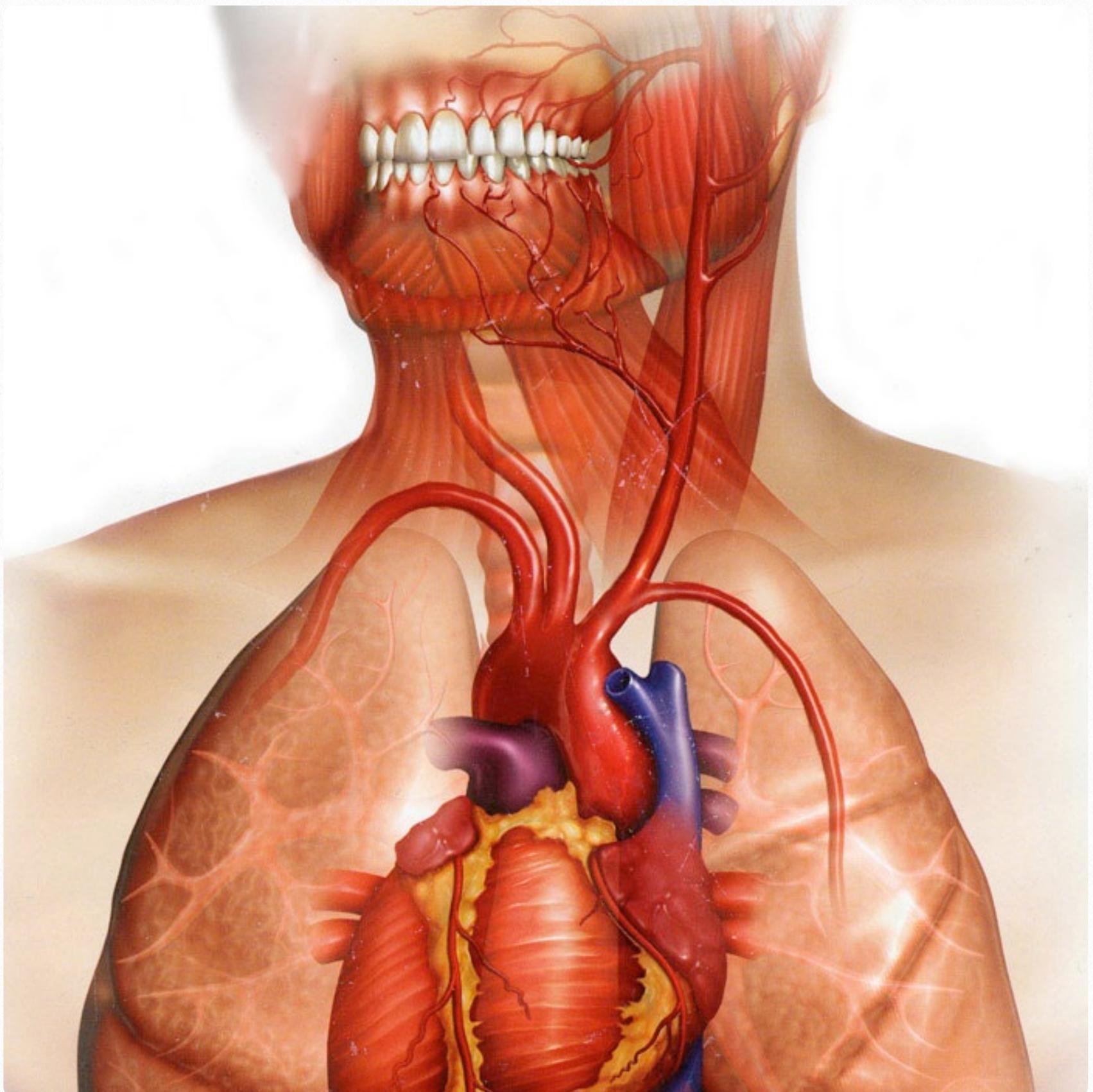


MANIFESTACIONES ORALES DE LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS



VERSION DEMO



Esta es una **versión demo** de los **Cursos Online**.

Es un ejemplo del nuevo formato PDF.

En esta versión demo se han suprimido muchas páginas y el orden en que aparecen los textos y las imágenes no coincide, necesariamente, con la versión del curso real.

MANIFESTACIONES ORALES DE LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS

UNIDAD DIDÁCTICA 1. HISTORIA CLÍNICA

UNIDAD DIDÁCTICA 2. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS

UNIDAD DIDÁCTICA 3. ENFERMEDADES HEMORRÁGICAS

UNIDAD DIDÁCTICA 4. ENFERMEDADES MUCOCUTÁNEAS

UNIDAD DIDÁCTICA 5. ENFERMEDADES ENDOCRINAS

UNIDAD DIDÁCTICA 6. ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y METABÓLICAS

UNIDAD DIDÁCTICA 7. VIROSIS

UNIDAD DIDÁCTICA 8. MICOSIS

UNIDAD DIDÁCTICA 9. INFECCIONES BACTERIANAS

UNIDAD DIDÁCTICA 10. SIDA

UNIDAD DIDÁCTICA 11. ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO

UNIDAD DIDÁCTICA 12. ENFERMEDADES ÓSEAS

UNIDAD DIDÁCTICA 13. TRASTORNOS GLANDULARES

UNIDAD DIDÁCTICA 14. EFECTOS SECUNDARIOS ORALES DE LA QUIMIOTERAPIA Y LA RADIOTERAPIA

UNIDAD DIDÁCTICA 15. HALITOSIS Y XEROSTOMÍA

UNIDAD DIDÁCTICA 16. TOXICOMANÍAS Y TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

UNIDAD DIDÁCTICA 17. LESIONES ORALES DE ORIGEN SEXUAL

UNIDAD DIDÁCTICA 18. REPERCUSIONES ORLES DEL COVID-19

ANEXO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS ÚLCERAS ORALES



1

HISTORIA CLÍNICA

CURSO MANIFESTACIONES ORALES DE
LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS

www.odontocat.com



La **Historia Clínica** constituye el documento básico y esencial para disponer de la información necesaria para abordar con rigor los problemas médicos de los pacientes que acuden a la consulta odontoestomatológica.

La historia clínica se inicia o se abre siempre en las primeras visitas.

Cada especialidad de la medicina aporta sus peculiaridades a la hora de confeccionar el modelo de historia clínica que aplica a sus pacientes y la odontoestomatología no es una excepción. Sigue el modelo clásico de historia clínica médica, aunque la principal relevancia la ocupa la anamnesis y la exploración.

A modo de síntesis, el **modelo clásico de Historia Clínica** consta de:

- ANAMNESIS
- EXPLORACIÓN FÍSICA y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
- CURSO CLÍNICO
- EPICRISIS

ANAMNESIS

Es el interrogatorio. Es una de las partes más importantes para obtener la información necesaria sobre las patologías asociadas que presenta el paciente y que pueden presentar manifestaciones orales.

La **anamnesis** se realiza con una perfecta sistemática, empezando por los datos de filiación y por el motivo principal de la consulta. Ya que la historia clínica se inicia en las primeras visitas y se supone que el paciente acude a nosotros por alguna razón, una vez consignados los datos de filiación (normalmente en la recepción de la consulta), lo primero que le preguntamos al paciente (después de saludarlo), cuando lo vemos por primera vez, es por el motivo de la consulta.

EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD ORAL

Podemos considerar la cavidad oral como un cubo con seis caras o paredes. Las exploraremos mediante inspección y palpación, que se realizan de forma consecutiva.

En todos los casos vamos a buscar cambios de coloración de la mucosa, cambios de la textura, presencia de lesiones elementales (máculas, pápulas, pústulas, nódulos, vesículas, descamaciones, erosiones, úlceras, tumoraciones), sangrado o recesión de las encías y costras y atrofias a nivel de los labios.

La pared anterior está formada por los **labios**. Debemos explorarlos con la boca cerrada y posteriormente separados. Se valora su color, se palpa su textura y se evalúa su grado de humedad. Al separarlos observaremos las comisuras, la mucosa labial y los frenillos.



Labios de coloración y aspecto normales

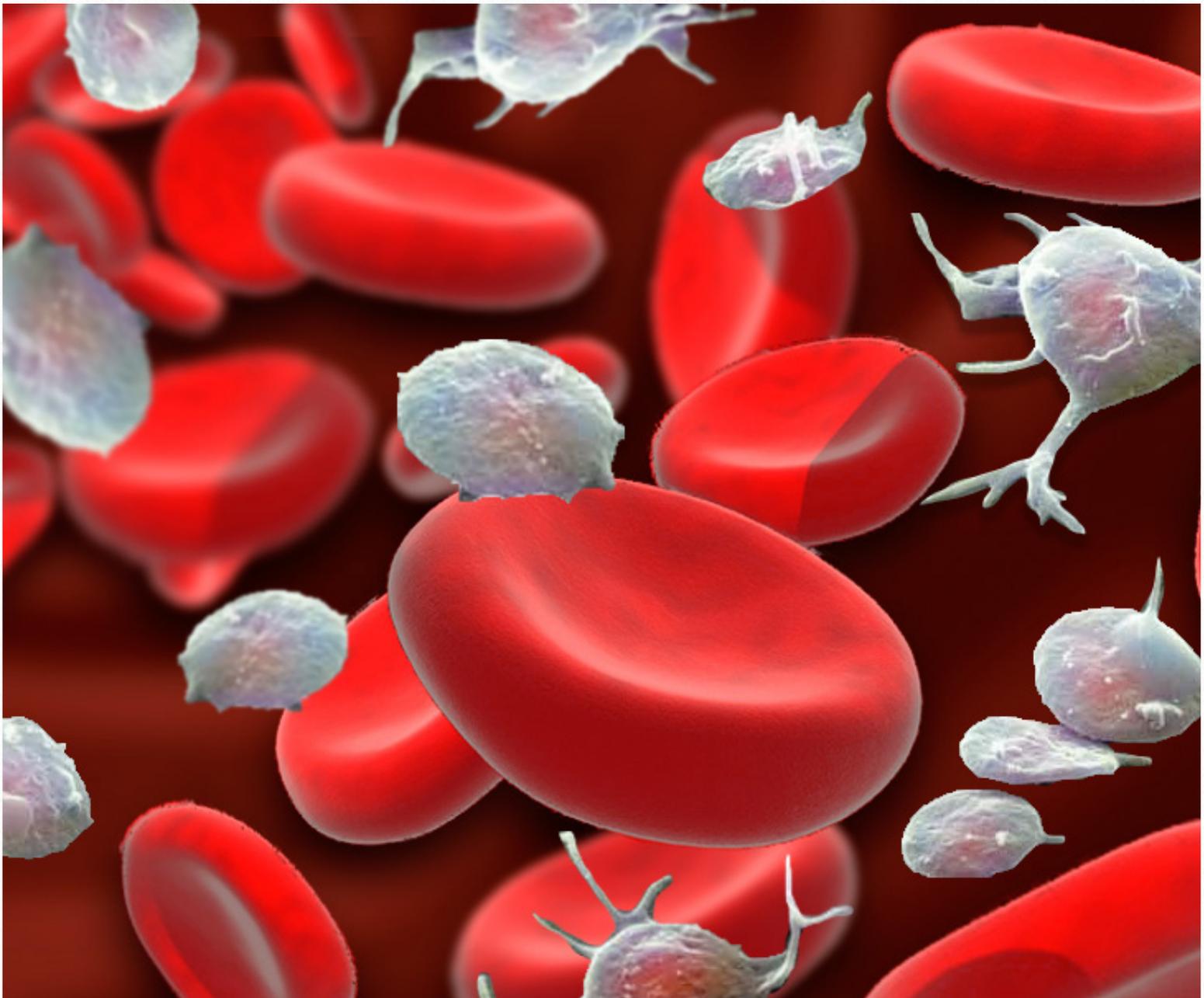


2

ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS

CURSO MANIFESTACIONES ORALES DE
LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS

www.odontocat.com



Las **enfermedades hematológicas** incluyen no sólo los trastornos de los órganos hematopoyéticos y su producción de células sanguíneas, sino también las alteraciones del sistema linforreticular y las enfermedades hemorrágicas. Éstas últimas las veremos en la siguiente unidad didáctica.

La clínica de las enfermedades hematológicas será el resultado de la infra o sobreproducción de eritrocitos, linfocitos o plaquetas, de la alteración de la hemostasia o de neoplasias del sistema linforreticular. La alteración de los parámetros hematológicos puede representar un trastorno hematológico primario o ser debida a una enfermedad subyacente. Inicialmente, en ambos casos, los signos y síntomas serán los mismos. En muchas ocasiones, el estudio de una alteración aparentemente hematológica conduce al diagnóstico de una enfermedad primaria previamente ignorada.

En la presente unidad didáctica estudiaremos las manifestaciones orales de las siguientes enfermedades hematológicas:

ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS	
ANEMIAS NUTRICIONALES	<ul style="list-style-type: none"> • FERROPÉNICA <ul style="list-style-type: none"> • SÍNDROME DE PLUMMER-VINSON • POR DÉFICIT DE VITAMINA B12 • POR DÉFICIT DE ÁCIDO FÓLICO
ANEMIA FALCIFORME	
TALASEMIA	
POLICITEMIA VERA	
ANEMIA APLÁSICA	
ANEMIA HIPOPLÁSICA CONGÉNITA (Sd. Diamond-Blackfan)	
NEUTROPENIA CÍCLICA	
SÍNDROME DE DISFUNCIÓN DE LOS NEUTRÓFILOS	

ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS	
LEUCEMIA	<ul style="list-style-type: none"> • LEUCEMIA AGUDA LINFOBLÁSTICA • LEUCEMIA AGUDA MIELOBLÁSTICA • LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA
MIELOMA MÚLTIPLE	
LINFOMA	<ul style="list-style-type: none"> • LINFOMA DE HODGKIN • LINFOMA NO HODGKIN
MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM	
AMILOIDOSIS	
HISTIOCITOSIS X	

ANEMIA

Se considera que hay **anemia** cuando existe un descenso de la masa eritrocitaria, que resulta insuficiente para aportar el oxígeno necesario a las células. La anemia se expresa con una disminución del número de hematíes en sangre.

VALOR NORMAL HEMATIES
4.000.000-5.000.000 /mm ³

No obstante, en la práctica se valora mediante la hemoglobina (Hb) y se acepta que **existe anemia cuando:**

LA HEMOGLOBINA ES INFERIOR A:
13 g/dL (8 mmol/L) en el varón
12 g/dL (7,4 mmol/L) en la mujer



MANIFESTACIONES ORALES

Los primeros signos de una anemia perniciosa pueden ser unas máculas eritematosas de bordes irregulares que afectan a cualquier parte de la mucosa.

La manifestación oral fundamental es la glositis atrófica de Möeller-Hunter que puede estar limitada sólo a los bordes de la lengua, aunque por lo común es total.

