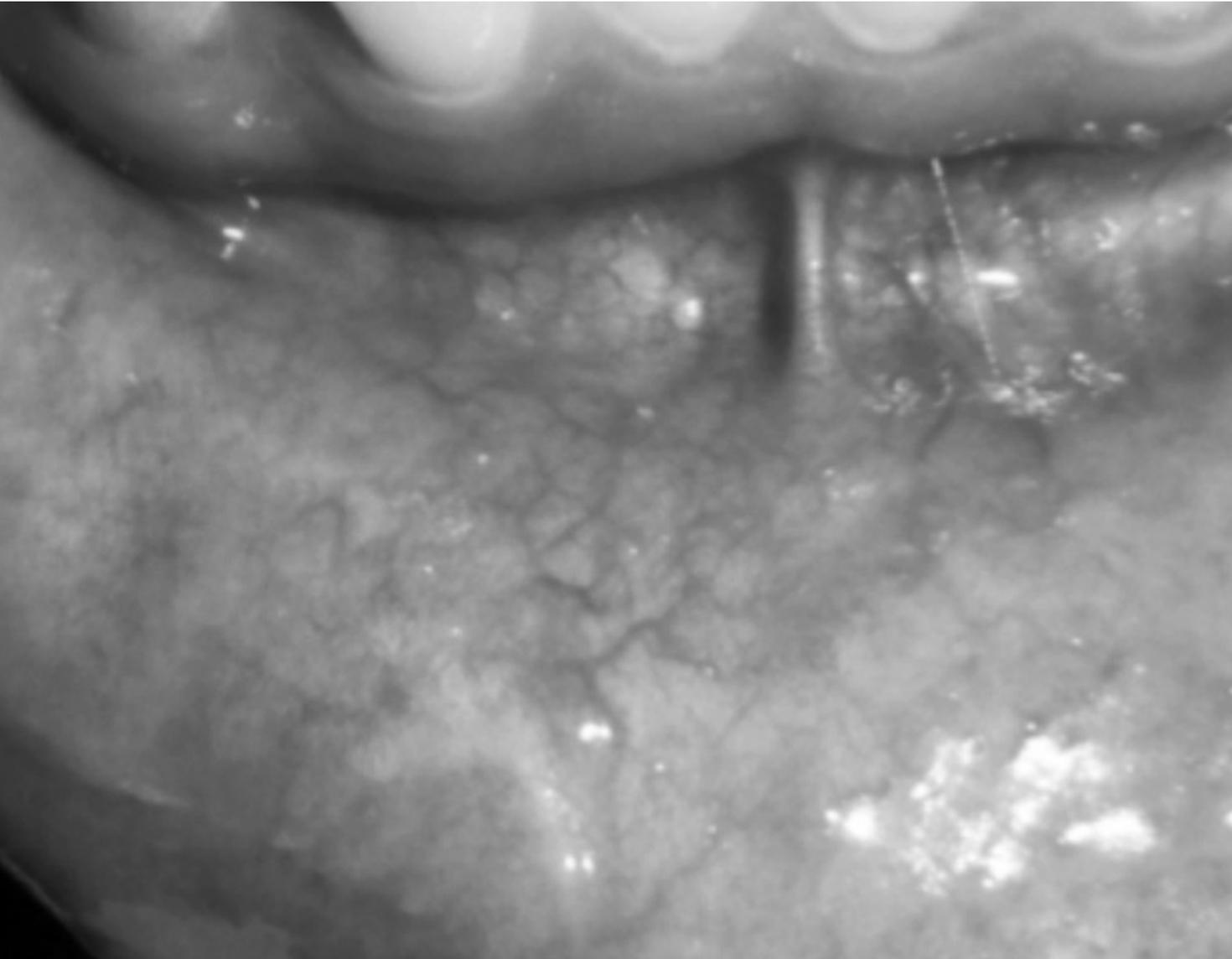
Ejemplo de descripción: Fig. 16

Lesión elemental:	Nódulo
Tipo:	Único
Forma:	Ovoide
Consistencia:	Blanda
Superficie:	Lisa
Bordes:	Mal definidos
Síntomas:	Asintomático
Color:	Azul-grisáceo



Fig.16
Nódulo

> LESIONES
elementales



7

> 7. Lesiones elementales

Las lesiones elementales son términos utilizados para describir el aspecto clínico de las lesiones tanto de piel como de mucosas. Estas se dividen en dos grupos: primarias y secundarias, estas últimas son resultantes de las modificaciones de las primarias en su curso evolutivo.

7.1 LESIONES ELEMENTALES PRIMARIAS

Mácula ó mancha

Área circunscrita con cambio de color sin elevación, depresión ni variación en el espesor o la consistencia, por lo cual no son apreciables a la palpación. Algunos ejemplos de estos son tatuajes por amalgama, pigmentación melánica, áreas de hemorragia, etc. Fig.17

Pápula

Lesión sólida elevada, cupuliforme o plana que mide igual o menos de 5 mm de diámetro, su color va de ser similar a la mucosa adyacente hasta blanco nacarado o rojo violáceo. Puede ser única o múltiples las cuales coalescen para formar una placa. Son frecuentes en enfermedades como liquen plano, hiperplasia epitelial multifocal, etc. Fig.18

Placa

Elevación de la superficie mucosa, generalmente bien definida mayor a 5 mm de diámetro, con bordes bien o mal circunscritos y de superficie lisa, rugosa o verrugosa. Fig.19.



Fig.17
Mácula (tatuaje por amalgama)

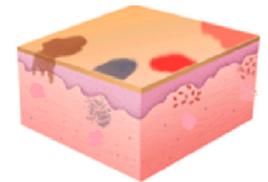


Fig.18
Pápulas (hiperplasia epitelial Multifocal (HEM))

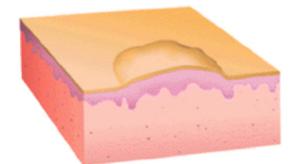
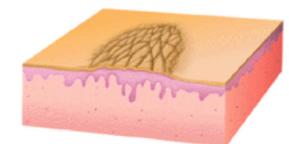


Fig.19
Placa (liquen plano reticular)



> 7. Lesiones elementales

Úlcera

Pérdida de la continuidad del epitelio de profundidad variable, con exposición del tejido conectivo subyacente. El fondo puede ser hemorrágico o estar cubierto por una membrana blanquecina, grisácea o amarillenta, los bordes son lisos y eritematosos o indurados, firmes y elevados. Las más frecuentes son las úlceras traumáticas, recurrentes y herpéticas. Fig.20

Tumor

Neoformación de tamaño, forma y consistencia variable, que tiende a persistir y crecer indefinidamente. Es palpable, circunscrito, elevado y constituido por proliferación celular. Puede ser de carácter benigno (ejemplo: lipomas) o maligno (ejemplo: carcinomas). Fig.21

Nódulo

Aumento de volumen bien localizado, proveniente de tejidos profundos, generalmente sólido, palpable, circunscrito, que suele medir desde .5mm hasta varios centímetros. Un ejemplo de este es: la malformación vascular. Fig. 22



Fig.20
Úlcera
herpética

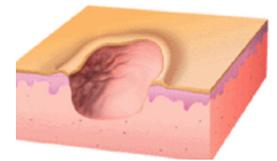
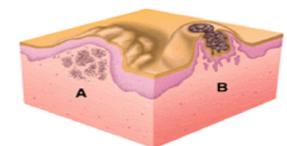


Fig.21
Tumor
(mioepitelioma)



Fig.22
Nódulo (malformación
vascular)



> 7. Lesiones elementales

Vesícula

Elevación circunscrita con contenido líquido menor de 5 mm de diámetro que pueden ser intraepiteliales (entre el epitelio), o subepiteliales (debajo de él). Un ejemplo clásico de estas son las causadas por el virus del herpes. Fig. 23.

