

Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen
Volume **60**

Número
Number **1**




Enero-Febrero
January-February **2003**

Artículo:




VI. Mucosa bucal. Lesiones ampollares (vesiculares y bulosas)

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Dental Mexicana, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

VI. Mucosa bucal. Lesiones ampollares (vesiculares y bulosas)

José L. Castellanos
León, Gto. México.

Para efectos de comparación:
Recurrir al primer número de esta serie.
(Revista ADM, 2002; 59:73)

Anatómicamente una ampolla en la epidermis o la mucosa se define como una vejiga o bolsa pequeña, llena por lo general, de líquido seroso. De acuerdo a su tamaño se les denomina vesículas a las ampollas menores de 5 mm y bulas a las de mayor tamaño.

De acuerdo a su localización histológica se observan dos variantes, la primera denominada (a) **Intraepitelial**, formada dentro del seno del propio epitelio (Figuras 19 A y B) y (b) **Subepitelial**, ya que se forma entre los tejidos epitelial y conectivo (Figura 20).

En la cavidad oral, es difícil encontrar lesiones en estado ampollar puro, ya que la mecánica bucal produce roturas, vaciándolas de su contenido líquido, dando la posibilidad que aparezca una cubierta móvil que facialmente se desprende dejando la superficie ulcerada. La úlcera puede ser roja intensa o sangrante dependiendo de la lesión que se trate, o puede ser la reminiscencia de una condición ulcerada involucionando hacia un estado curativo. En algunas enfermedades como el penfigoide ampollar y el pénfigo vulgar, se puede producir por frote una ampolla como prueba diagnóstica, se le conoce como Signo de Nikolsky.

La etiología de aparición de las lesiones ampollares en boca es inmuno-inflamatoria. Dependiendo de la localización anatomohistológica de la reacción será el tipo de lesión ampollar que se presente, ejemplo de lesiones orales conocidas son:

Intraepitelial: Pénfigo vulgar (Figura 19)
Subepitelial: Penfigoide ampollar (Figura 20), penfigoide cicatrizal, liquen plano ampollar (Figura 21), eritema multiforme (Figura 22) y epidermólisis ampollar.

Expresado de una manera superficial lo referente a los mecanismos patogénicos, las reacciones inmuno-in-

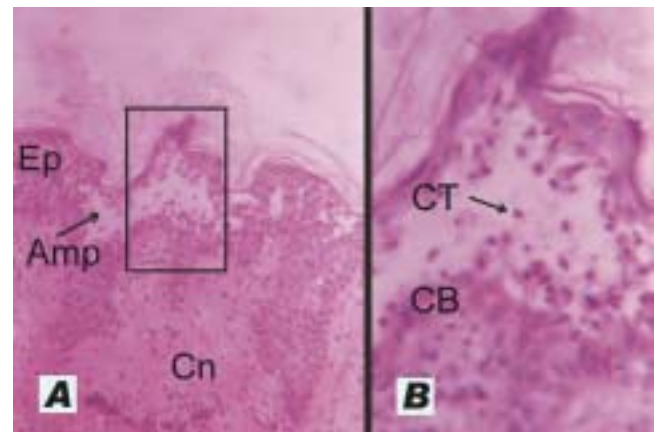


Figura 19. Vesícula intraepitelial. Lesión por pénfigo vulgar. A. Nótese la separación dentro del tejido epitelial proper. Ep = Epitelio, Cn = Tejido conectivo, Amp = Ampolla. B. Aumento del recuadro en A. CB = Capa basal, CT = Células de Tzank, células sueltas por queratinólisis. Cortesía del Dr. José Báez Mendoza. León, Guanajuato.

flamatorias, alteran las uniones desmosomales y otros mecanismos de adherencia de los queratinocitos (célula-célula), en las lesiones intraepiteliales. Ocurriendo lo mismo con los mecanismos de adhesión brindados por una variedad de proteínas y los hemidesmosomas que existen entre tejido conectivo y epitelial, para el caso de las lesiones subepiteliales (tejido-tejido).

El diagnóstico de estas lesiones depende de un adecuado balance entre la información clínica e histopatológica. El reporte histológico debe ser sólo confirmatorio. Particularmente sabiendo que en ocasiones es difícil obtener un diagnóstico definitivo en una muestra para biopsia mal obtenida, ya sea por que fuera tomada de una lesión secundaria (úlceras), que demostrará infiltrados