La atrofia de las papilas filiformes y después de las fungiformes produce el aspecto clásico de **lengua roja**. La lengua se encuentra depapilada, roja y brillante. Puede estar también fisurada, mostrar erosión y cuando la enfermedad es de larga duración, es posible que aparezcan lesiones queratósicas sobre la mucosa lingual atrófica.

Pueden aparecer parestesias linguales. Hay dolor espontáneo que puede llegar a ser intenso. Los alimentos muy condimentados o a temperaturas extremas, exacerban el dolor. Puede presentarse disfagia y queilitis angular



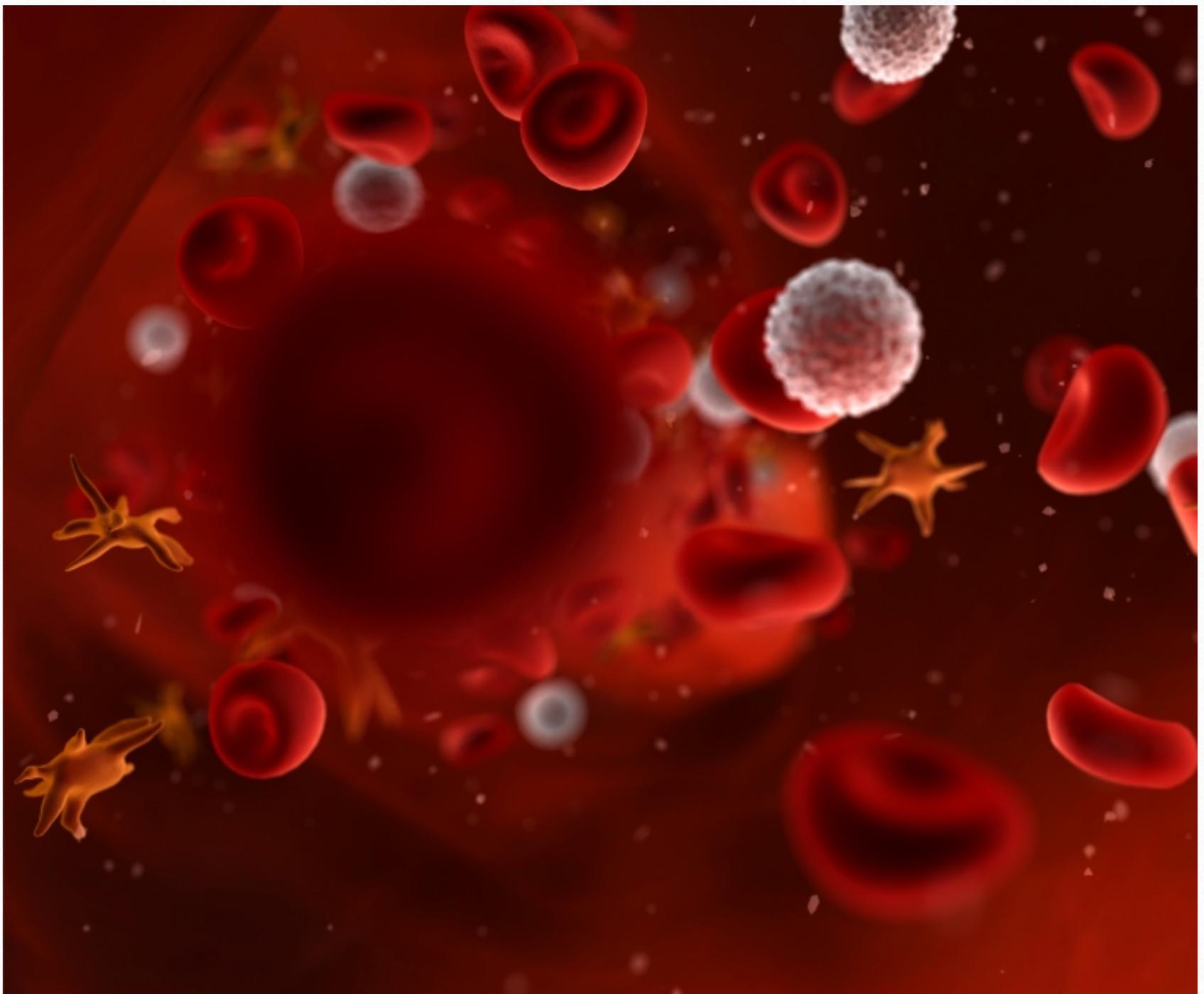
Glositis en una anemia perniciosa

3

ENFERMEDADES HEMORRÁGICAS

CURSO MANIFESTACIONES ORALES DE
LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS

www.odontocat.com



La mayoría de pacientes con **alteraciones hemorrágicas** lo serán de forma yatrogénica, debido a los tratamientos con anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios.

Los demás casos serán debidos a trastornos de la hemostasia por enfermedades primarias de la sangre o secundarias a otras enfermedades (fundamentalmente hepáticas o renales).

Una alteración patológica de la pared del vaso, una reducción importante del número de plaquetas o trombocitos, la existencia de plaquetas disfuncionales, deficiencias de uno o varios factores de la coagulación, o la incapacidad para destruir la plasmina libre, pueden dar lugar a hemorragias importantes.

Así pues, desde el punto de visto etiopatogénico, los trastornos de la hemostasia pueden deberse a:

- Defectos en la cantidad (**trombopenias**)
- Defectos en la función de las plaquetas (**trombopatías**)
- Problemas en la formación del coágulo de fibrina (**coagulopatías**).

Determinados elementos de la anamnesis son de particular utilidad para establecer si la hemorragia se debe a un trastorno subyacente de la hemostasia a un defecto anatómico local. Un dato importante son los posibles antecedentes de hemorragia tras una agresión hemostática común, como una **extracción dentaria**, un parto o una intervención de cirugía menor.

Los antecedentes de hemorragias que son lo bastante importantes como para requerir una transfusión de sangre deben ser objeto de una atención especial.

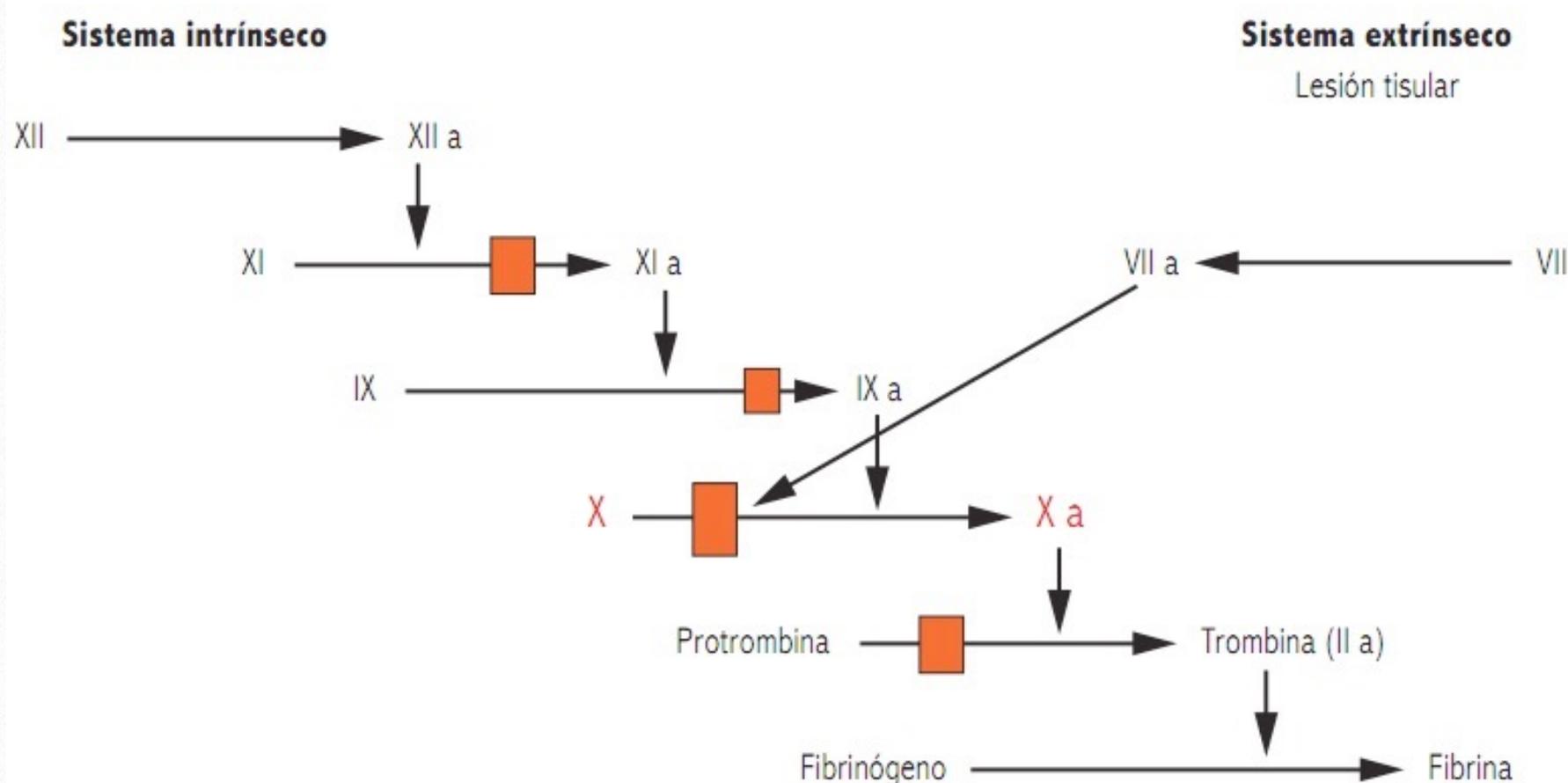
Los antecedentes familiares de hemorragia y las hemorragias en localizaciones múltiples que no tienen relación con traumatismos o cirugía también sugieren un trastorno sistémico.

HEMOSTASIA SECUNDARIA

La interpretación del proceso de **coagulación** publicada por MacFarlane en 1964 ("Cascada de MacFarlane") ha sido de gran utilidad durante muchos años para entender el complejo problema de la formación del trombo. Según MacFarlane, habría dos vías:

- **EXTRÍNSECA:** Formada por el factor tisular y el factor VII.
- **INTRÍNSECA:** En la que actúan los factores XII, XI, IX, VIII y V.

Coagulación, vías intrínseca y extrínseca.



Este modelo nos sirve para explicar las pruebas clínicas de coagulación más empleadas: **tiempo de protrombina** (vía extrínseca) y **tiempo de tromboplastina parcial activado** (vía intrínseca).

Durante las tres décadas siguientes han tenido lugar múltiples investigaciones para presentar una "nueva cascada", avalada por la Sociedad Europea de Cardiología, que ha sido aceptada internacionalmente.



MANIFESTACIONES ORALES

Las manifestaciones orales de la **trombocitopenia** pueden representar los primeros signos de la enfermedad. La **púrpura**, el signo oral más frecuente, se define como cualquier extravasación de sangre en los tejidos subcutáneos e incluye petequias, equimosis, vesículas hemorrágicas y hematomas. Éstas pueden aparecer en cualquier superficie mucosa y a menudo se ven por primera vez en la lengua, labios y línea oclusal de la mucosa oral de forma secundaria a traumatismos menores.



Equimosis y lesiones purpúricas en dorso de la lengua en paciente con PTI

Al principio, el color puede ser rojo brillante recordando la dilatación vascular. La púrpura puede diferenciarse de las lesiones no vasculares aplicando presión directamente sobre la zona: las lesiones purpúricas no pierden su color rojo (diascopia). Pueden producirse en el paladar por la succión creada por una prótesis completa.

Otros signos orales son las hemorragias gingivales espontáneas y las prolongadas después de traumatismos, cepillado, exodoncias o tratamiento periodontal.

A menudo se ven hallazgos similares purpúricos en la piel. El paciente puede presentar una historia de epistaxis, hematuria, edemas y metrorragias.

La primera manifestación de púrpura trombocitopénica idiopática aguda (PTI) puede ser una ampolla hemorrágica en la mucosa bucal y sublingual.

TROMBOCITOPATÍAS

Los pacientes con alteraciones cualitativas de las plaquetas presentan un recuento plaquetario normal y una prolongación del tiempo de sangría. Las trombocitopatías congénitas son infrecuentes, y dentro de los trastornos adquiridos hay que recordar a la uremia.

ENFERMEDAD DE BERNARD-SOULIER

También se denomina enfermedad de las plaquetas gigantes y es un trastorno autosómico recesivo.

Consiste en una alteración de las plaquetas para adherirse al endotelio vascular, por ausencia de la glucoproteína Ib, que es el receptor de la membrana de la plaqueta para el *factor von Willebrand* (factor vW: glicoproteína adhesiva que permite a las plaquetas permanecer unidas a la pared del vaso a pesar de las elevadas fuerzas tangenciales que se generan en el interior de la luz vascular).

TROMBOASTENIA O ENFERMEDAD DE GLANZMANN

Es un trastorno también autosómico recesivo con morfología plaquetaria normal, a diferencia de la enfermedad anterior.

Se trata de un fracaso de la agregación de una plaqueta con otra, por ausencia del complejo de membrana GPIIb/GPIIIa, que es el receptor para el fibrinógeno.

4

ENFERMEDADES MUCOCUTÁNEAS

CURSO MANIFESTACIONES ORALES DE
LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS

www.odontocat.com



En esta unidad didáctica veremos las siguientes **patologías mucocutáneas** y su **repercusión oral**, ya que algunas de ellas las veremos con cierta frecuencia en la consulta dental:

- LUPUS ERITEMATOSO
- ESCLERODERMIA
- ENFERMEDAD DE BEHÇET
- ARTRITIS REACTIVA
- ERITEMA MULTIFORME
- ENFERMEDAD DE LYELL
- PÉNFIGO
- PENFIGOIDE
- PSORIASIS
- LIQUEN PLANO

LUPUS ERITEMATOSO

El **lupus eritematoso sistémico** (LES) es una enfermedad autoinmune en la que los órganos y tejidos se dañan por adherencia de diversos autoanticuerpos y complejos inmunitarios. Es mucho más frecuente en mujeres en edad reproductiva (90%).

La radiación ultravioleta es el factor ambiental más importante y provoca exacerbación del cuadro clínico en el 70% de los casos.

La mayoría de los estudios de daño tisular mediado por autoanticuerpos en pacientes con lupus se han enfocado a los anticuerpos anti-DNA de doble cadena. Los anticuerpos IgG se unen con gran afinidad al DNA de doble cadena para provocar daño tisular, no así los anticuerpos IgM que tienen menor afinidad. La producción de estos anticuerpos IgG sucede en **linfocitos B** que han sido previamente estimulados por **linfocitos T** (linfocito T colaborador). Las citocinas producidas por las células T estimulan la proliferación de células B, activando también la producción de anticuerpos IgG.