Ampolla o bula

Es una elevación circunscrita con contenido seroso, mayor de 5 mm de diámetro que pueden ser intraepiteliales o subepiteliales. Puede formarse cuando coalescen varias vesículas. En el pénfigo y eritema multiforme se puede apreciar este tipo de lesiones. Fig.24

Pústula

Es una lesión elevada, circunscrita, causada por una acumulación de líquido purulento de consistencia blanda. Ejemplo de esta entidad es el absceso periapical. Fig. 25



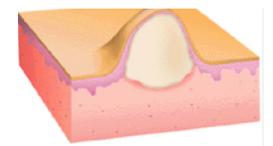
Fig.23
Vesículas
causadas por
un virus de
herpes



Fig.24
Ampolla



Fig.25
Pústula de origen dental



> 7. Lesiones elementales

7.2 LESIONES ELEMENTALES SECUNDARIAS

Escama

La escama son laminillas epidérmicas secas que se desprenden espontáneamente como resultado de una alteración en el proceso de queratinización. Las escamas aparecen como consecuencia de una lesión previa (queilitis). Fig. 26

Costra

Lesión sólida de consistencia variable, que se produce como consecuencia de la desecación de serosidad, pus o sangre mezclada con restos celulares que cubren transitoriamente lesiones erosivas o ulceradas. El color es variable de acuerdo al tipo de costra: serosa, serohemática o hemática. Fig. 27

Fisura o grieta

Solución de continuidad, sin pérdida de sustancia que se produce por clivaje de la mucosa o de la piel. Ejemplo: lengua fisurada y también pueden observarse en la queilitis por sobreinfección por *Cándida*. Fig.28



Fig.26
Escama en
queilitis

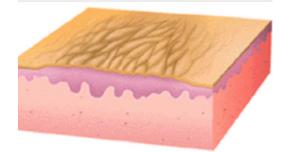


Fig.27
Costra

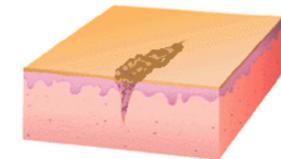


Fig.28
Fisuras



> 7. Lesiones elementales

Cicatriz

Tejido de neoformación (conectivo-epitelial) que repara la pérdida de continuidad debida a un proceso ulceroso o inflamatorio. Puede ser atrófica (blanda) o hipertrófica (consistente) y su color puede ir de rosada hasta hiperpigmentada. Fig. 29

Atrofia

Disminución del espesor, consistencia y elasticidad de la mucosa debido a la reducción en el número de las capas epiteliales; se presenta como zonas finas y eritematosas debido a que los vasos sanguíneos se tornan más superficiales. Fig. 30

Erosión

Es la pérdida de las capas superficiales del epitelio (no deja cicatriz). Se observa como una zona eritematosa. Fig. 31



Fig.29
Cicatriz

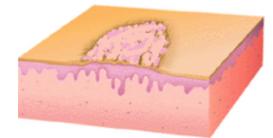


Fig.30
Atrofia

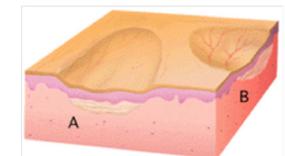
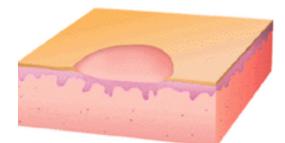


Fig.31
Erosión



> AUXILIARES
del diagnóstico



8

> 8. Auxiliares del diagnóstico

Los auxiliares de diagnóstico comprenden los distintos estudios complementarios que se utilizan para obtener información sobre el estado de salud del paciente. Entre ellos se incluyen análisis de laboratorio, radiografías, biopsia y citología exfoliativa, sin olvidar la importancia de otros auxiliares de utilidad.

8.1 BIOPSIA

Se define como el estudio del tejido removido de un ser vivo con fines de diagnóstico mediante el examen microscópico. Su propósito es determinar la naturaleza de la lesión, establecer un diagnóstico, pronóstico y poder formular tratamientos específicos. Además, su reporte constituye un documento con indudable valor médico-legal.

8.1.1 INDICACIONES:

1. En lesiones que plantean clínicamente más de una posibilidad diagnóstica.
2. En lesiones que no muestren tendencia a sanar al cabo de dos semanas.
3. En lesiones persistentes pese a tratamiento conservador.
4. En lesiones pigmentadas sospechosas de melanomas.
5. Aumentos tisulares sin causa aparente.
6. En lesiones blancas que clínicamente no correspondan a ninguna lesión conocida (leucoplasias).
7. En lesiones rojas de tipo atrófica sin causa aparente que clínicamente no correspondan a ninguna lesión conocida (eritroplasias).
8. Para corroborar el diagnóstico clínico de lesiones con causa evidente.
9. Para complementar o confirmar el diagnóstico de algunas enfermedades sistémicas que presenten daño tisular o depósito de sustancias en los tejidos bucales.
10. También es indicada en el caso de lesiones óseas acompañadas de dolor, alteraciones en la sensibilidad

> 8. Auxiliares del diagnóstico

y otros síntomas y en la aplicación a lesiones que muestran importantes cambios o expansión rápida como evidencia de sucesivas evaluaciones radiológicas.

8.1.2 Limitaciones:

1. Existencia de enfermedades de naturaleza local o sistémica (diabetes mellitus no controlada) que favorezcan el desarrollo de infecciones.
2. Presencia de lesiones o enfermedades con alto riesgo de hemorragia (malformaciones vasculares, hemofilia, etc.).
3. Proximidad de la lesión a estructuras vasculares, ductales, neurales o de localización en áreas de acceso difícil que requieren de una adecuada experiencia quirúrgica para poder tomar la muestra.
4. En lesiones tumorales localizadas en la línea media lingual, debido a la posibilidad de que se trate de una glándula tiroides ectópica.

8.1.3 Pasos previos a la biopsia:

Es importante asentar en la historia clínica una descripción detallada de la lesión que incluya localización, tamaño, forma, color, textura, consistencia, tiempo de evolución, así como signo-sintomatología asociada. Se consignarán igualmente datos concernientes a la exploración de los territorios ganglionares de cabeza y cuello.

Principios básicos:

- a) Elija la zona más sospechosa, evite descamaciones y áreas necróticas.

> 8. Auxiliares del diagnóstico

- b) No colocar anestesia en la lesión.
- c) Incluir margen de tejido sano.
- d) En caso necesario, pasar una sutura a través de la lesión para controlarla y prevenir que pueda ingerirse o aspirarse.
- e) En lesiones extensas se pueden necesitar muestras de varias áreas.
- f) Suture y controle cualquier sangrado posoperatorio.
- g) Nunca abrir, cortar o dividir la muestra. Enviarla siempre intacta.
- h) Advierta al paciente de las posibles molestias. Prescriba un analgésico.
- i) Verifique si hay coherencia entre los hallazgos clínicos y el diagnóstico.
- j) Trate con el patólogo o repita la biopsia si el diagnóstico no está claro o no es comprensible.
- k) Etiquetar el contenedor de la muestra con el nombre y datos clínicos.