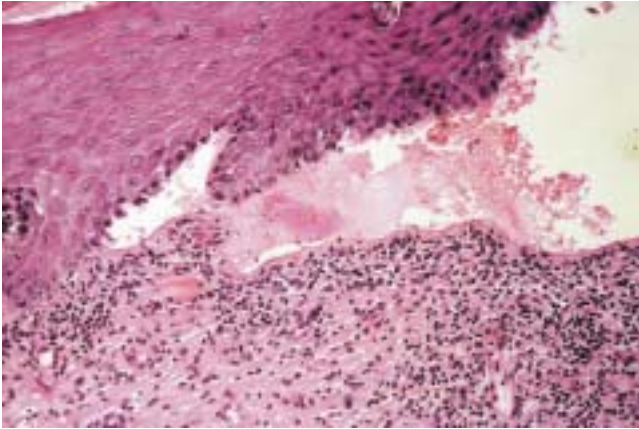


Figura 20. Vesícula subepitelial. Lesión por penfigoide ampollar o penfigoide benigno de la mucosa. En la mitad superior se observa el grosor epitelial total, separado del tejido conectivo, conservando la integridad de la capa basal. En la porción central de la imagen se observa un espacio llenado de líquido seroso y sangre. La porción inferior representa una vista del tejido conectivo mostrando un infiltrado inflamatorio moderado. Reproducido con permiso de Castellanos: Medicina en odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas, 2a Edición D.R. © 2002. Cortesía del Manual Moderno S.A. de C.V.

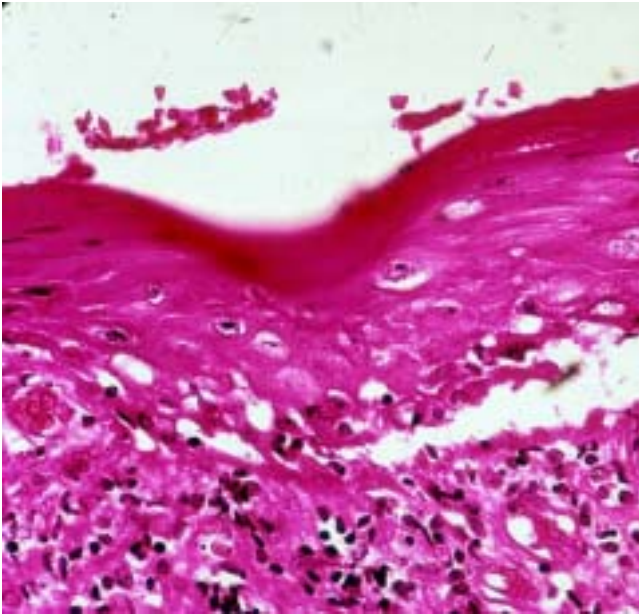


Figura 21. Vesícula subepitelial. Lesión por liquen plano ampollar. La capa basal epitelial está destruida observándose en el centro de la imagen la separación entre tejido conectivo y epitelial. El tejido conectivo presenta un infiltrado monocítico periepitelial, característico del proceso patológico.

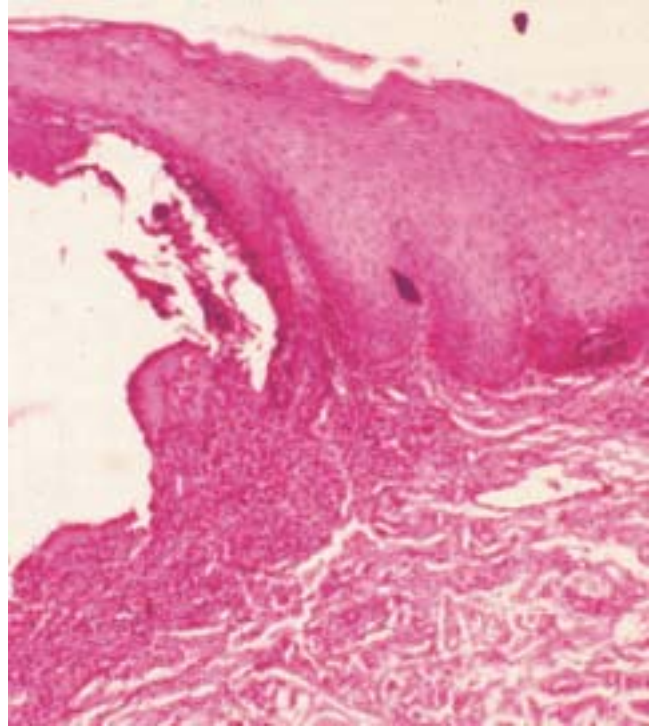


Figura 22. Vesícula subepitelial. Lesión por eritema multiforme. Proceso destructivo y necrótico del epitelio de revestimiento de la mucosa. La figura muestra una vesícula vacía con infiltrado inflamatorio subepitelial. Reproducido con permiso de Castellanos: Medicina en odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas, 2a Edición D.R. © 2002. Cortesía del Manual Moderno S.A. de C.V.

inflamatorios aumentados por infección o trauma agregados “desdibujando” la imagen diagnóstica “típica”; o por que se hubiere desprendido la cobertura de la lesión durante el proceso de toma de biopsia, en estos tejidos proclives a su separación.

Reimpresos:
Dr. José Luis Castellanos
Blvd. Campestre 506 Desp. 301,
Jardines del Moral
León, Guanajuato, México CP. 37161
Este documento puede ser visto en:
www.medigraphic.com/adm