MANIFESTACIONES ORALES

Las manifestaciones orales del **lupus eritematoso discoide crónico** (LEDC), se presentan en un 25-50 % de los casos.

A nivel cutáneo, suele iniciarse con un área blanquecina regular que se extiende periféricamente. Una zona roja central deprimida se erosiona o ulcera superficialmente. mientras que los bordes se expanden y permanecen blancos, elevados e hiperqueratósicos. Éste borde puede quedar rodeado por una zona inflamatoria azul rojiza o un halo hiperémico y eritematoso. Si la parte central o toda el área se cura, puede quedar una cicatriz ligeramente atrófica.

Los pacientes con lesiones labiales crónicas deben evitar la exposición directa al sol y utilizar protector solar.



Labio lúpico con lesiones discoides

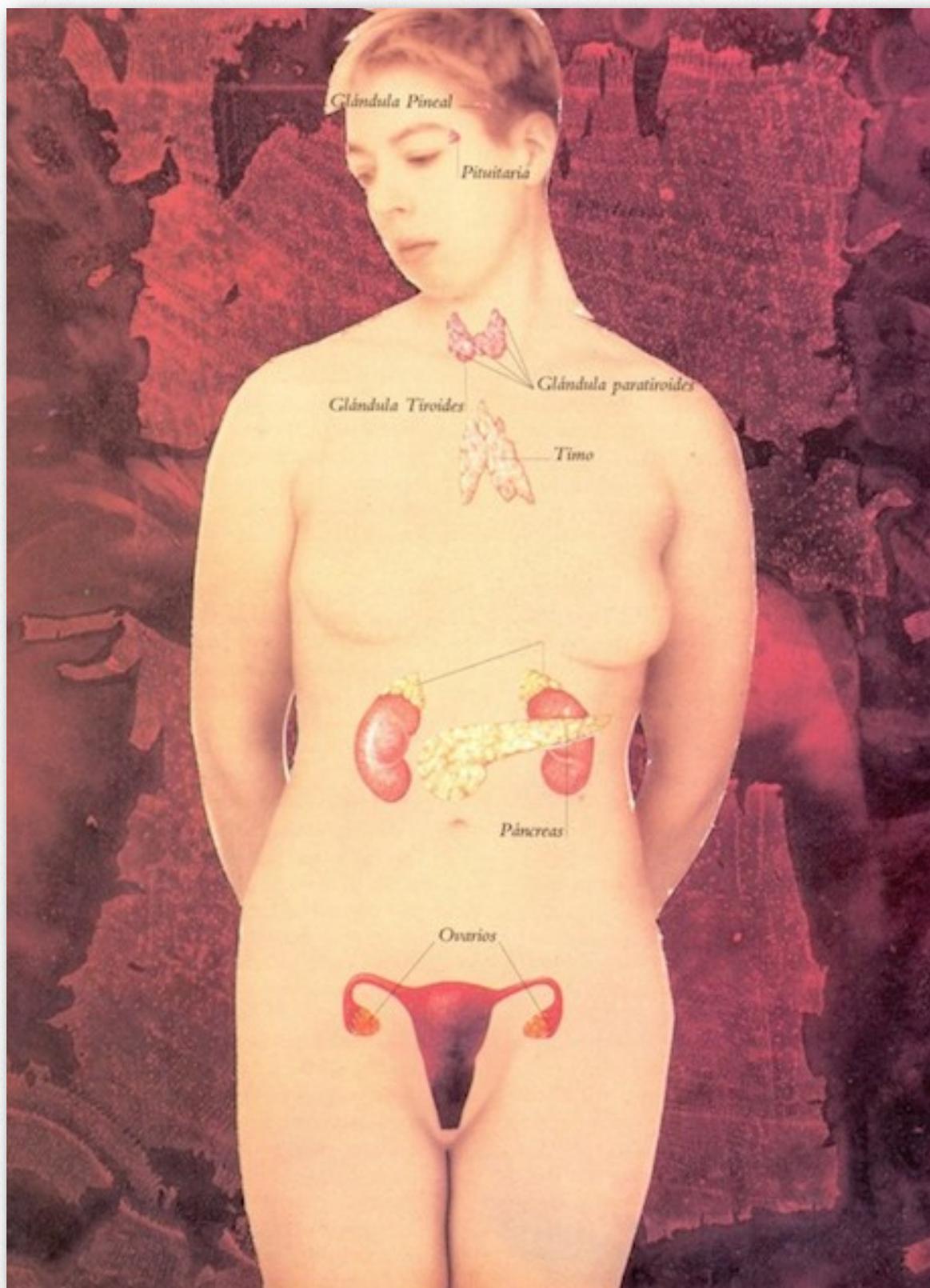
Las **úlceras orales** suelen localizarse en mucosa yugal o en el paladar duro y aparecen con mayor frecuencia cuando la enfermedad empeora. La mitad de ellas son indoloras. Se tratan con corticoides locales y enjuagues con antisépticos.

5

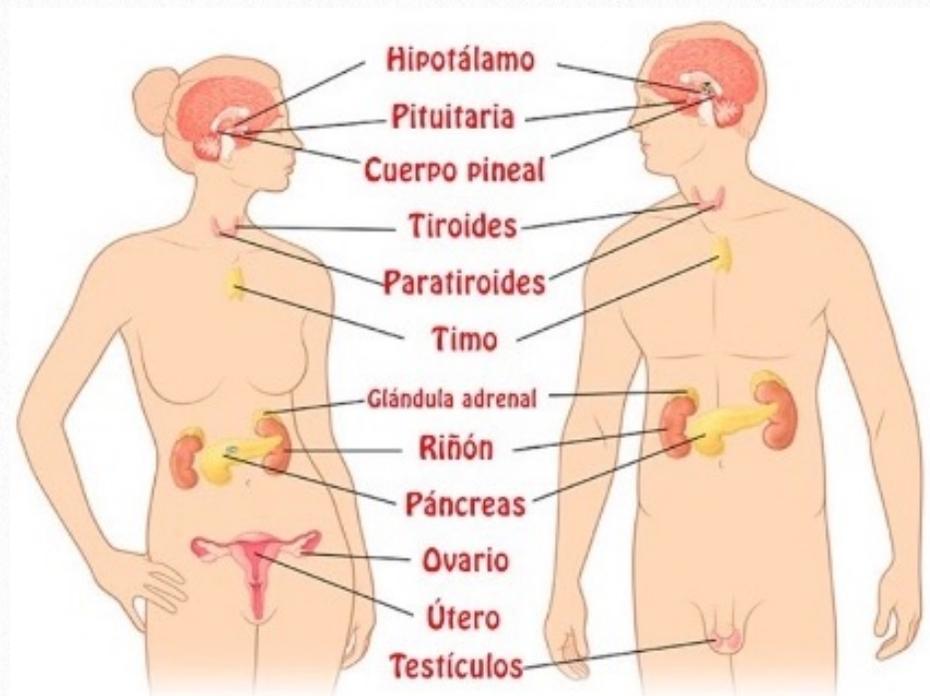
ENFERMEDADES ENDOCRINAS

CURSO MANIFESTACIONES ORALES DE
LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS

www.odontocat.com



El **sistema endocrino** es el conjunto de órganos y tejidos del organismo que liberan un tipo de sustancias llamado hormonas. Los órganos endocrinos se denominan glándulas endocrinas, debido a que sus secreciones se liberan directamente en el torrente sanguíneo. Las hormonas secretadas por las glándulas endocrinas regulan el crecimiento y desarrollo, las funciones de muchos tejidos y coordinan los procesos metabólicos del organismo.



Vamos a estudiar las siguientes enfermedades endocrinas y sus correspondientes manifestaciones orales:

- HIPOPITUITARISMO
- HIPERPITUITARISMO
- HIPOTIROIDISMO
- HIPERTIROIDISMO
- HIPOPARATIROIDISMO
- HIPERPARATIROIDISMO
- ENFERMEDAD DE ADDISON
- SÍNDROME DE CUSHING



Silla turca amplia y excavada por tumor hipofisario expansivo (macroadenoma)

Otras causas de **hipopituitarismo** son mucho menos frecuentes.

Los tumores parahipofisarios son raros, entre ellos el más frecuente es el craneofaringioma, derivado embriológicamente de la bolsa de Rathke (invaginación ectodérmica de la primitiva cavidad oral o estomodeo). De estos, el 55% se dan en menores de 15 años. Estos pacientes, generalmente se presentan con fallo del crecimiento, diabetes insípida o con defectos del campo visual. La cirugía y radiación hipofisarias pueden conducir al hipopituitarismo.

La irradiación craneal por otros motivos (por ej. leucemia) es una causa creciente de deficiencia de GH debido a afectación hipotalámica.

6

ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y METABÓLICAS

CURSO MANIFESTACIONES ORALES DE
LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS

www.odontocat.com



ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

La **enfermedad inflamatoria intestinal** es un término general que engloba a los procesos inflamatorios que afectan a los intestinos delgado y grueso.

La **colitis ulcerosa** afecta exclusivamente al colon mientras que la **enfermedad de Crohn** puede afectar desde la boca hasta el ano.

La localización más frecuente en la colitis ulcerosa es el recto y en la enfermedad de Crohn el ileon terminal.

COLITIS ULCEROSA

La **colitis ulcerosa** (CU) es una enfermedad inflamatoria crónica de patogenia todavía poco conocida, que afecta a la mucosa del colon.

La lesión se inicia en el recto, pudiendo alcanzar una extensión variable de forma proximal y continua hasta el ciego. El curso de la enfermedad suele ser en forma de brotes de actividad (durante los cuales el grado de inflamación aumenta y se agudiza), que se siguen (espontáneamente o inducidos por el tratamiento) de períodos de remisión de duración variable.

El síntoma más característico de la CU es la diarrea con sangre, aunque no está siempre presente. Pueden añadirse otros síntomas, como fiebre, dolor abdominal, síndrome rectal (tenesmo, urgencia deposicional y esputo rectal de sangre y moco) y pérdida de peso.

Las formas distales de CU (proctitis, proctosigmoiditis) pueden cursar con estreñimiento dando lugar a cuadros de dolor abdominal (localizado en hemiabdomen derecho) que pueden malinterpretarse como brotes de actividad.

Dada la afectación rectal constante, en brote de actividad el tacto rectal evidencia siempre una ampolla rectal vacía, dato a tener en cuenta en la orientación diagnóstica inicial.



MANIFESTACIONES ORALES

Algunos de los procesos inflamatorios intestinales presentan manifestaciones bucales específicas, que en ciertos casos constituyen los signos iniciales de aquellos.

En la **colitis ulcerosa**, además de la gingivitis y de la candidiasis oral, hay cuatro tipos de lesiones que se presentan frecuentemente: ulceraciones aftosas recidivantes, pioderma gangrenoso, pioestomatitis vegetante y úlceras hemorrágicas de la mucosa oral y de la piel.

ULCERACIONES AFTOSAS RECIDIVANTES

Entre el 4 y el 20% de los pacientes con colitis ulcerosa presentan úlceras aftosas que aparecen espontáneamente y, habitualmente, de forma simultánea con las manifestaciones principales de la enfermedad.



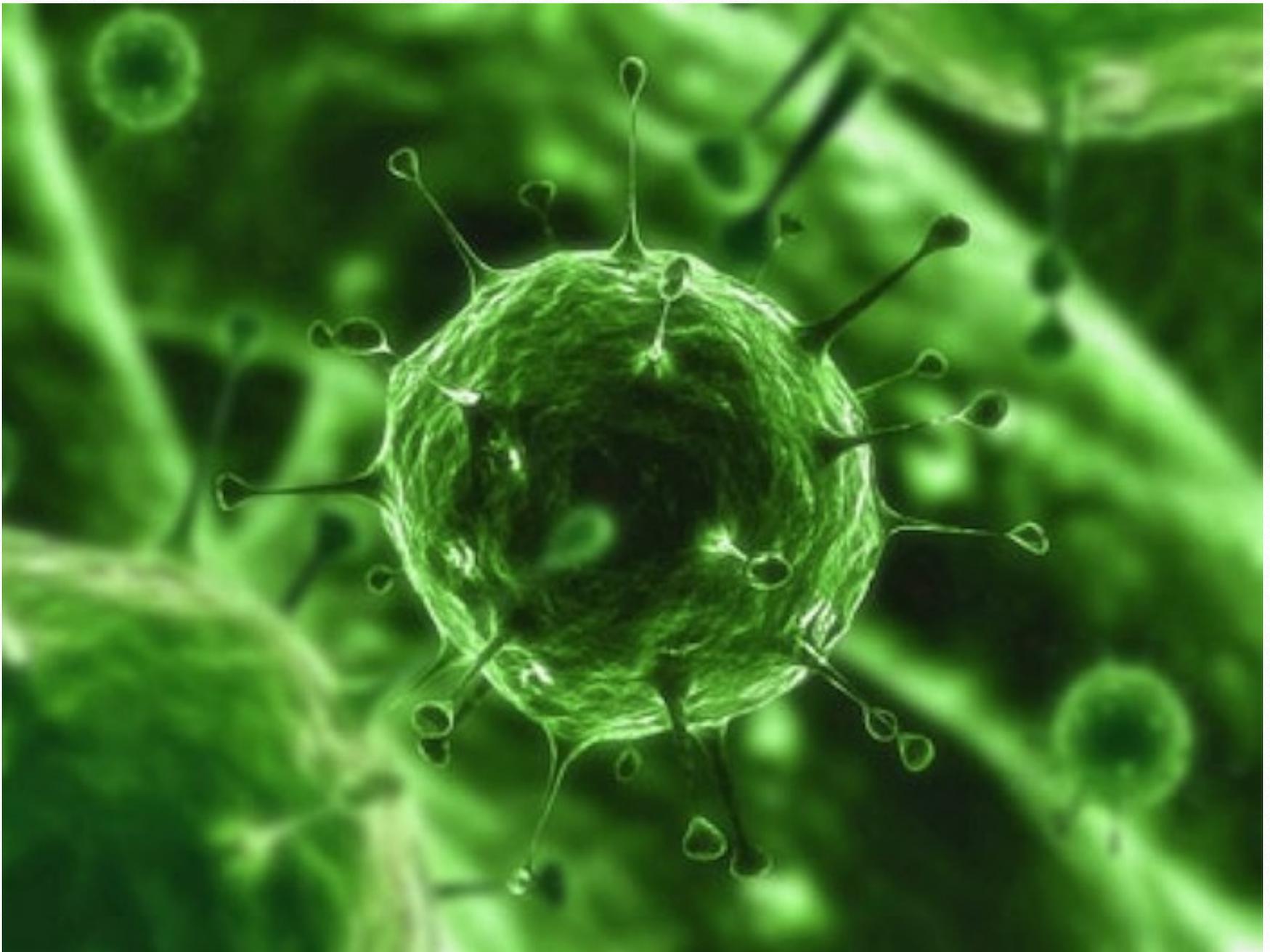
Úlceras aftosas recidivantes

7

VIROSIS

CURSO MANIFESTACIONES ORALES DE
LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS

www.odontocat.com



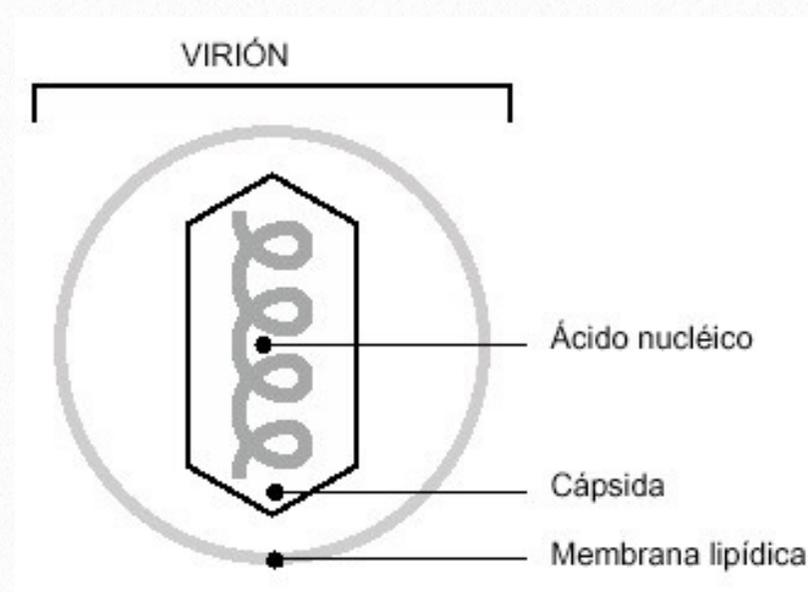
Las dos características fundamentales que presentan los **virus** son su composición simple y su forma de multiplicación especial, siendo ambas propiedades determinantes de su parasitismo intracelular obligado.