8.1.4 ERRORES MÁS FRECUENTES QUE DEBEN SER EVITADOS EN LAS BIOPSIAS ORALES:

1. Presionar intempestivamente la biopsia con las pinzas, especialmente si son dentadas ya que pueden formarse artefactos en la muestra.
2. Infiltrar la solución anestésica dentro de la lesión.
3. Aplicar o pincelar productos en la superficie de la lesión que puede generar cambios tisulares.
4. Usar volumen insuficiente de fijador.
5. Incluir en la muestra material proveniente de restauraciones dentales, cálculo o polvo de los guantes quirúrgicos.
6. Tomar material no representativo o una cantidad insuficiente en extensión y en profundidad.

8.1.5 TÉCNICA PARA LA TOMA DE BIOPSIA CON EL USO DE BISTURÍ:

> 8. Auxiliares del diagnóstico

La técnica puede ser reducida a seis pasos:

1. Selección del área de la biopsia: Cuando las lesiones son menores de 2 cm, se debe llevar a cabo una biopsia excisional, mientras que la incisional debe ser realizada en las mayores de 2 cm. Si hay alguna duda del carácter maligno de la lesión, la tinción supravital con azul de toluidina puede ser de ayuda para seleccionar el área más representativa. El azul de toluidina es un tinte básico que se fija a los ácidos nucleicos y tiñe el contenido nuclear de las células malignas. En esos casos la muestra debe ser tomada de las zonas que se tiñen de azul intenso.

El azul de toluidina es usado en 3 pasos:

- a) Limpiar el área con ácido acético al 1% con la ayuda de una gasa
- b) Aplicar una solución de azul de toluidina al 1% por un minuto
- c) Limpiar nuevamente el área con ácido acético al 1%

2. Preparación del lecho quirúrgico: la desinfección de la zona puede realizarse con clorhexidina del .12 al .20%.
3. Anestesia de la zona: Un anestésico local con vasoconstrictor debe ser usado e infiltrado fuera de la lesión para evitar introducir artefactos en la muestra.
4. Se debe inmovilizar el sitio de toma de la muestra y se realizará una incisión limpia. La incisión debe ser de forma elíptica produciendo una cuña que incluya la lesión y bordes de tejido sano.
5. Manipulación del tejido: El espécimen debe ser manipulado gentilmente para evitar distorsión. Éste se colocará en un agente fijador, de los cuales el mejor es formol al 10% para conservar la arquitectura celular de los tejidos en un volumen que supere de 10 a 20 veces el de la muestra.

> 8. Auxiliares del diagnóstico

6. Sutura: debe lograr hemostasia, facilitar la curación y se retirará 6-8 días después. Se deben evitar materiales que produzcan daño térmico (electrobisturí y LASER) para proporcionar especímenes de alta calidad al patólogo.

8.1.6 Tipos de biopsia de la región oral y maxilofacial

- a) **Biopsia incisional:** Se indica en lesiones extensas (usualmente mayores de 2 cm) o múltiples en donde se obtiene únicamente una sección de tejido representativo de la lesión y de manera ideal debe contener además una parte de tejido aparentemente sano.
- b) **Biopsia excisional:** Esta se realiza en lesiones menores de 2 cm, la muestra incluye la totalidad de la lesión con márgenes y lecho suficientemente amplios. En lesiones superficiales difusas o en aquellas que son sugestivas de malignidad con invasión o diseminación extensa, se recomienda la biopsia incisional.

Fig.32

Biopsia excisional: Al momento que se obtiene el tejido para estudiar, se realiza la eliminación total de la lesión.



> 8. Auxiliares del diagnóstico

c) **Biopsia trans-operatoria** (por congelación): Se lleva a cabo durante el transcurso de una cirugía en aquellos casos en los que el resultado histopatológico es indispensable para determinar con certeza el tipo de procedimiento y la extensión que éste requiere. No necesita de una fijación convencional con formol, sino que la muestra es enviada inmediatamente al laboratorio de patología envuelta en una gasa húmeda en solución salina. Allí se coloca sobre una platina especial para montaje y corte en criostato, sobre la que es sometida a un proceso de congelación rápida por medio de aplicación de nitrógeno líquido, o en el mejor de los casos, con un medio de inclusión para congelación. Al introducir la platina con la muestra dentro del criostato, este debe tener una temperatura aproximada de -18 a -20 grados centígrados, lo que garantiza que la muestra se mantenga congelada durante el proceso de corte.

En seguida se obtienen cortes de 4-5 micras de espesor, los cuales se recogen en portaobjetos y se fijan de manera breve en un baño de formol durante unos segundos, después de lo cual se procede a su tinción con hematoxilina y eosina. Todo el procedimiento puede durar en promedio 15 a 20 minutos desde la congelación del tejido hasta su observación microscópica para su diagnóstico.

Desventajas: se necesita un equipo especial, los cortes obtenidos deben observarse a corto plazo para evitar daño por falta de fijación, los bloques no pueden almacenarse como aquellos incluidos en parafina y se pueden emitir diagnósticos falsos positivos o negativos por problemas de definición del tejido manejado por congelación.

> 8. Auxiliares del diagnóstico

d) **Biopsia por punch:** El punch es un cilindro de acero estéril desechable, el cual presenta en un extremo un borde hueco en forma circular, afilado, que puede medir desde 2 hasta 10 mm de diámetro. La selección del diámetro depende del tamaño de la lesión, pero en tejidos bucales por lo regular se utilizan de 4 a 6 mm. Se utiliza para remover por completo lesiones superficiales pequeñas, pero también se puede utilizar para remover uno o varios fragmentos de lesiones extensas o múltiples.

Es una técnica segura, simple, rápida y poco invasiva. Para hacer el corte, sólo se tiene que girar a manera de llegar a la profundidad deseada, una vez hecho el corte, la lesión puede ser separada por completo desde su base con la ayuda de tijeras o bisturí y posteriormente suturar (mucosa móvil), o bien, dejar que cicatrice por segunda intención en el caso de realizarse en paladar o encía.

Camacho y colaboradores muestran que el uso del punch para la obtención de biopsias en la mucosa oral sana provoca pocos artefactos y que la buena o mala orientación de las muestras no es atribuible a la técnica quirúrgica sino a la manipulación de las mismas en el laboratorio.

Fig.33

Biopsia por punch. En esta lesión, primero se realizó una incisión con bisturí para separar el epitelio de la mucosa palatina que la cubre, posteriormente, se introduce el punch para la obtención del fragmento de tejido a estudiar ya que la lesión proviene de planos profundos.



> 8. Auxiliares del diagnóstico

e) **Biopsia por punción y aspiración con aguja fina (BAAF):** Además de utilizarse en la obtención de fluidos y tejidos para su estudio citológico, también se emplea con el fin de obtener material para cultivos microbianos y otros estudios más sofisticados como la citometría de flujo. Esta, es menos cruenta y en manos experimentadas es una técnica extremadamente fiable, rápida y útil. Tiene alta precisión, especificidad y aceptable sensibilidad en el establecimiento del diagnóstico preoperatorio de numerosas entidades benignas y malignas de glándulas salivales. Fig. 34 y 35. En la región maxilofacial puede utilizarse también en ganglios linfáticos, masas de tejidos blandos, quistes intra y extra-óseos, etc.

Es importante recordar que una punción exploratoria no es lo mismo que una BAAF, ya que la primera no se hace con la finalidad de realizar un estudio citológico. La punción exploratoria se puede utilizar sobre todo en lesiones quísticas con el objetivo de obtener líquido, en donde a través de la observación de su color y consistencia nos puede orientar al diagnóstico presuntivo; además, se debe realizar (si es posible evitarla) justo momentos antes de la biopsia debido a que si se hace con mucha anterioridad a esta. Podemos inducir una respuesta inflamatoria que modifica la estructura celular característica de la lesión y por tanto retardar o hacer más difícil el diagnóstico histopatológico.

Fig.34

BAAF de glándula parótida.

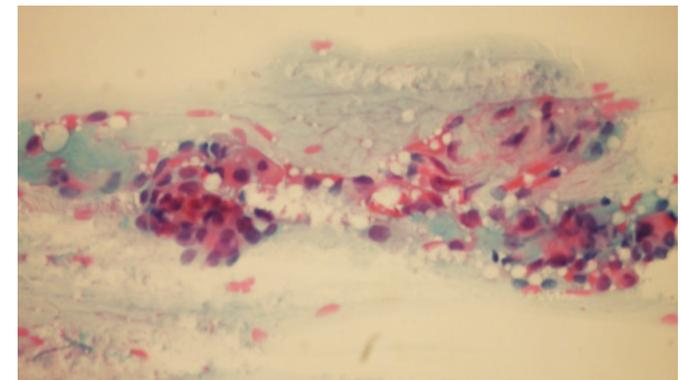
Imagen proporcionada por Teresa Hernández Arana.



Fig.35

Células teñidas, posterior a su obtención con la BAAF.

Imagen proporcionada por Teresa Hdz. Arana



> 8. Auxiliares del diagnóstico

8.1.7 SOLICITUD DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO.

En el laboratorio de histopatología al momento de entregar el fragmento de tejido fijado en formol, nos solicitarán por medio de un formato datos sobre la lesión que puedan ser relevantes para el diagnóstico histopatológico, en el cual debemos aportar la mayor información posible de manera clara y precisa.

En la siguiente página se pueden observar los datos que debe contener una solicitud de estudio histopatológico.

> 8. Auxiliares del diagnóstico

SOLICITUD DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

No. de biopsia: _____

Paciente: _____

Sexo: _____

Solicitante: _____

Dirección: _____

Fecha: _____

Edad: _____

No. telefónico: _____

Datos de la lesión

a) Lesión elemental: _____

b) Color: _____

c) Consistencia: _____

d) Base: _____

e) Superficie ó fondo: _____

f) Sintomatología asociada _____

k) Imagen radiográfica: _____

g) localización: _____

h) Forma: _____

i) Número: _____

j) Tamaño: _____

Naturaleza probable de la lesión

Inflamatoria ()

Hiperplásica ()

Neoplásica ()

Quística ()

Malformación ()

Infecciosa ()

Degenerativa ()

Proceso degenerativo ()

Otra: _____

Vinculación sistémica: si () no ()

Especifique: _____

Tiempo de evolución

() días () semanas () meses () años cuántos? _____

Tinción

H.E () P.A.S. () PAPANICOLAOU () GROCOTT () otros: _____

Información adicional: _____

Impresión diagnóstica: _____

> 8. Auxiliares del diagnóstico

8.2 CITOLOGÍA EXFOLIATIVA

La técnica de citología es sencilla, indolora y consiste en un examen de las células desprendidas de la superficie de la lesión o en ocasiones de material aspirado de un quiste. Para lesiones superficiales, la técnica con la que se obtiene un mejor material es la de raspado, que se realiza a expensas de la separación mecánica del epitelio mucoso con diferentes instrumentos, uno de ellos es el abatelenguas. Una vez obtenidas las células, se esparcen en un portaobjetos con movimientos circulares rápidos (fig. 36), se les aplica spray fijador a 30 cm de distancia de manera uniforme y se anota el nombre del paciente y la localización de la lesión en el extremo esmerilado del mismo. No es de ninguna manera sustituto de la biopsia, aunque puede ser útil como "apoyo" en el diagnóstico de cáncer, infecciones por virus, hongos y otras enfermedades.

Utilidades y limitaciones:

- Rápida y fácil
- No se necesita anestesia local
- Se pueden utilizar técnicas especiales como inmunohistoquímica
- Es útil para detectar células dañadas por virus, células acantóticas de pénfigo o hifas de cándida.
- Poco confiable para carcinoma escamocelular por elevado número de falsos negativos.

Fig.36

Extendido de las células obtenidas en el portaobjetos.



> 8. Auxiliares del diagnóstico

El uso de la citología exfoliativa como método diagnóstico de atipias epiteliales y especialmente de carcinoma oral de células escamosas perdió importancia, sobre todo debido a su baja sensibilidad representada por el elevado número de resultados falsos negativos, pero parece ganar espacio como un método de diagnóstico confiable del cáncer oral en sus estadios más precoces al obtener muestras para la aplicación de técnicas sofisticadas de diagnóstico como citomorfometría, análisis del contenido de ADN, y análisis molecular. Sin embargo, es importante señalar que nunca debe prevalecer sobre el estudio biopsico clásico y que ante toda lesión clínicamente sospechosa (aún con el diagnóstico citológico de benignidad) es mandatorio realizar una biopsia.

8.3 IMAGENOLÓGÍA AUXILIAR PARA EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES DE CABEZA Y CUELLO

Las técnicas de imagen que proporcionan más información en cabeza y cuello son la radiografía, la tomografía computarizada, la resonancia magnética y la ecografía. Estos auxiliares de diagnóstico son muy útiles para determinar la extensión de las lesiones, es decir, el involucramiento a tejidos blandos en planos profundos y estructuras óseas. (Tabla 1).

> 8. Auxiliares del diagnóstico

TÉCNICA	VENTAJAS	DESVENTAJAS
<p>Radiografía convencional (panorámica, oclusal y periapical). Fig. 37, 38,39 y 40</p>	<p>Amplia disponibilidad y bajo costo. Simple, se pueden identificar parte de las lesiones más frecuentes con un alto grado de certeza. Panorámica: Puede mostrar lesiones inesperadas Oclusal: útil en lesiones de piso de boca. Periapical: para ver lesiones pequeñas con más detalle que el observado en la panorámica.</p>	<p>Pequeña dosis inevitable de rayos x Difícil de identificar algunas áreas de los maxilares, debido a la compleja anatomía. Poca información sobre lesiones en tejidos blandos.</p>
<p>Tomografía axial computarizada (TAC). Fig. 41</p> <p>Es un procedimiento de diagnóstico que utiliza rayos X con un sistema informático que procesa las imágenes y que permite obtener imágenes radiográficas en secciones progresivas de la zona del organismo estudiada. Si es necesario se pueden obtener imágenes tridimensionales de las estructuras deseadas.</p>	<p>Útil para observar los huesos faciales, el maxilar, la mandíbula y las cavidades de los senos paranasales, por lo que es muy útil para verificar la extensión e involucramiento de lesiones expansivas. Buena definición en tejidos blandos: lesiones de faringe, laringe, glándulas salivales, tiroides, paratiroides, sistema ganglionar linfático. Detección de neoplasias, procesos inflamatorios, traumatismos, lesiones vasculares, accidente cerebro vascular, etc. Las imágenes son exactas, no son invasivas. Se puede realizar aunque el paciente tenga implantado cualquier tipo de dispositivo médico. Se mejora la definición utilizando medios de contraste. Por lo general es rápida, sencilla e indolora. Cortes finos y por lo tanto mayor resolución para la detección de tumores pequeños y metástasis con precisas relaciones anatómicas para la toma de decisiones quirúrgicas²³.</p>	<p>Alto costo Estresante para quienes sufren de claustrofobia.</p> <p>Las sombras de las restauraciones dentales pueden oscurecer parte de la imagen. Dosis de radiación mayor que con la radiografía convencional. Siempre hay una leve posibilidad de desarrollar cáncer por la radiación acumulada. Es uno de los medios más seguros para estudiar cabeza y cuello.</p> <p>Al igual que cualquier método en el que se utiliza radiaciones no se aplica a mujeres embarazadas.</p> <p>Rara vez alergia al medio de contraste utilizado (yodo)</p>