La partícula viral madura, denominada **virión** consiste básicamente de un bloque de material genético rodeado de proteínas que lo protegen del medio ambiente y le sirven como vehículo para permitir su transmisión de una célula a otra. Esta estructura puede presentar mayor o menor grado de complejidad.

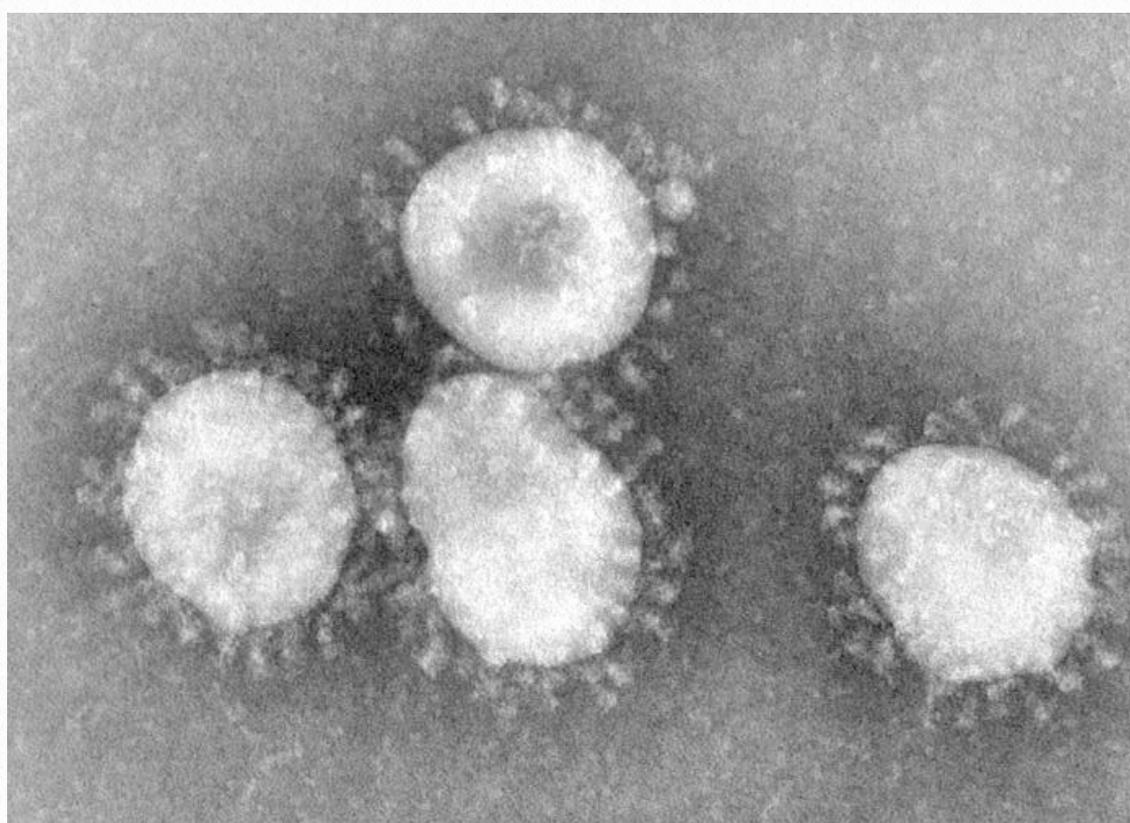
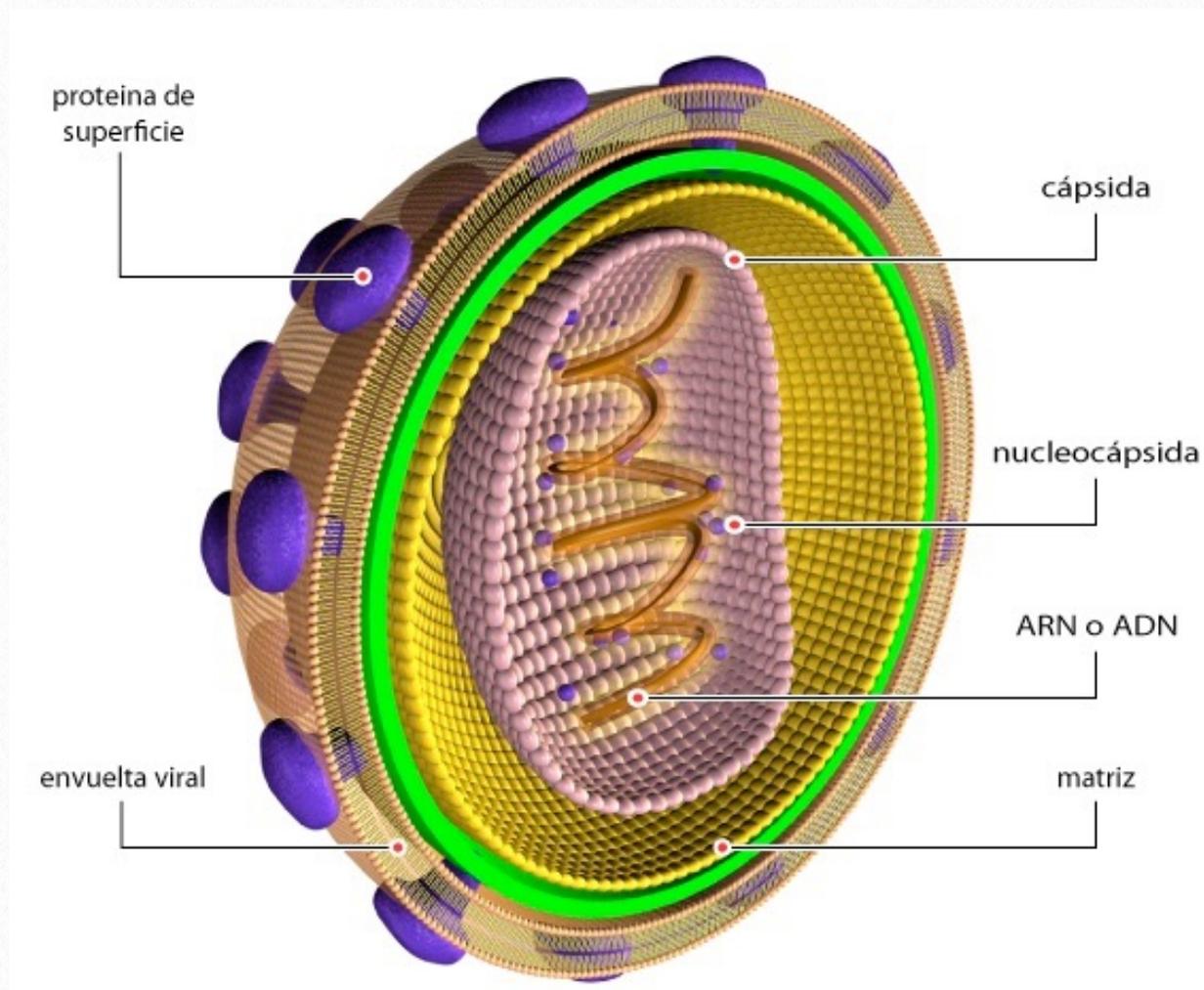
Los virus más pequeños y simples están constituidos únicamente por ácido nucleico y proteínas. El ácido nucleico es el genoma viral, ubicado en el interior de la partícula y puede ser ADN o ARN.

Generalmente está asociado con un número pequeño de moléculas proteicas que pueden tener actividad enzimática o cumplir alguna función estabilizadora para el plegamiento del ácido nucleico de la partícula viral.

Este conjunto de genoma y proteínas íntimamente asociadas se denomina **nucleoide**. El nucleoide está rodeado por una cubierta proteica, la **cápsida**, que junto con el genoma constituye la nucleocápsida. Las cápsidas virales están formadas por un gran número de subunidades polipeptídicas que se ensamblan adoptando una simetría de tipo *helicoidal* (nucleocápsida en forma de bastón) o icosaédrica (partículas casi esféricas).



En algunos virus más complejos, por fuera de la cápside se encuentra otra cubierta, la **envoltura**, que es una estructura membranosa constituida por lípidos y glicoproteínas. Dicha cubierta viral puede ser considerada una cubierta protectora adicional.



Microscopía electrónica de un virus

HERPES VIRUS HUMANO 1

GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA

El **herpesvirus humano 1** (HSV-1) es el miembro de la familia de los herpes virus humanos (HVH) que genera la infección más prevalente de la zona oral. La **primoinfección** por HSV-1 se adquiere generalmente durante la infancia. La seroprevalencia en la población adulta alcanza un 90%.

Frente a ciertos estímulo, el HSV-1 se reactiva, volviendo por los axones hasta el sitio inicial de infección (o cercano a éste), manifestándose como un *herpes labial* o sólo excretándose en forma asintomática por la saliva.

El período de incubación varia de 2 a 20 días, tras lo cual se presenta el cuadro clínico. De inmediato se forman las vesículas agrupadas en ramilletes. Cuando se asientan en la piel de los labios, suelen mantenerse como tales durante un tiempo, incluso días, para después romperse y dar lugar a erosiones cubiertas por costras, producto de la desecación del contenido líquido de la vesícula.

Habitualmente son de color amarillento, pues el contenido de las vesículas es seroso, aunque a veces pueden ser serohemáticas.



Herpes labial



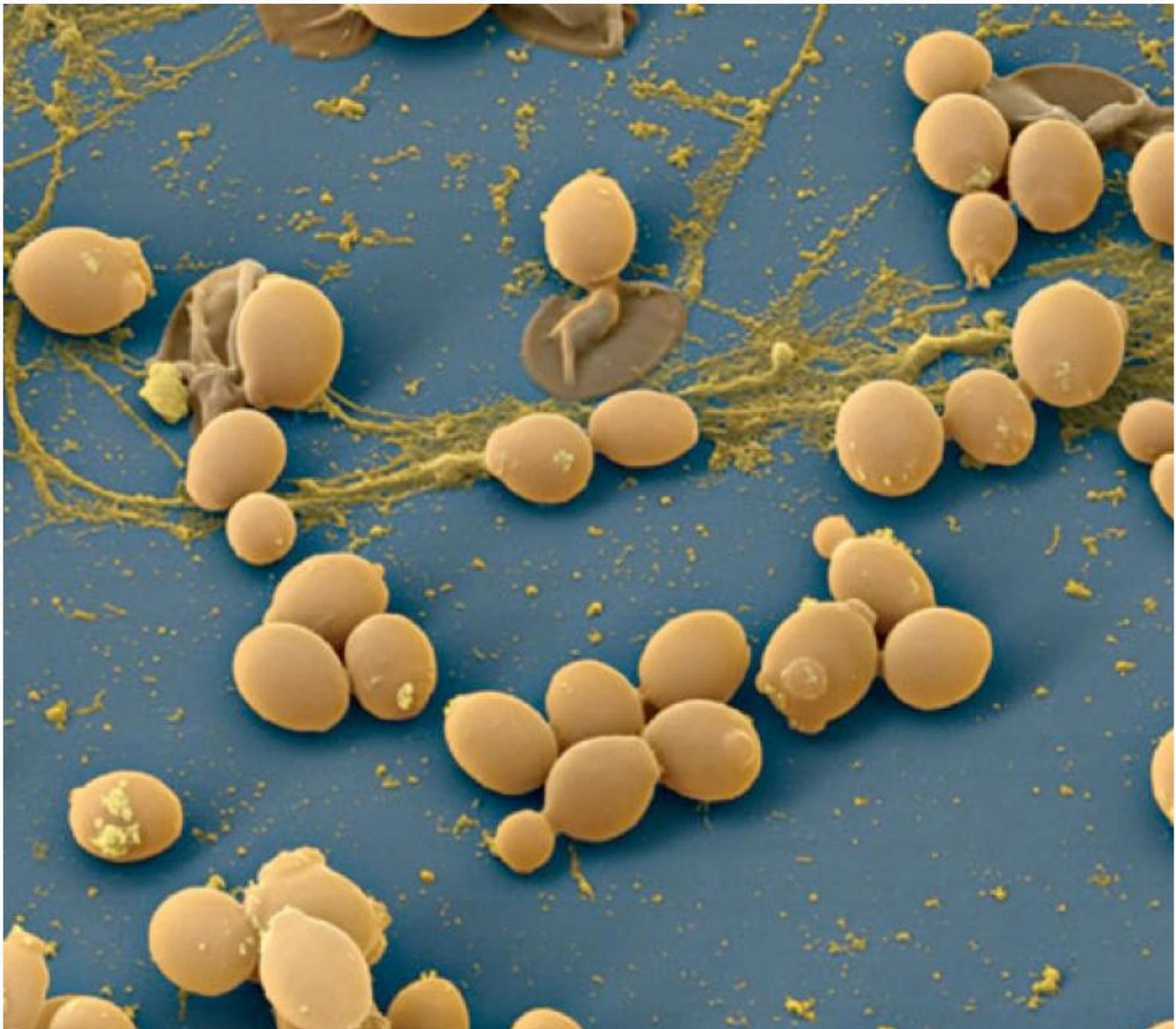
Herpes labial con afectación cutánea

8

MICOSIS

CURSO MANIFESTACIONES ORALES DE
LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS

www.odontocat.com



CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA

La **candidiasis pseudomembranosa** también conocida como muguet, es la forma clínica más conocida.