> 8. Auxiliares del diagnóstico

TÉCNICA	VENTAJAS	DESVENTAJAS
<p>Resonancia magnética (RM). Fig. 42</p> <p>Esta técnica utiliza magnéticos y ondas de radio (no hay exposición a los rayos X o cualquier otra forma de radiación perjudicial).</p> <p>Ecografía ó ultrasonido</p> <p>Técnica que funciona por medio de ondas sonoras</p>	<p>Imágenes nítidas en cualquier plano y sin superposición.</p> <p>Aplicación en diversas patologías: malformaciones vasculares, caracterización de tumores encefálicos y medulares.</p> <p>Utilidad de la angi resonancia con y sin contraste intravenoso.</p> <p>Especialmente buena en lesiones de tejidos blandos. Mejor que la TC.</p> <p>No utiliza radiaciones ionizantes.</p> <p>Buena definición de huesos y dientes</p> <p>En ésta técnica, ondas sonoras son emitidas a través de un transductor el cual capta el eco de diferentes amplitudes que generan al rebotar en los diversos órganos y éstas señales procesadas por un computador generan imágenes de los tejidos examinados (no hay dosis de rayos X).</p> <p>Útil en masas de tejido blando, quistes de glándulas salivales, cálculos, y en las lesiones de tiroides y cuello.</p> <p>Puede combinarse con Doppler para el análisis de fluido sanguíneo a través de la lesión.</p>	<p>Disponibilidad limitada y alto costo</p> <p>Sonido desagradable. Puede rechazarse por paciente claustrofóbico como en la TC</p> <p>Lenta: en ocasiones supone hasta dos horas</p> <p>Posibles riesgos para el feto no confirmados</p> <p>No se realiza en pacientes que usan marcapasos, implante coclear, u otros dispositivos médicos o electrónicos.</p> <p>Necesita personal más experto para la interpretación.</p> <p>El hueso demasiado denso oscurece las lesiones de tejido blando.</p> <p>Los huesos y el gas son barreras que impiden el paso eficaz de los ultrasonidos y limitan su empleo.</p>



Fig.37
Radiografía periapical



Fig.38
Radiografía oclusal mandibular

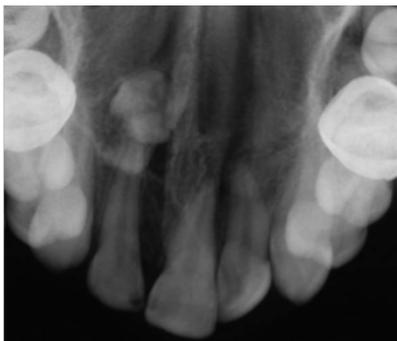


Fig.39
Fig.40 Radiografía oclusal maxilar



Fig.40
Radiografía panorámica (Ortopantomografía)

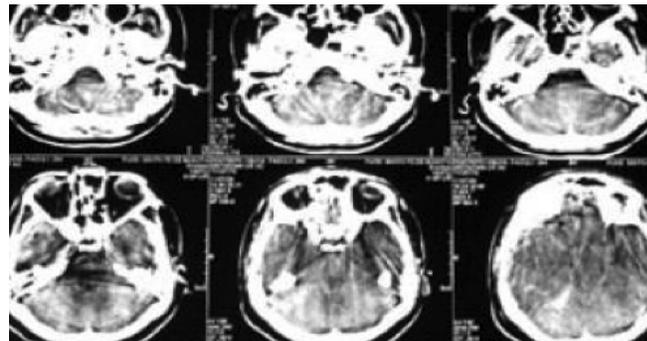


Fig.41
Tomografía axial computarizada (TAC)

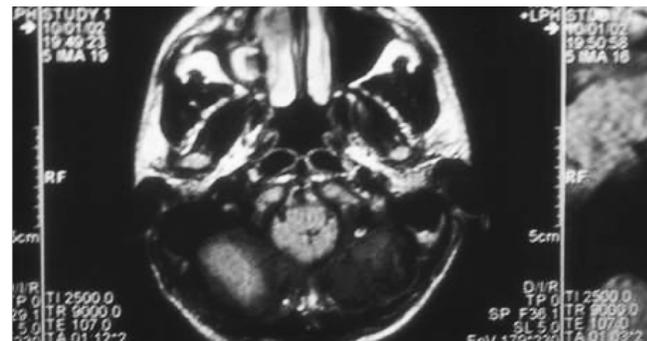
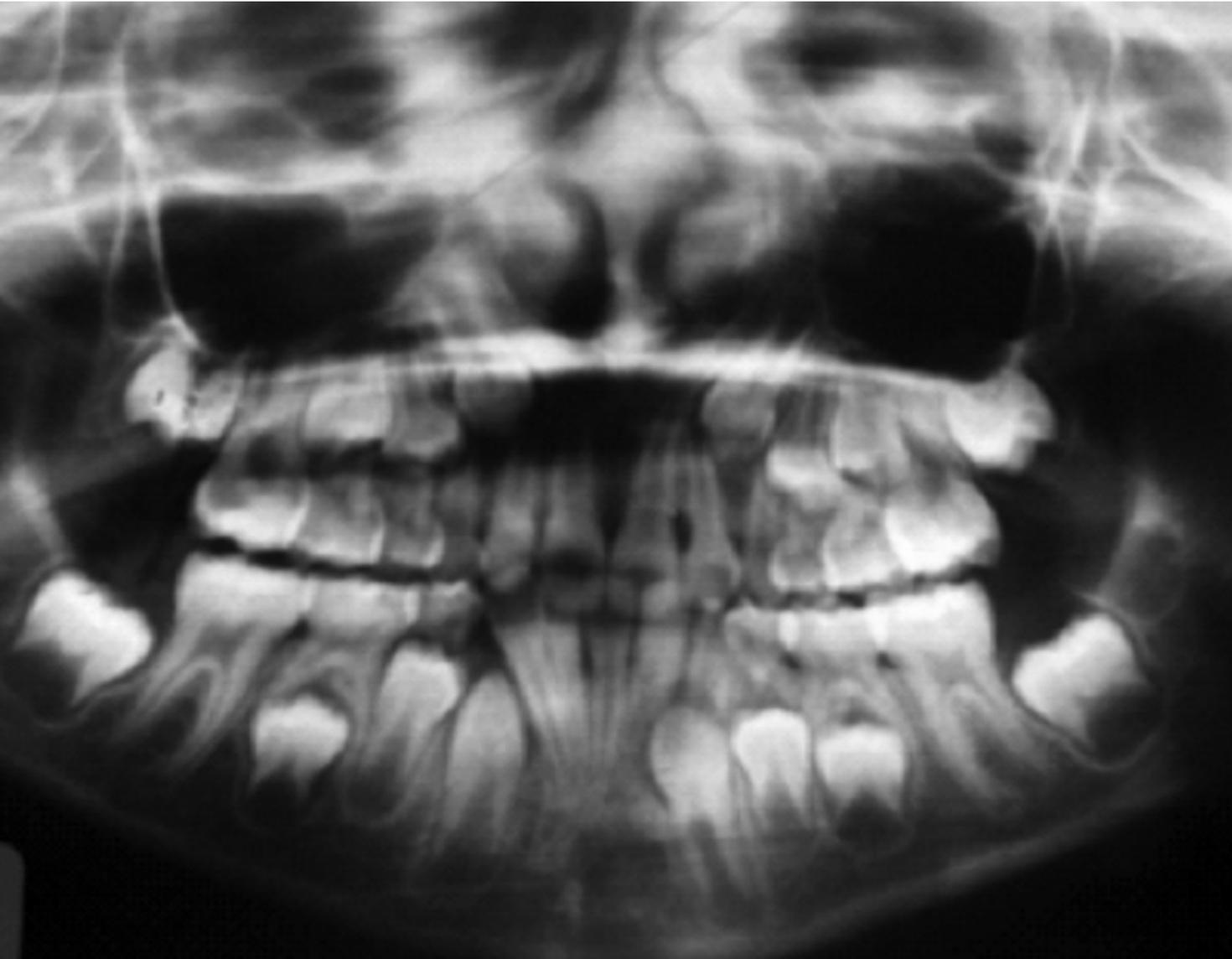