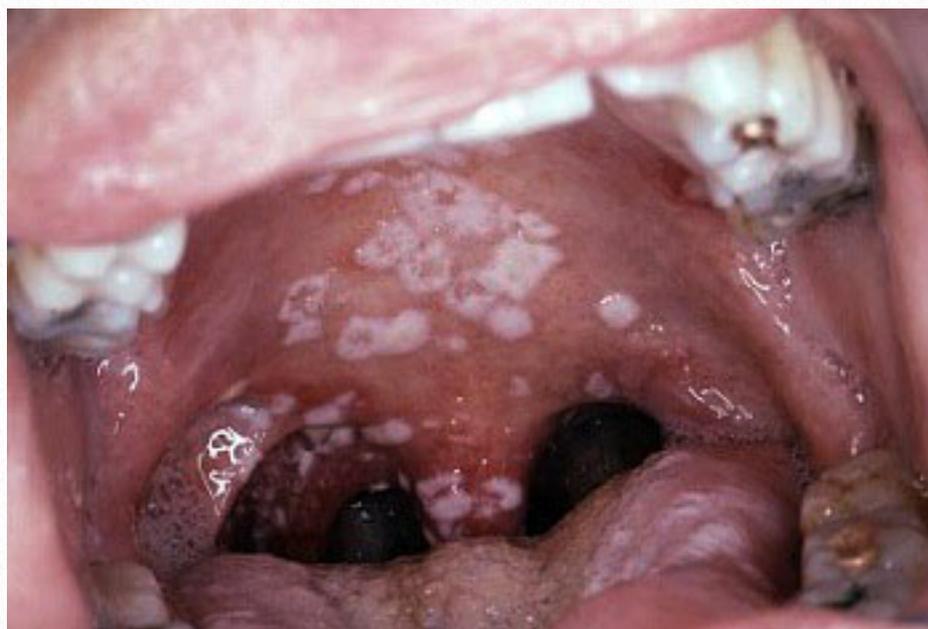
Clínicamente se caracteriza por la presencia de grumos o placas blancas o blanco-amarillentas de consistencia blanda o gelatinosa que crecen de manera centrífuga y que se pueden eliminar por raspado dejando una zona eritematosa, erosionada o ulcerada, en ocasiones dolorosa.

Al ser raspadas se desprenden fácilmente dejando una zona eritematosa, erosionada o ulcerada, en ocasiones dolorosa, con una mucosa adyacente normal en apariencia.

Estas placas cremosas se pueden localizar en cualquier lugar de la cavidad oral aunque predominan en la mucosa yugal, paladar, orofaringe y lengua.

En la mayoría de los casos, la sintomatología es mínima, pero en los casos masivos, los pacientes pueden quejarse de dolor, ardor o disfagia.

En los pacientes infectados por el VIH puede suponer hasta el 50% de las candidiasis y es significativamente más frecuente entre los pacientes con menos de 200 linfocitos CD4/mm³.



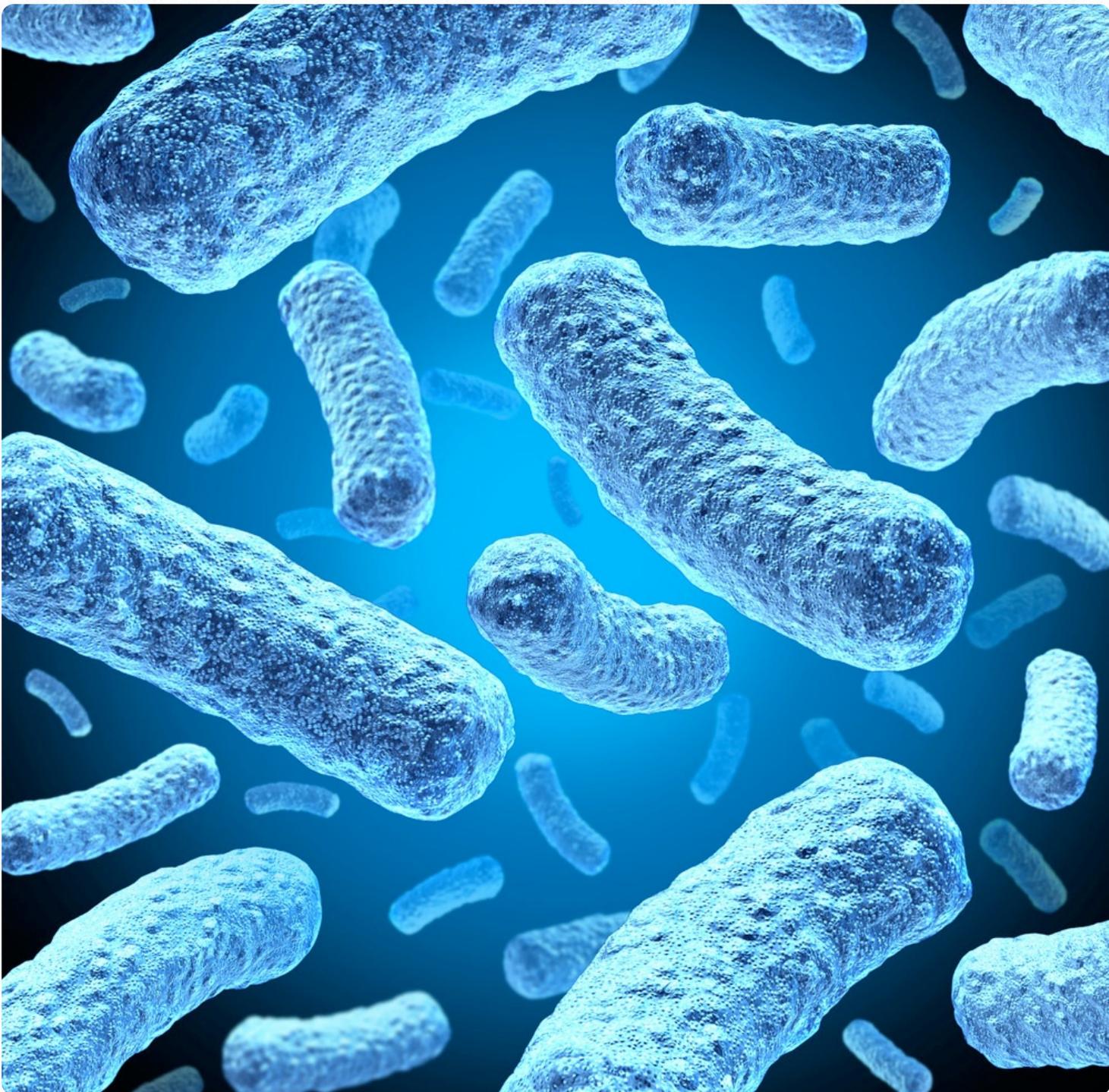
Candidiasis pseudomembranosa en el paladar

9

INFECCIONES BACTERIANAS

CURSO MANIFESTACIONES ORALES DE
LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS

www.odontocat.com



Siempre se debe sospechar el origen infeccioso de cualquier enfermedad aguda que se acompañe de fiebre, con o sin escalofríos o sudoración, y de alguno de los siguientes síntomas o signos: artromialgias, cefalea, fotofobia, odinofagia, diarreas, adenopatías o esplenomegalia.

Además, como signo prácticamente constante se aprecian una o más alteraciones en las cifras absolutas o relativas o en la morfología de plaquetas, hematíes y, sobre todo, leucocitos de sangre periférica.

La presente unidad didáctica la dedicaremos a las siguientes enfermedades infecciosas bacterianas y sus manifestaciones orales:

- **ENFERMEDADES PERIODONTALES NECROTIZANTES**
 - **GINGIVITIS NECROSANTE (GN)**
 - **PERIODONTITIS NECROSANTE (PN)**
 - **ESTOMATITIS NECROSANTE (EN)**
- **SÍFILIS**
- **LINFOGRANULOMA VENÉREO**
- **ESTOMATITIS GONOCÓCICA**
- **TUBERCULOSIS**
- **ACTINOMICOSIS**
- **TULAREMIA**
- **DIFTERIA**
- **LESIONES ORALES ESTAFILOCÓCICAS**
- **LESIONES ORALES POR GRAMNEGATIVOS**

GINGIVITIS NECROSANTE (GN)

A lo largo del tiempo, la **gingivitis necrosante** ha sido conocida con muchos nombres: boca de trinchera (por su frecuencia durante la I Guerra Mundial), gingivitis ulceromembranosa, gingivoestomatitis de Vincent, estomatitis vesiculomembranosa (Rilhet y Barthez), enfermedad de Bergeron (1859), infección fusoespirilar, enfermedad de Plaut-Vincent (1898), gingivitis fusoespirilar, gingivitis séptica aguda y especialmente gingivitis ulceronecrótica aguda (GUNA). En el Consensus Report de la Academia Americana de Periodoncia de 1999, se propuso **gingivitis ulcerativa necrosante (GUN)** dado que el término necrosante implica ulceración y por otro lado, se trataba de una enfermedad aguda. Finalmente, el Grupo de Trabajo en 2017, eliminó el término ulcerativa porque la ulceración se consideró secundaria a la necrosis, quedando como **gingivitis necrosante**.

Es una infección gingival rápidamente destructiva, relativamente rara, que afecta a adultos jóvenes entre 18 y 30 años.

Se caracteriza clínicamente por necrosis de la papila interdental, sangrado espontáneo, dolor y halitosis. El signo principal, casi patognomónico, es la **ulceración y necrosis de las papilas interdentales** con la aparición de cráteres gingivales (decapitación de las papilas).

Es frecuente encontrar sobre la superficie ulcerada una pseudomembrana de color grisáceo o gris-amarillento que en caso de ser retirada deja una superficie sangrante.



Decapitación de papilas en la GN

10

SIDA

**CURSO MANIFESTACIONES ORALES DE
LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS**

www.odontocat.com



Desde que se identificó al **síndrome de inmunodeficiencia adquirida** (SIDA) por primera vez en 1981, la pandemia ha provocado más de 78 millones de infecciones y más de 39 millones de muertes.

Según datos de ONUSIDA, a finales de 2019, 38 millones de personas eran seropositivas. De ellas, el 81% conocía su estado serológico con respecto al VIH, pero 7,1 millones de personas no sabían que estaban viviendo con el VIH. El 67% del total estaba en tratamiento antirretroviral y el 59% había logrado suprimir el virus y, por tanto, el riesgo de infectar a otros.

En 2019, se produjeron 1,7 millones de nuevas infecciones por el VIH, y alrededor de 690.000 personas murieron de enfermedades relacionadas con el sida en todo el mundo.

Desde 2010, las nuevas infecciones por el VIH descendieron alrededor de un 23%, y la mortalidad ha disminuido un 39 % (42% desde 2003).



Número estimado de adultos y niños que viven con el VIH | 2019



Total: 38,0 millones [31,6 millones-44,5 millones]



MANIFESTACIONES ORALES

Las manifestaciones orales son uno de los indicadores de la infección por el VIH más importantes.

Se considera que son un indicador de inmunosupresión temprana y así como de progresión de la enfermedad. Algunas manifestaciones orales, no sólo ayudan al diagnóstico de la infección por VIH, sino que tienen valor pronóstico (y son un marcador de progresión de la infección VIH, indicando que probablemente el paciente tenga una inmunosupresión temprana con unas cifras de linfocitos T CD4 inferiores a 200 células/mm³ y precise de profilaxis de otras infecciones oportunistas (*).

(* Barone R, Ficarra G, Gaglioi D, Orsi A, Mazzotta F. Prevalence of oral lesions among HIV-infected intravenous drug abusers and other risk groups. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.*, 1990; 69: 169-173.

(* Greenspan JS, Greenspan D. The epidemiology of the oral lesions of HIV infection in the developed world. *Oral Dis .*, 2002; 8: suppl 2: 34-39.

(* Shiboski CH, Hilton JF, Greenspan D, Westenhoues JL, Derish P, Vranizan K et al. HIV-related oral manifestations in two cohorts of women in San Francisco. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1994;7:964-971.

Su prevalencia aumenta cuando se deteriora el estado inmunológico del paciente. En algún momento evolutivo de la enfermedad, van a aparecer manifestaciones orales en el 90% de los pacientes y en algunas ocasiones las manifestaciones orales son el primer signo de la enfermedad. Las **lesiones orales** claramente asociadas, que no las únicas, a la infección por el VIH son:

• Candidiasis oral pseudomembranosa	• Eritema gingival lineal
• Leucoplasia vellosa oral	• Gingivitis necrosante (GN)
• Sarcoma de Kaposi	• Periodontitis necrosante (PN)
• Linfoma no Hodgkin	

LEUCOPLASIA VELLOSA

La **leucoplasia vellosa** representa una infección oportunista relacionada con el virus de Epstein-Barr. Parece existir una correlación entre su prevalencia y el descenso de los linfocitos CD4.

Más del 25% de los pacientes VIH + desarrollan leucoplasia vellosa durante el curso de la infección. Es una de las primeras infecciones oportunistas que aparecen en la VIH +, siendo más común entre los varones fumadores. Es más frecuente en recuentos de linfocitos T CD4 menores a 200 cel/mm³.

Se manifiesta como una lesión blanquecina, rugosa, generalmente localizada en los bordes laterales de la lengua. A veces se desarrollan a lo largo del interior de la mejilla o en la parte superior o inferior de la lengua.



Leucoplasia vellosa localizada en la lengua

Su presencia tiene un elevado interés pronóstico, ya que el 10% de los individuos seropositivos con leucoplasia vellosa padece SIDA en el momento del diagnóstico y el 20% padecerá SIDA en los siguientes 8 meses tras el diagnóstico (*).

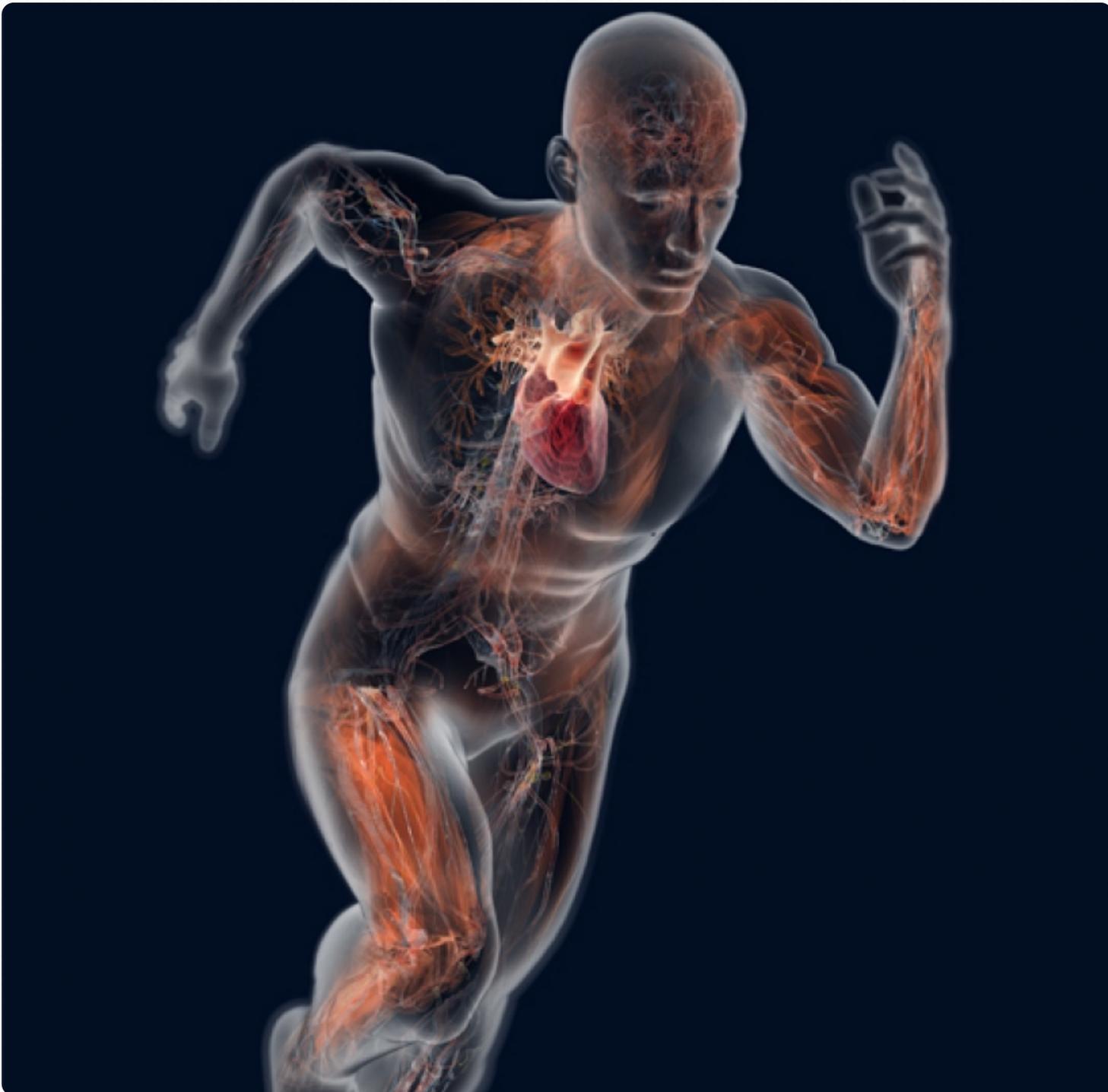
(*) Patton LL, McKaig RG, Eron JJ Jr, Lawrence HP, Strauss RP. Oral hairy leukoplakia and oral candidosis as predictors of HIV viral load. AIDS 1999;13:2174-6

11

ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO

**CURSO MANIFESTACIONES ORALES DE
LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS**

www.odontocat.com



En la presente unidad didáctica veremos las siguientes **enfermedades reumáticas** y sus manifestaciones orales:

- **ARTRITIS REUMATOIDEA**
- **POLIMIOSITIS-DERMATOMIOSITIS**
- **SARCOIDOSIS**
- **GRANULOMATOSIS DE WEGENER**
- **GRANULOMA DE LA LINEA MEDIA**
- **SÍNDROME DE GOLTZ-GORLIN**
- **EPIDERMOLISIS AMPOLLAR**
- **SÍNDROME DE EHLERS-DANLOS**
- **ENFERMEDAD DE PAGET DE LOS MAXILARES**
- **DISPLASIA FIBROSA DE LOS MAXILARES**

ARTRITIS REUMATOIDEA

La **artritis reumatoidea** (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica de origen autoinmune, caracterizada inicialmente por la inflamación de la membrana sinovial o sinovitis, que se extiende hasta otras estructuras articulares como el hueso, el cartílago articular, ligamentos y tendones, causando a la larga su destrucción.

Debido a su carácter sistémico, la inflamación crónica puede afectar a otros órganos, como el sistema nervioso periférico, el corazón, los pulmones, la piel o los ojos, provocando graves lesiones e e incluso poniendo en riesgo la vida del paciente.

En España afecta a unas 200.000 personas con unos 20.000 casos nuevos cada año.



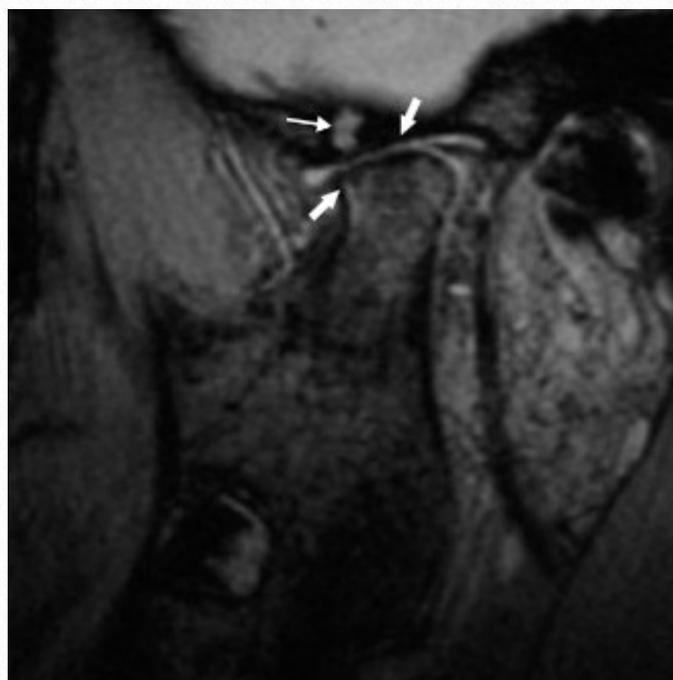
MANIFESTACIONES ORALES

Las principales manifestaciones orales de la AR dependerán de la **afectación de la articulación temporomandibular**. Las más notables son rigidez, crujidos, hipersensibilidad al morder, disminución de la movilidad y en algunos casos puede llegar a la anquilosis. En las radiografías se observan erosiones, y aplanamiento del cóndilo.

La alteración del crecimiento y de la maduración ósea es una característica que distingue la **artritis idiopática juvenil (AIJ)** de las enfermedades reumatológicas del adulto. Ambas son más frecuentes cuanto más precoz es el inicio de la enfermedad.

En la AIJ, la afectación de la ATM se manifiesta con dolor condilar y limitación progresiva de la apertura oral, que puede conducir a la anquilosis (término griego que significa articulación rígida y se puede definir como la imposibilidad para la apertura de la boca como consecuencia a una unión fibrosa u ósea entre el cóndilo mandibular y la fosa glenoidea) (*).

(* Shashikirian ND, Reddy SV, Patil R. Management of temporomandibular joint ankylosis in growing children. J Indian Soc Pedo Pre Dent 2005;23:35



Alteración del crecimiento mandibular con aplanamiento y ensanchamiento del cóndilo temporal y mandibular

12

ENFERMEDADES ÓSEAS

CURSO MANIFESTACIONES ORALES DE
LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS

www.odontocat.com



El **hueso** es un tejido muy activo que está compuesto de una matriz proteica, cristales de hidroxapatita, fosfato de calcio y células vivas.

A los osteoblastos les corresponde producir depósito de matriz (osteide) y su mineralización posterior.

Los osteoclastos son capaces de disolver la fase mineral y causar lisis de la matriz ósea.

Los osteocitos, confinados en sus lagunas pero en comunicación con vías vasculares, son los responsables de un mecanismo constante mediante el cual el hueso es renovado por los osteoclastos y reconstruido por los osteoblastos.

Cualquier alteración que perturbe este mecanismo, que modifique la síntesis de las proteínas, que interfiera con el metabolismo del calcio y el fósforo es capaz de provocar enfermedades del tejido óseo.

En esta unidad didáctica vamos a ver las siguientes entidades nosológicas que pueden tener repercusiones orgánicas a nivel oral:

- **HISTIOCITOSIS**
- **OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA**
- **OSTEOPETROSIS**
- **QUERUBISMO**
- **SÍNDROME DE MARFAN**
- **ACONDROPLASIA**
- **ENFERMEDAD DE GORHAM**

OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA

La **osteogénesis imperfecta** (OI) o enfermedad de los huesos de cristal, es un trastorno hereditario del tejido conectivo que comprende un amplio espectro de presentaciones fenotípicas.

Se trata de un trastorno genéticamente heterogéneo. El 90% de los casos se deben a mutaciones autosómicas dominantes, mientras que el restante 10% se deben a mutaciones autosómicas recesivas o de causa desconocida. Afecta a la producción del colágeno, principalmente del tipo 1.



MANIFESTACIONES ORALES

La principal manifestación oral en ciertos tipos de OI (I, III o IV) es la **dentinogénesis imperfecta** (DI). La dentinogénesis imperfecta fue descrita por primera vez, en 1887, por Guilford como odontogénesis imperfecta, donde describe el caso de un joven de 16 años, físicamente normal, con los dientes de color café oscuro y un desgaste severo hasta el nivel de la encía (*).

(*) Guilford SH. Anomalies of the teeth and maxillae. In: Linch WF. The American System of Dentistry . Philadelphia: Lea Brothers 1887; 3(VI): 415-416.



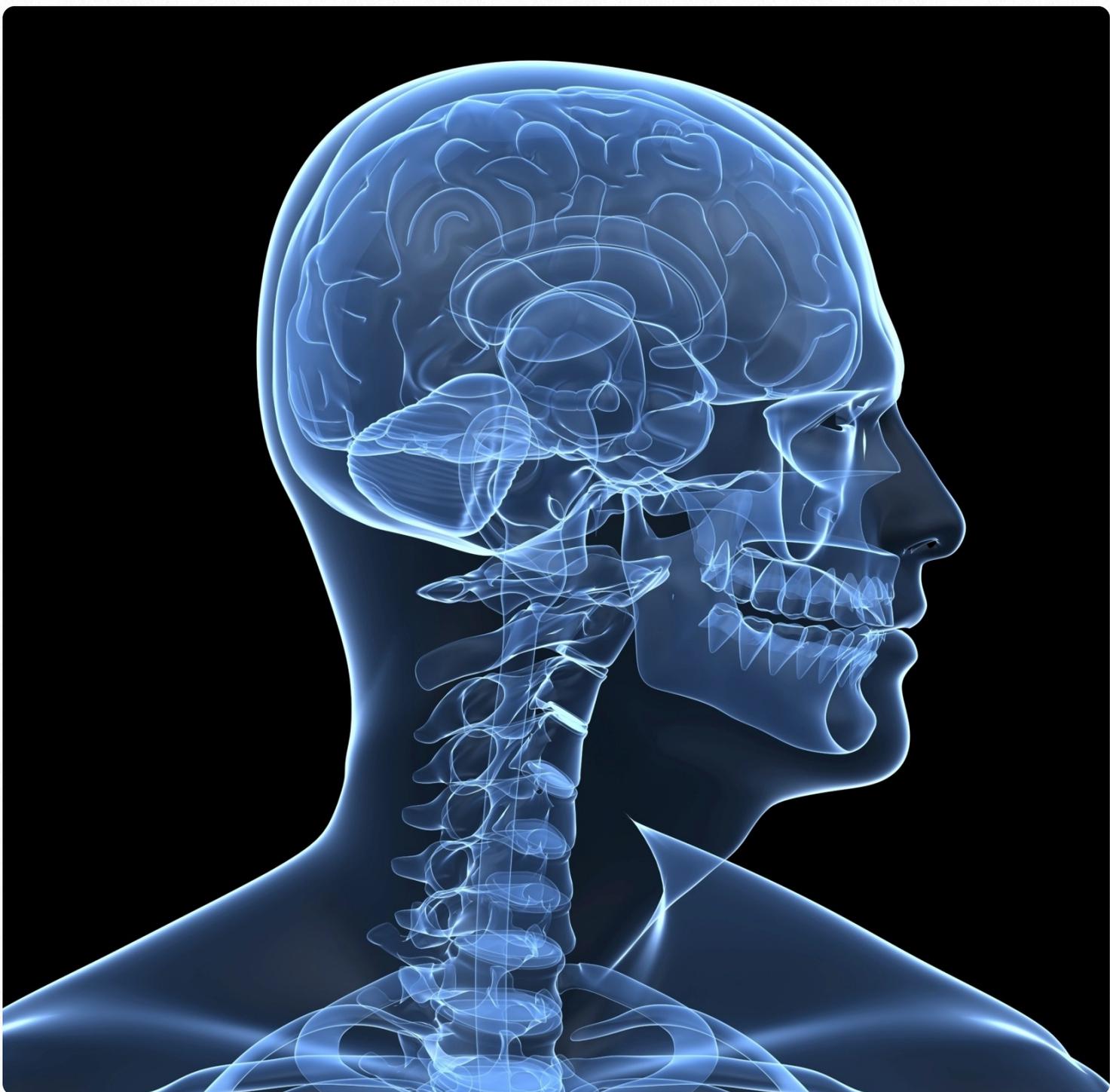
Dentinogénesis imperfecta. Aspecto opalescente, color amarillo-marrón

13

TRASTORNOS GLANDULARES

CURSO MANIFESTACIONES ORALES DE
LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS

www.odontocat.com



En la presente unidad didáctica vamos a ver las siguientes patologías que se manifiestan como **trastornos de las glándulas salivales**:

- SÍNDROME DE SJÖGREN
- ENFERMEDAD DE MIKULICZ
- SÍNDROME DE HEERFORDT-WALDENSTRÖM
- SIALOSIS
- SIALOMETALOPLASIA NECROTIZANTE

SÍNDROME DE SJÖGREN

El **síndrome de Sjögren** (SS) es una enfermedad crónica, autoinmune, caracterizada por la sequedad de mucosas, principalmente oral (xerostomía) y ocular (xeroftalmia), debido a la disminución o ausencia de secreciones glandulares (*).

(*) Talal N: Sjogren's syndrome: historical overview and clinical spectrum of disease. Rheum Dis Clin NA. 1992; 18: 507-516

La hiposecreción glandular es el resultado de mecanismos tanto de interacción celular (infiltrado linfoplasmocítico) como humoral (autoanticuerpos y mediadores inflamatorios).

El carácter autoinmune de la enfermedad es dado por la presencia de autoanticuerpos, algunos de ellos con propiedades patogénicas probadas, por la ausencia de un agente etiológico conocido y por las características histopatológicas.