Fig.42
Resonancia magnética

➤ CONCLUSIÓN



9

> 9. Conclusión

Una gran variedad de lesiones que se presentan en cavidad bucal y región maxilofacial pueden ser diagnosticadas con base únicamente a la exploración física e información que nos proporciona el paciente por medio del interrogatorio; sin embargo, en muchas otras, esto no es suficiente, por lo cual tenemos que apoyarnos en los auxiliares de diagnóstico que son de mayor utilidad para los cirujanos dentistas como son: la biopsia, citología exfoliativa, estudios de imagen y de laboratorio.

Por otra parte, es importante recordar que, como profesionales de la salud estomatológica, debemos estar en estrecho contacto con diferentes especialistas con el propósito de brindar a los pacientes una atención multidisciplinaria, tanto para llegar al diagnóstico definitivo como para realizar su tratamiento de la forma más temprana y adecuada posible. Un ejemplo de estos especialistas es el patólogo bucal, ya que él es el responsable no sólo de hacer diagnóstico clínico, sino también histopatológico; por otro lado, en caso necesario, también es importante remitir al paciente con el cirujano maxilofacial para que reciba un tratamiento oportuno, ya que existen patologías que pueden ser altamente expansivas y destructivas o bien tener alta probabilidad de sufrir transformación maligna.

En caso de que el paciente tenga como diagnóstico una lesión invasiva de carácter maligno, inmediatamente se debe remitir a institutos especializados, en los cuales se les pueda brindar tratamiento, como es el caso del Instituto Nacional de Cancerología, a manera de evitar en la medida de lo posible la diseminación de la misma hacia otros órganos.

> 9. Conclusión

Si bien no siempre se encuentra en manos del cirujano dentista llevar a cabo procedimientos resolutivos de una gran variedad de lesiones que afectan la región bucal y maxilofacial, sí tiene la responsabilidad de saber cuáles de ellas son de mayor prevalencia y por tanto saber identificarlas, además de conocer los elementos y profesionales en los cuales puede apoyarse para establecer un diagnóstico certero y tratamiento oportuno.

> BIBLIOGRAFÍA
consultada



10

> 10. Bibliografía consultada

1. Giglio MJ, Nicolosi LN. Semiología en la práctica de la odontología. Mc Graw Hill Interamericana. Chile 2000
2. Bascones MA. Medicina bucal. 3ª Edición. Editorial Ariel. Barcelona 2004.
3. Reichart PA, Philipsen HP. Atlas de patología oral. Masson.2000.
4. Castellanos SJL, Díaz GLM, Gay ZO. Medicina en odontología: manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. El manual moderno.2ª. edición. México 2002.
5. Bagán SJV, Ceballos SA, Bermejo FA, Aguirre UJM, Peñarrocha DM. Medicina oral. Masson S.A. España.1995.
6. Vivanco CB. La realidad de la historia clínica odontológica. Propuesta de un formato estandarizado. ADM Vol. LXV, No. 1 Enero-Febrero 2009.
7. Scully C, Paes AO, Bagán J, Diz DP, Mosqueda TA. Oral medicine and pathology at a glance. Wiley-Blackwell.USA 2010.
8. Manual para la detección de alteraciones de la mucosa bucal y lesiones premalignas. Secretaría de salud. México D.F. 2003.
9. Giunta JL. Patología Bucal. 3ª. edición. Interamericana- Mc Graw Hill 1991.
10. Norma Oficial Mexicana NOM 168- SSA1-1998. "Del Expediente Clínico", Diario Oficial de la Federación, 30 de septiembre de 1999.
11. Mosqueda TA, Díaz FMA, Luna OK. La biopsia en la región bucal y maxilofacial ¿Cuándo y cómo proceder?. En: Tópicos selectos de oncología bucal. Clínicas oncológicas de Iberoamérica.2007. pp. 1-18.
12. Mosqueda TA, Díaz FMA, Caballero SS, Sida ME, Del Muro DR. Manual de procedimientos para la toma de biopsias de la región bucal. 2ª. Ed. México: UAM Xochimilco. División de Ciencias Biológicas y de la Salud 2007.

> 10. Bibliografía consultada

13. Camacho AF, López JP, Jiménez TMJ, Orduña DA. Analysis of the histopathological artifacts in punch biopsies of the normal oral mucosa. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008 Oct1;13(10):E636-9.
14. Kumar V, Abbas AK, Fausto N. Patología estructural y funcional. 7ª. Edición. Elsevier Saunders. 2008. pp. 1233
15. Cawson RA, Odel EW. Fundamentos de medicina y patología oral. 8ª.edición. Elsevier. España 2009.
16. Targa SR, Moacir SL, Pedruzzi PAG, Ramos GEA, Oliveira BV, Cury OG, Ossamu Ioshii S. Accuracy, sensitivity and specificity of fine needle aspiration biopsy in salivary gland tumours: A retrospective study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010 n 1;15 (1):e32-7.
17. Varela CPI, Seoane LJ, Romero MA, Suárez QJM, Aguado SA. Biopsia en la cavidad oral. Fundamentos y técnicas. *Semergen*, 2000;26:488-90. vol.26 núm 10.
18. Mota-Ramírez A, Silvestre FJ, Simó JM. Oral biopsy in dental practice. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007;12(7):E504-10.
19. Diniz FM, García GA, Crespo AA, Martins CJL, Gándara RJM. Applications of exfoliative cytology in the diagnosis of oral cancer. *Med Oral* 2004;9:355-61.
20. Acha A, Ruesga MT, Rodríguez MJ, Martínez de Pancorbo MA, Aguirre JM. Applications of the oral scraped (exfoliative) cytology in oral cancer and precancer. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005;10:95-102.
21. Seoane JM, González-Mosquera A, Velo-Noya J. La biopsia oral en el contexto del precáncer y del cáncer oral. *Av. Odontoestomatol* 2008; 24 (1): 89-96.
22. OM Handbook de la European Association of Oral Medicine disponible en: <http://www.eaom.net/app/prvt/VediNotizia.d/Notizia-92>.
23. Besada C, Ulla M, Levy E, García MR. Tomografía computada multislice: aplicaciones en SNC y cabeza & cuello. ¿Cómo, cuándo, por qué y para qué?. *Neurroradiología* 2009;73(2)