CLASIFICACIÓN

El **síndrome de Sjögren** se clasifica en primario y secundario.

SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO	No está asociado a ninguna enfermedad
SÍNDROME DE SJÖGREN SECUNDARIO	Aquel asociado a otras enfermedades



Los **síntomas orales** constituyen, en la mayoría de los casos, la **primera manifestación del síndrome de Sjögren**, ya que el 90% de los pacientes que lo presentan tienen algún grado de sequedad oral (*).

(* Scully C, Sjögren's Syndrome: Clinical and laboratory features, immunopathogenesis, and management. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1986; 62(5): 510-523.

En los casos del SS secundario, la disminución de la saliva es mayor y por tanto los síntomas son más expresivos.

SEQUEDAD ORAL

En el SS la función protectora de la mucosa oral se altera. Al no tener la humedad y lubricación adecuadas, se reseca, se atrofia y a veces se agrieta.

La apariencia cambia, de ser húmeda, lubricada, suave y rosada pálida, pasa a verse atrofica, eritematosa, plegada y erosionada y ulcerada en los casos severos.



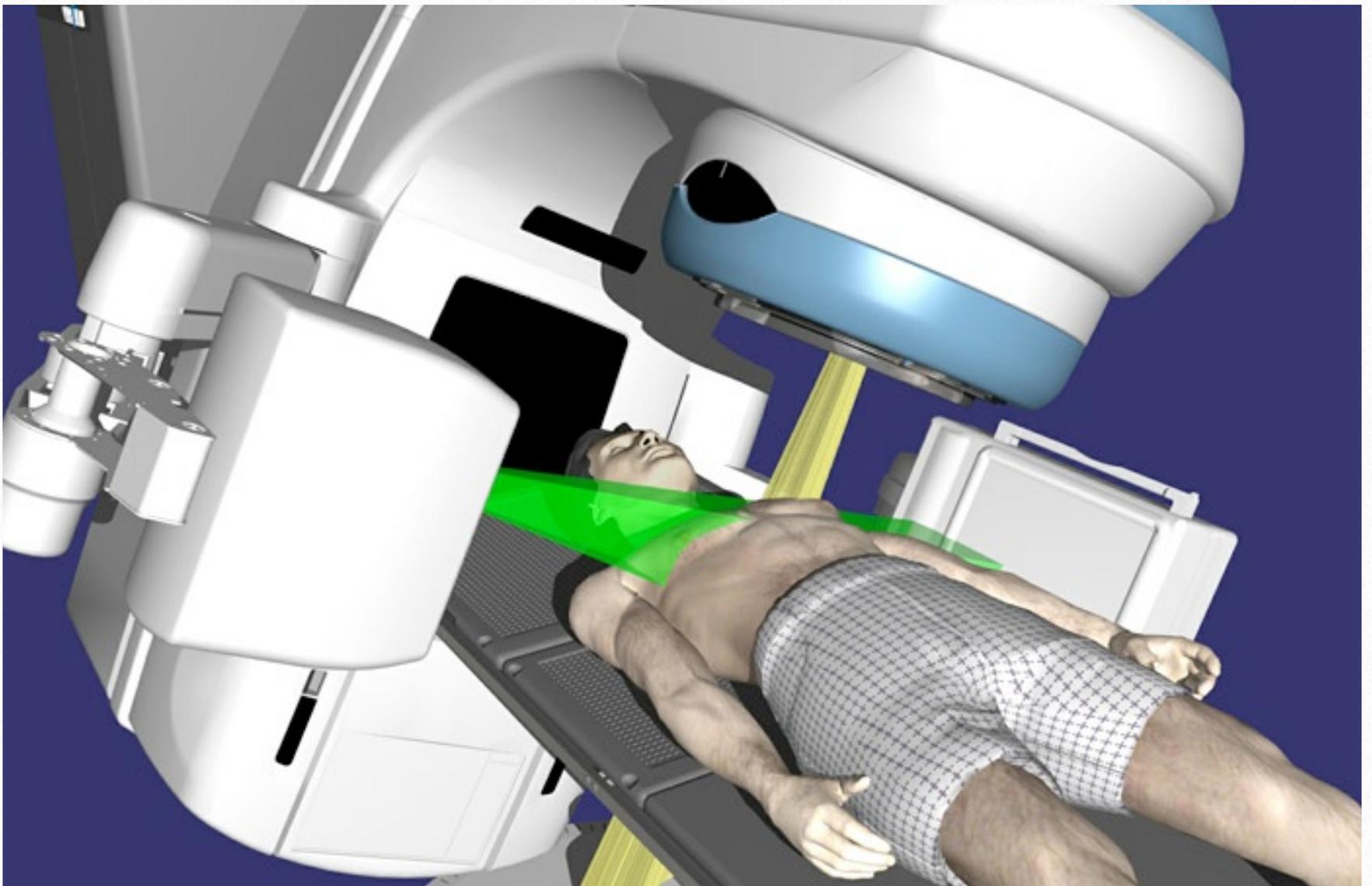
Sequedad oral en el síndrome de Sjögren

14

EFFECTOS SECUNDARIOS ORALES DE LA QUIMIOTERAPIA Y LA RADIOTERAPIA

**CURSO MANIFESTACIONES ORALES DE
LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS**

www.odontocat.com



La cavidad bucal es más susceptible a los efectos tóxicos directos e indirectos tanto de la **quimioterapia** como de la **radioterapia**.

Las causas pueden ser múltiples factores dentro de los que se incluyen: mayor tasa de recambio celular, diversidad de la microflora y trauma sobre los tejidos bucales durante la función normal.

Un 60% de los pacientes con cáncer que están en tratamiento quimioterápico van a padecer en algún momento de su evolución complicaciones orales que pueden extenderse favoreciendo la diseminación o afectación sistémica.

Las complicaciones bucales, tanto de la quimioterapia como de la radioterapia aplicadas al cáncer de cabeza y cuello, pueden comprometer seriamente la salud y la calidad de vida de los pacientes y pueden tener un efecto en el tratamiento propuesto.

Previo al inicio de la terapia de cáncer es importante la detección de enfermedades orales agudas o crónicas, que pueden agravarse una vez iniciado el tratamiento

MUCOSITIS

La manifestación oral más frecuente asociada a la quimioterapia es la **mucositis**. Consiste en una reacción inflamatoria que afecta a la mucosa de todo el tracto digestivo (desde la boca al ano), aunque suele adquirir mayor relevancia en la mucosa oral.

La mucositis es un efecto secundario muy frecuente, apareciendo en un 35-60% de los pacientes que reciben quimioterapia. En el 50% de estos pacientes, las lesiones son severas, pudiendo requerir intervención médica, e incluso modificación del tratamiento quimioterápico.

Existe relación entre un buen estado bucal y una buena higiene oral durante el tratamiento quimioterápico, con una menor incidencia y gravedad de la mucositis.



Mucositis por quimioterapia

PREVENCIÓN DE LA MUCOSITIS ORAL

Antes de iniciar la quimioterapia es preceptivo la eliminación cualquier foco séptico dentario que podría colaborar a la aparición de sobreinfección bacteriana y las complicaciones derivadas de ella. Esto incluye tartrectomía, operatoria dental conservadora y exodoncias. Realizar dichos tratamientos un mes antes, es un plazo correcto para permitir la curación adecuada de los procedimientos terapéuticos realizados.

Una vez iniciada la quimioterapia, es aconsejable que el paciente realice un buen control mecánico de la placa bacteriana con cepillo e hilo dental. Con ello se reduce el riesgo de infección oral de los tejidos blandos.

Los pacientes deben utilizar un cepillo de dientes de cerdas de nylon suave, dos o tres veces al día, con técnicas que limpien específicamente la porción gingival del diente y el surco periodontal, manteniéndolos libres de placa bacteriana. Enjuagar el cepillo en agua caliente por 15 ó 30 segundos durante el cepillado ablanda el cepillo y reduce el riesgo de ocasionar trauma. La limpieza dental con cepillo e hilo dental debe realizarse en el marco de una supervisión apropiada por el personal profesional.

15

HALITOSIS Y XEROSTOMÍA

CURSO MANIFESTACIONES ORALES DE
LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS

www.odontocat.com



La **halitosis** y la **xerostomía** son frecuente motivo de consulta La **halitosis** puede deberse a causas orales o sistémicas. La **xerostomía**, como ya hemos visto anteriormente, suele deberse a fármacos, radioterapia o a patologías con repercusión en las glándulas salivales.

HALITOSIS

El término **halitosis** proviene del latín halitus que significa aliento y del griego osis cuyo significado es anormal.

En general, el término halitosis se usa para describir un olor ofensivo, desagradable, que emana de la cavidad oral.

Las referencias escritas acerca de la halitosis se remontan hasta las culturas más antiguas. Como ejemplo se puede citar al Talmud, libro hebraico escrito hace 2000 años, donde se establece que el matrimonio puede ser legalmente disuelto en caso de mal aliento de uno de los cónyuges. Referencias similares pueden ser encontradas escritos griegos, romanos, islámicos y de inicios de la cristiandad.

La mayoría de los adultos sufren halitosis en algún momento de su vida. Aproximadamente un 30% de los pacientes mayores de 60 años han padecido o padecen en algún momento halitosis. El odontólogo o el médico de familia suelen ser los primeros profesionales a los que se consulta.

Con frecuencia los pacientes con halitosis lo desconocen por la incapacidad de oler el propio aliento, o por la habituación resultante de una exposición mantenida.

La halitosis es un problema social asociado frecuentemente a una mala higiene bucal o a enfermedades de la cavidad oral, pero también puede indicar enfermedades sistémicas severas que necesitan un diagnóstico y tratamiento específicos.

FÁRMACOS

Los fármacos con efectos anticolinérgicos son los que más frecuentemente provocan hiposalivación. Entre ellos se incluyen: antidepresivos tricíclicos, tranquilizantes, sedantes, antihistamínicos, antihipertensivos, agentes citotóxicos y antiparinsonianos.

También se han relacionado algunos fármacos utilizados en quimioterapia.

Categorías de medicamentos xerogénicos y ejemplos

CATEGORIA	EJEMPLO
Anoréxicos	Fenfluramina
Ansiolíticos	Lorazepam, diazepam
Anticonvulsionantes	Garbapentin
Antidepresivos Tricíclicos	Amitriptilina, imapramina
ISRS	Sertralina, fluoxetina
Antieméticos	Meclizina
Antihistamínicos	Loratadina
Antiparkinsonianos	Biperideno, selegilina
Antipsicóticos	Clozapina, clorpromazina
Broncodilatadores	Ipratropium, albuterol
Descongestionantes	Pseudoefedrina
Diuréticos	Espironolactona, furosemida
Relajantes musculares	Baclofen
Analgésicos narcóticos	Meperidina, morfina
Sedantes	Flurazepam

16

TOXICOMANÍAS Y TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

**CURSO MANIFESTACIONES ORALES DE
LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS**

www.odontocat.com



DEFINICIÓN DE DROGA

La OMS define como droga a toda sustancia química (de síntesis o natural) que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

El complejo vínculo del ser humano con las sustancias psicotrópicas hay que enmarcarlo, no solamente en la vertiente sociosanitaria o jurídico-legal, sino en el más amplio círculo antropológico de la cultura.

De hecho, las drogas se han empleado, por la mayor parte de las civilizaciones, como herramientas básicas para complementar sus ritos. Baste recordar el uso del fruto del guaraná por los indios brasileños, el hongo amanita muscaria por los chamanes siberianos, el peyote por los indios huicholes, o el hachís por los hindúes (*).

(*) Escotado A. Historia General de las Drogas. Madrid: Alianza Editorial 2004.



MANIFESTACIONES ORALES

Las manifestaciones orales que se han identificado con mayor frecuencia en los pacientes toxicómanos son: problemas periodontales, lesiones en tejidos blandos y en tejidos duros. También se ha asociado a umbral del dolor exagerado, atrofia de las glándulas salivales, xerostomía, disgeusia y halitosis.

En los **tejidos blandos** se ha observado enfermedad periodontal, queilitis angular, candidiasis, saburra lingual, leucoplasia, hiperpigmentación melánica, retraso de la cicatrización y ulceración gingival y de mucosas.

En los **tejidos duros**, caries atípicas, abrasión o erosión del esmalte, abfracción (ocasionada por sobrecargas biomecánicas debido a fuerzas oclusales deflectivas) y fracturas coronales consecuencia del bruxismo.



Abfracción



Erosión dentaria

Las drogas con mayor acción directa sobre la cavidad oral son: Anfetaminas y derivados, Marihuana, Cocaína, Opiáceos y Alcohol.

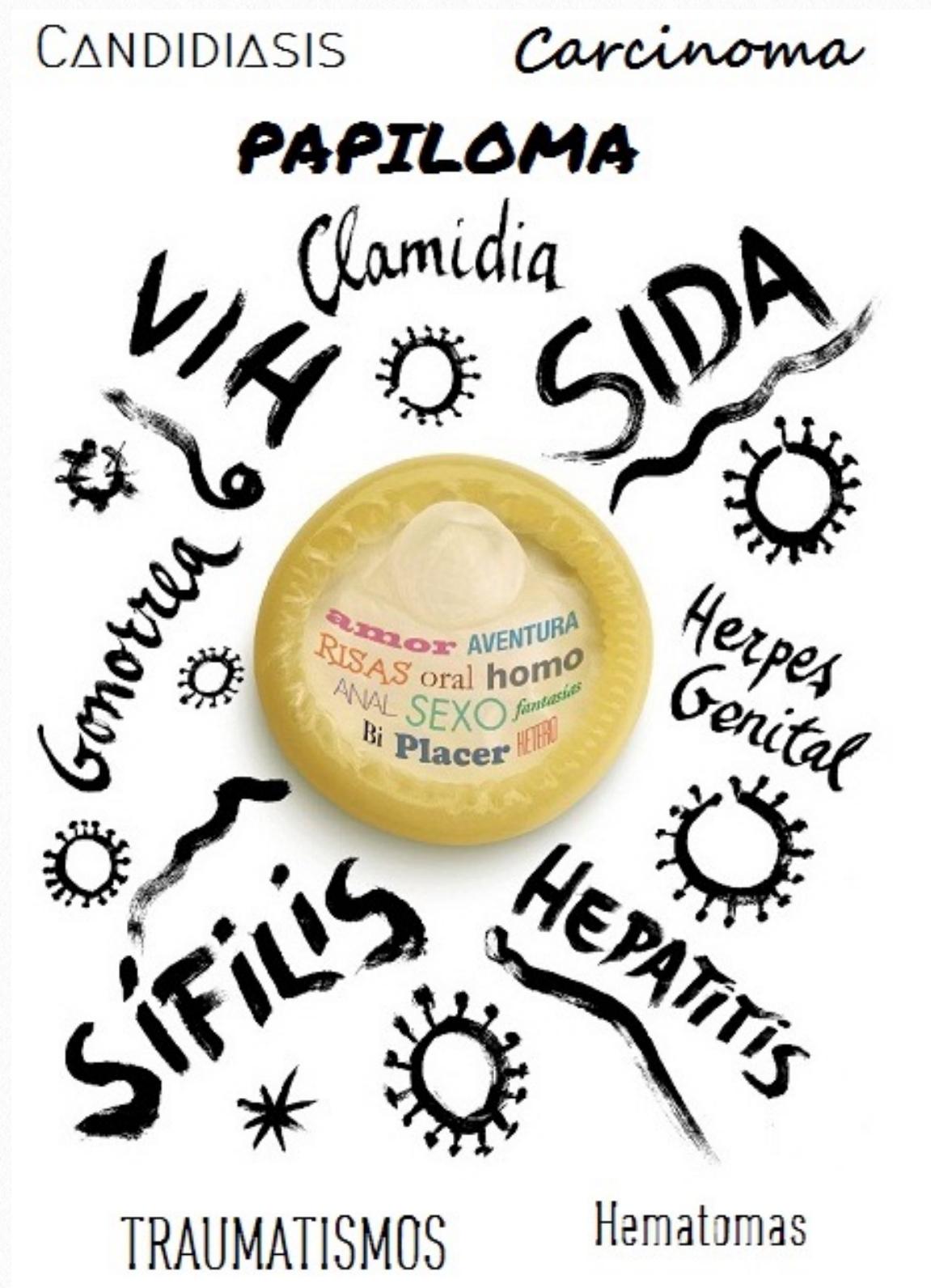
El consumo frecuente de cocaína pura genera una vasoconstricción en la mucosa bucal y en los tejidos del paladar lo que puede progresar en una necrosis que favorece el desarrollo de lesiones como la perforación en la bóveda palatina, en el tabique medio nasal, en las coanas y en las paredes de los senos paranasales.