> 10.1 Bibliografía recomendada

1. Kerawala C J. Incisional biopsy: reducing artefact. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1995; 33: 396.
2. Oliver RJ, Sloan P, Pemberton MN. Oral biopsies: methods and applications. *British Dental Journal* 2004; 196: 329-333.
3. Meghana SM, Ahmedmujib BR. Surgical artefacts in oral biopsy specimens: Punch biopsy compared to conventional scalpel biopsy. *J Oral Maxillofac Pathol* 2007;11:11-4
4. Williams PM, Poh CF, Hovan AJ, Ng S, Rosin MP. Evaluation of a suspicious oral mucosal lesion. *J Can Dent Assoc* 2008; 74(3):275-80.
5. Rushton VE, Horner K, Worthington HV. Routine panoramic radiography of new adult patients in general dental practice: relevance of diagnostic yield to treatment and identification of radiographic selection criteria. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002;93(4):488-95.
6. Logan RM, Goss AN. Biopsy of the oral mucosa and use of histopathology services. *Australian Dental Journal* 2010; 55:(1 Suppl): 9-13

➤ **CASOS CLÍNICOS**
para la discusión en
la actividad didáctica



11

> 11. Casos clínicos para la discusión en la actividad didáctica

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE CIRUJANO DENTISA
MÓDULO: ALTERACIONES BUCALES
UNIDAD DIDÁCTICA: INFECTOLOGÍA OROFACIAL

CASO CLÍNICO 1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN:



Nombre: MJLP

Edad: 30 años

Sexo: Femenino

Edo. Civil: Casada

Lugar de nacimiento: México D.F.

Ocupación: Comerciante

Lugar de residencia: D. F.

MOTIVO DE LA CONSULTA: La paciente acude al consultorio dental por presentar dolor agudo en región anterosuperior maxilar al nivel de incisivo central y lateral izquierdo.

PADECIMIENTO ACTUAL: Presenta desde hace 4 meses dolor agudo de origen dental que se inicia espontáneamente en incisivo lateral superior izquierdo. El diente afectado, presenta restauración metálica parcial en la corona dental desde hace 6 meses debido a eliminación de proceso carioso. El dolor cedió posterior a la toma de antibióticos y analgésicos indicado por un profesional, la cual fue interrumpida al tercer día de

> 11. Casos clínicos para la discusión en la actividad didáctica

administración. Un mes después, refiere nuevamente dolor agudo acompañada de aumento de temperatura y malestar general que fue manejada por la propia paciente con la aplicación de tres dosis de penicilina inyectada una cada día y administración por vía oral de neomelubrina durante cuatro días, dosis que repitió una semana después ya que el cuadro no cedía. Hace dos días presentó dolor agudo espontáneo pulsátil el cual no ha cedido, acompañado de ligero aumento de volumen, en zona nasal lateral y labio superior, así mismo presenta pequeña elevación blanquecina en encía vestibular.

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES. Padre fallecido de cirrosis hepática a los 60 años de edad, madre, viva, con hipertensión arterial.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS. Casa habitación con todos los servicios intradomiciliarios, hábitos higiénicos regulares, dietéticos regulares en calidad y cantidad, tabaquismo y alcoholismo positivo.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS. Antecedentes de Hepatitis B diagnosticada hace 10 años a partir de cuadro agudo, candidiasis vaginal recurrente (dos cuadros en los últimos dos meses), faringoamigdalitis ocasional de un cuadro al año.

SOMATOMETRIA Y SIGNOS VITALES:

T.A. 120/70 mm Hg. F.R. 23 ´min PULSO. 83 ´min TEMP: 37.5° C
TALLA: 1.50 m PESO: 50 Kg.

EXAMEN BUCAL. Presenta discreto aumento de volumen en encía vestibular marginal y adherida, así como una pequeña elevación circunscrita bien definida de color blanco amarillento con halo eritematoso en zona de

> 11. Casos clínicos para la discusión en la actividad didáctica

dientes 21 y 22; así mismo una pequeña cicatriz cercana a la elevación en mucosa provocada por la punción con aguja de coser realizada por la paciente. El diente 22 presenta restauración metálica, además de una coloración negro azulada que se transluce en el esmalte. La paciente refiere dolor espontáneo localizado en dicha zona. Presenta caries en dientes 14, 15, 17, 25 y 37, restauración con amalgama en dientes 16, 26, 36 y 46, con resina en dientes 11 y 21.

EXÁMENES DE GABINETE: Se le toma radiografía periapical de diente 22 y se observa una zona radiolúcida unilocular de contornos irregulares, localizada entre las raíces de los dientes 21 y 22.

DINÁMICA PARA LA DISCUSIÓN EN LA ACTIVIDAD DIDÁCTICA:

Solicite al alumno que:

1. Emita el nombre de la lesión elemental y los diagnósticos diferenciales para la lesión en maxilar.
2. Emita su diagnóstico para la lesión observada y explique las principales características que lo fundamentan.
3. Analice y mencione la necesidad de exámenes complementarios para el presente caso.
4. Explique la conducta clínica a seguir con el paciente y fundaméntela.

> 11. Casos clínicos para la discusión en la actividad didáctica

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA
MÓDULO: ALTERACIONES BUCALES
UNIDAD DIDÁCTICA: ALTERACIONES DEL COLOR
DE LA MUCOSA BUCAL.

CASO CLÍNICO 2

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:



Paciente: R.L.M.S. Edad: 25 años
Sexo: Femenino Lugar de nacimiento.: D.F.
Ocupación: Maestra de educación preescolar

MOTIVO DE LA CONSULTA: La paciente acude al consultorio dental por presentar dolor en lengua particularmente al ingerir alimentos ácidos.

PADECIMIENTO ACTUAL: Inicia hace 2 días con dolor en dorso lingual ocasionado por la ingesta de alimentos picantes, ácidos y condimentados.

> 11. Casos clínicos para la discusión en la actividad didáctica

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES. Padre con hipertensión arterial, madre con insuficiencia venosa en extremidades inferiores y obesidad.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS. Casa habitación con todos los servicios intradomiciliarios, hábitos higiénicos adecuados, dietéticos regulares en calidad y cantidad, tabaquismo negativo y alcoholismo ocasional.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS. Amigdalectomía a los 17 años debido a cuadros de faringoamigdalitis frecuentes. Irregularidad en ciclo ovárico, candidiasis vaginal bajo tratamiento.

SOMATOMETRIA Y SIGNOS VITALES:

T.A. 120/80 mm Hg.	F.R. 24´min	PULSO. 83´min
TEMP: 36.5° C	TALLA: 1.70 m	PESO: 65 Kg.

EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO: En la exploración de la Articulación Temporomandibular (ATM) presenta desviación mandibular en zig-zag a la apertura y cierre así como chasquido en ATM lado izquierdo. Cefalea con predominio matutino, espasmo muscular en región de nuca, cuello y espalda.