17

LESIONES ORALES DE ORIGEN SEXUAL

CURSO MANIFESTACIONES ORALES DE LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS

www.odontocat.com



En 1998 la Organización Mundial de la Salud (OMS) cambió el término “enfermedades de transmisión sexual” (ETS) por **infecciones de transmisión sexual** (ITS), ya que muchas de ellas transcurren de manera asintomática.

Las **infecciones de transmisión sexual** (ITS) son enfermedades infecto-contagiosas producidas por microorganismos patógenos que se transmiten durante las relaciones sexuales y que infectan las áreas genitales u otras zonas del cuerpo humano.

Las ITS pueden estar producidas por **bacterias, virus u hongos** y pueden manifestarse de forma local (en el punto de contacto) en mucosas y áreas genitales, o de forma sistémica (en el resto del organismo).

Este tipo de infecciones producen con frecuencia una serie de manifestaciones en la mucosa oral características de cada agente patógeno, siendo estas, en muchas ocasiones, el primer signo de contagio.

Para un diagnóstico precoz es importante realizar un examen clínico exhaustivo y metódico de la región orofacial, incluyendo palpación ganglionar y glandular, así como conocer adecuadamente esta patología (*).

(*) Santander E, Fich F, Salvo A, Pacheco G, Mendoza MI, Garcés C, Amigo M, Villalobos S, García M, Maldonado A, Planet P. Normas de manejo y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Rev Chil Infect 2009; 26(2): 174-190

DATOS DE LA OMS SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (2019)

Entre los más de 30 virus, bacterias y parásitos que se sabe se transmiten por contacto sexual, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de enfermedades de transmisión sexual.

De esas ocho infecciones, cuatro son actualmente curables, a saber: **sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis**.

Las otras cuatro: **hepatitis B**, **herpes simple** (HSV o herpes), **VIH** y **virus del papiloma humano (VPH)**, son infecciones virales incurables, aunque existen tratamientos capaces de atenuar o modificar los síntomas o la enfermedad.

Las ITS se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y **oral**.

SÍFILIS

Tal como ya hemos visto anteriormente, la **sífilis** está producida por el *treponema pallidum* y es el prototipo de enfermedad de transmisión sexual con lesiones orales. Su principal vía de contagio es la sexual.

En los últimos años ha habido un repunte en la incidencia de la enfermedad, debido a la creciente infección por el VIH e inmunodepresión. La mayoría de los casos se producen en adultos jóvenes. Es especialmente frecuente su transmisión entre varones homosexuales.

La **sífilis primaria** se caracteriza por una lesión conocida como **chancro**, que se origina en el lugar de penetración del microorganismo en la mucosa (genital u oral). Consiste en una úlcera indolora e indurada con bordes sobrelevados, que dura entre 3 y 6 semanas, y es altamente contagiosa.

Aunque es infrecuente su presentación en la faringe, tenemos que pensar en ella ante la presencia de úlceras necróticas de gran tamaño, en la zona amigdalal habitualmente, con adenopatías ipsilaterales asociadas.

La presencia de una ulceración mucosa implica un aumento de riesgo de contagio de otras enfermedades de transmisión sexual, sobre todo VIH.

En la **sífilis secundaria** se producen lesiones orales inespecíficas, como faringitis, placas y úlceras orales.

La manifestación más característica son los parches mucosos, placas superficiales, irregulares y dolorosas, a veces ulceradas, cubiertas por una membrana necrótica de color blanco-grisáceo y eritema circundante.



Manifestaciones orales de sífilis secundaria

La **sífilis terciaria** se corresponde con unas lesiones llamadas gomas, que son granulomas que producen la destrucción de los tejidos a nivel local, pudiendo aparecer en diversos órganos, incluyendo el área orofaríngea.

También puede manifestarse como una glositis con atrofia de la mucosa, que puede terminar en una transformación maligna.

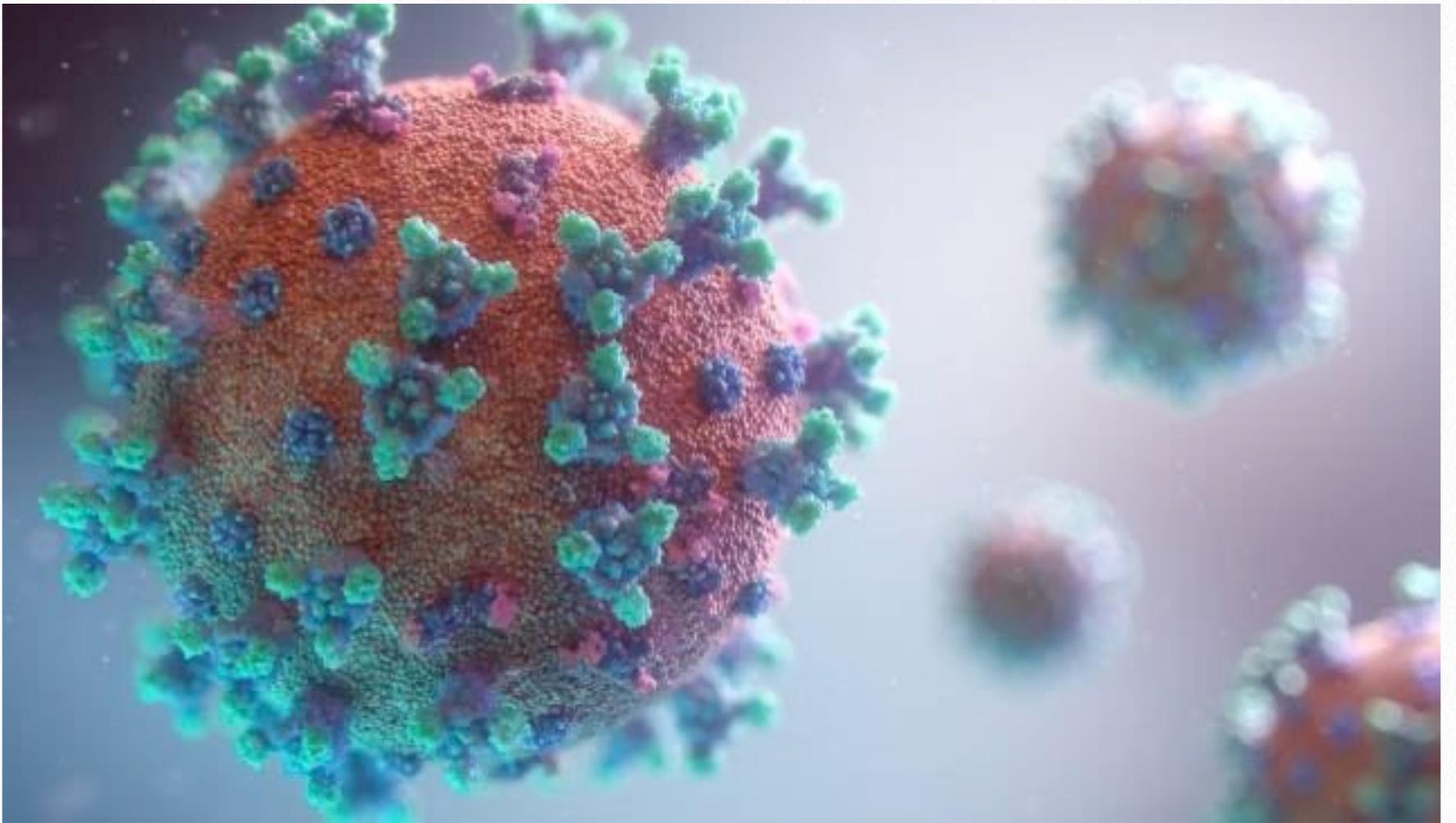
Cuando las manifestaciones orofaciales constituyen la presentación inicial de la sífilis, su diagnóstico se retrasa con frecuencia debido al desconocimiento de las formas típicas de presentación en esta localización. Su diagnóstico precoz es fundamental para prevenir la extensión de la enfermedad.

18

REPERCUSIONES ORALES DEL COVID-19

CURSO MANIFESTACIONES ORALES DE
LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS

www.odontocat.com



El 11 de Marzo 2020 la OMS declara oficialmente al coronavirus como una **pandemia**. En el mundo hay 119.300 contagiados confirmados, 66.000 recuperados y 4.200 muertos.

Coronavirus: la OMS declara la pandemia a nivel mundial por Covid-19

MIÉ 11 MARZO 2020.

Tedros Adhanom, director de la OMS, ha asegurado que están "altamente preocupados" por el avance del Covid-19

El 15 de marzo 2020 comienza el **estado de alarma** en España y el **confinamiento** de los ciudadanos. La **atención odontológica** también tuvo que adaptarse al estado de alarma y seguir una serie de normas dictadas por los Colegios profesionales y el Consejo General de Dentistas de España.

Entre los **síntomas orales** que se han descrito en los pacientes COVID-19, están la **ageusia** (pérdida del sentido del gusto), la **hipogeusia** (disminución del sentido del gusto) y la **disgeusia** (alteración del sentido del gusto) (*).

(*) Vaira, L. A.; Salzano, G.; Deiana, G. & De Riu, G. Anosmia and ageusia: common findings in COVID-19 patients. Laryngoscope, 130(7):1787, 2020.

Unas posibles **manifestaciones orales** de COVID-19 han sido publicada en Oral Diseases, el 5 de mayo de 2020, con el título "“Oral vesiculobullous lesions associated with SARS-CoV-2 infection”"

ORAL DISEASES
Leading in Oral, Maxillofacial, Head & Neck Medicine



Oral vesiculobullous lesions associated with SARS-CoV-2 infection

Carmen Martín Carreras-Presas ✉, Juan Amaro Sánchez, Antonio Francisco López-Sánchez, Enric Jané-Salas, Maria Luisa Somacarrera Pérez

First published: 05 May 2020 |



ANEXO. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS ÚLCERAS ORALES

Las **úlceras orales** son trastornos frecuentes producidos por una pérdida de continuidad del epitelio de la mucosa oral, acompañado de una pérdida variable del tejido conectivo subyacente.

Son lesiones inflamatorias con múltiples y diversas etiologías.

Pueden manifestarse de manera aguda, crónica o recurrente. Las formas recurrentes tienen una prevalencia de un 20% en la población general.

Las causas de las úlceras orales son muy variadas: infecciosas, enfermedades cutáneas, neoplasias, enfermedades hematológicas, enfermedades gastrointestinales, enfermedades reumáticas, fármacos y radioterapia.

Cuando se desconoce la causa se denomina aftosis oral, que frecuentemente cursa de forma recurrente.

La aftosis oral recurrente consiste en la aparición de episodios repetidos de úlceras sin que exista una causa conocida. Son úlceras orales en número y tamaño variable según la forma de presentación, la cual también condiciona el tiempo necesario para su resolución. Existen factores que favorecen su aparición, pero no son causales.

El tratamiento de la aftosis oral es sintomático, mientras que las úlceras orales de causa sistémica, además del tratamiento tópico, se tratará la enfermedad de base.

En el presente anexo veremos las principales características del diagnóstico diferencial de las úlceras bucales en relación a su etiología, localización, signos clínicos y evolución.



GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA

SALVO QUE SE
INFECTEN DE FORMA
SECUNDARIA, LAS
LESIONES QUE DURAN
MÁS DE TRES SEMANAS
NO SON CAUSADAS
POR INFECCIÓN
PRIMARIA POR VIRUS DE
HERPES SIMPLE.

ETIOLOGÍA

Virus herpes simple 1 y raras veces tipo 2.

LOCALIZACION

Mucosa de labios y boca (mucosa vestibular, gingival y lingual)

TIPO DE LESION

Vesículas labiales que se rompen y encostran y vesículas intrabucales que se ulceran rápidamente.

CLÍNICA

Dolor, gingivitis, fiebre, malestar general, halitosis y linfadenopatía cervical.

Afecta predominantemente a lactantes, niños y adultos jóvenes

CURSO CLÍNICO

Cura espontáneamente en 10 a 14 días.



MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

ETIOLOGÍA

Virus de Epstein-Barr

LOCALIZACION

Mucosa oral en la unión del paladar blando y duro

TIPO DE LESION

Úlceras pequeñas, múltiples petequias y lesiones aftoides

CLÍNICA

Astenia, faringitis, malestar general, fiebre y linfadenopatía cervical que aparece algunos días antes de las lesiones orales

CURSO CLÍNICO

Las lesiones bucales desaparecen en la convalecencia



LIQUEN PLANO



LIQUEN PLANO EROSIVO

**LAS PLACAS
BLANCAS NO SE
DESPRENDEN AL
RASPARLAS.**

LOCALIZACION

Mucosa oral y encías

TIPO DE LESION

Estrías blancas y, ocasionalmente, úlceras de la mucosa bucal y gingivitis erosiva (forma erosiva). Las placas blancas no se desprenden al rasparlas.

CURSO CLÍNICO

Las estrías blanquecinas suelen ser asintomáticas. Las lesiones erosivas suele ser difíciles de tratar