EXAMEN BUCAL. Presenta áreas eritematosas con bordes blanquecinos circinados en dorso lingual, las cuales refiere que había presentado en ocasiones anteriores pero con tendencia a cambiar de lugar. Caries en dientes 14, 15, 17, 25 y 37, restauración con amalgama en dientes 36 y 46, mordida cruzada unilateral de dientes 15, 16, y 17.

> 11. Casos clínicos para la discusión en la actividad didáctica

DINÁMICA PARA LA DISCUSIÓN EN LA ACTIVIDAD DIDÁCTICA:

Solicite al alumno que:

1. Emita el diagnóstico integral del paciente a partir del resumen de historia clínica que se presenta.
2. Emita los diagnósticos diferenciales para la lesión en dorso lingual.
3. Emita el diagnóstico presuntivo de la lesión y explique las características principales que lo fundamentan.
4. Analice y mencione la necesidad de exámenes complementarios para el presente caso.
5. Explique la conducta clínica a seguir con el paciente y fundaméntela.

> 11. Casos clínicos para la discusión en la actividad didáctica

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA
MÓDULO: ALTERACIONES BUCALES
UNIDAD DIDÁCTICA: ALTERACIONES DEL COLOR
DE LA MUCOSA BUCAL.

CASO CLÍNICO 3

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:



Nombre del paciente: ADGL.

Sexo: Masculino

Edad: 45 años

Lugar de nacimiento.: Monterrey N.L.

Ocupación: Ingeniero en sistemas computacionales

MOTIVO DE LA CONSULTA: El paciente solicita revisión odontológica por presentar dolor al realizar el cepillado dental en la zona de molares inferiores.

PADECIMIENTO ACTUAL: Refiere presentar hipersensibilidad al cepillado dental, particularmente en la zona de los molares inferiores que percibe como toques eléctricos, así como tener mal aliento y sabor metálico de predominio matutino.

> 11. Casos clínicos para la discusión en la actividad didáctica

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES. Padre con diabetes mellitus bajo control médico.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS. Casa habitación con todos los servicios intradomiciliarios, hábitos higiénicos generales regulares, bucales inadecuados, dietéticos adecuados en calidad y cantidad, tabaquismo positivo (1/2 a 1 cajetilla al día).

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS. Condiloma acuminado en pene con cauterización a los 30 años y colitis nerviosa.

SOMATOMETRIA Y SIGNOS VITALES:

T.A. 120/80 mm Hg.

F.R. 24´min

PULSO. 80´min

TEMP: 36.0oC

TALLA: 1.70 m

PESO: 73 Kg.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS: El paciente refiere inflamación abdominal vespertina que le ocasiona dolor con periodos de remisión y de recurrencia en el mismo mes en el que se ve afectado, llegando a tener periodos de tres meses sin presentar problemas.

EXAMEN BUCAL: A la exploración intrabucal, presenta placa que no desprende al raspado de color blanco grisáceo localizada en mucosa vestibular bilateral y que se extiende hasta mucosa labial inferior sin llegar a continuarse en el nivel de línea media. Presenta migración apical de la encía insertada en zona de molares inferiores de ambos lados, los dientes 35, 36, 37, 45, 46 y 47 presentan exposición radicular, caries y movilidad grado 1.

> 11. Casos clínicos para la discusión en la actividad didáctica

Restauración con amalgama en dientes 17, 26 y caries en 34. Ausencia dentaria de 14,15 y16.

EXÁMENES DE GABINETE: Se toma serie radiográfica (periapicales) con las cuales se identifica destrucción ósea a nivel de la cresta alveolar en zona de anteriores y hasta tercio apical en zona de molares inferiores.

DINÁMICA PARA LA DISCUSIÓN EN LA ACTIVIDAD DIDÁCTICA:

Solicite al alumno que:

1. Emita el diagnóstico integral del paciente a partir del resumen de historia clínica que se presenta.
2. Emita los diagnósticos diferenciales para la lesión en mucosa vestibular
3. Emita su diagnóstico para la lesión observada en mucosa vestibular y zona de molares (explique las características principales que lo fundamentan).
4. Analice y mencione la necesidad de exámenes complementarios para el presente caso.
5. Explique la conducta clínica a seguir con el paciente y fundaméntela.
6. Indique la existencia de medidas preventivas para la alteración observada en zona de molares inferiores.

> 11. Casos clínicos para la discusión en la actividad didáctica

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA
MÓDULO: ALTERACIONES BUCALES
UNIDAD DIDÁCTICA: ULCERAS BUCALES.

CASO CLÍNICO 4 FICHA DE IDENTIFICACIÓN:



Nombre del paciente: LLSM.

Edad: 16 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Estudiante

Lugar de nacimiento: Texcoco Edo. de México

MOTIVO DE LA CONSULTA: El paciente acude al consultorio y solicita revisión odontológica posterior a tratamiento en órganos dentarios inferiores, así como seguimiento de lesión en comisura bucal debido a traumatismo. La sesión anterior, el paciente fue atendido debido a la presencia de gran hematoma que involucra mucosa y piel de la comisura bucal de lado izquierdo.

PADECIMIENTO ACTUAL: El paciente refiere haberse traumatizado la comisura bucal durante la ingesta de alimento debido a la ausencia de sensibilidad por anestesia en dicha zona, provocando sangrado abundante y formación de la lesión la cual es muy dolorosa, particularmente al habla e ingesta de alimentos.

> 11. Casos clínicos para la discusión en la actividad didáctica

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES. Padre con hipertensión arterial bajo tratamiento médico, abuela materna fallecida por carcinoma cervico uterino.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS. Casa habitación con todos los servicios intradomiciliarios, hábitos higiénicos regulares, dietéticos adecuados en calidad y cantidad.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS. Faringoamigdalitis frecuente (dos cuadros al año), parasitosis intestinal bajo tratamiento médico con secnidal.

SOMATOMETRIA Y SIGNOS VITALES:

T.A. 120/80 mm Hg.

F.R. 24´min

PULSO. 80´min

TEMP: 36.5°C

TALLA: 1.65 m

PESO: 60 Kg.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS: No refiere ningún dato de importancia.

EXAMEN BUCAL. Presenta pérdida de la continuidad del epitelio en la comisura bucal de bordes irregulares, la cual se encuentra recubierta por una pseudomembrana blanquecina. La lesión es dolorosa a la apertura y cierre bucal. Presenta caries en dientes 14, 26 y restauración con amalgama en 35, 36, 37 y 45.

> 11. Casos clínicos para la discusión en la actividad didáctica

DINÁMICA PARA LA DISCUSIÓN EN LA ACTIVIDAD DIDÁCTICA:

Solicite al alumno que:

1. Emita el nombre de la lesión elemental y los diagnósticos diferenciales para la lesión.
2. Emita su diagnóstico para la lesión y explique las características principales que lo fundamentan.
3. Analice y mencione la necesidad de exámenes complementarios para el presente caso.
4. Explique la conducta clínica a seguir con el paciente y fundaméntela.
5. Indique la existencia de medidas preventivas para la presente alteración.

Realizó: **Jerónimo Montes José Antonio**
Albiter Farfán Gabriela Alejandra

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
Proyecto PAPIME clave PE200610
Primera Edición 2013
ISBN 978-607-02-4775-0