

El examen estomatológico: un aliado subutilizado

*Publicado en el Boletín de Información
Clínica Terapéutica de la ANMM^a*



Foto: Xenia

Pocas áreas del cuerpo humano son tan accesibles a la exploración clínica y ofrecen al médico tanta información de posibles afecciones locales y sistémicas como la boca. La inspección de la región bucal (excluyendo la exploración detallada de dientes y su estructura periodontal, que son competencia del odontólogo) es un procedimiento simple, pero que debe hacerse en forma ordenada y sistematizada, yendo de afuera hacia adentro y de arriba hacia abajo sin omitir ninguna zona, con ayuda de una buena iluminación, guantes desechables y un abatelenguas para identificar tanto a las variantes de la normalidad, como a las principales alteraciones de la mucosa y piel circundante, tales como las modificaciones en el color e integridad, así como los cambios en textura, consistencia y volumen detectables mediante palpación. Al mismo tiempo es posible registrar cambios en la sensibilidad, gusto, humedad y actividad motora, lo mismo que evidenciar modificaciones de la es-

tructura bucodental que señalen el antecedente de eventos traumáticos, quirúrgicos o enfermedades que condujeron a la pérdida de dientes, hueso alveolar, tejidos blandos circundantes, o al desarrollo de neoformaciones o deformidades.

COLOR

El color de la mucosa se define como “rosa coral” en personas de piel clara, aunque en individuos de piel oscura es normal encontrar zonas de pigmentación melánica fisiológica o racial, la cual es usualmente simétrica y se distribuye en sitios determinados (encía insertada, mucosa de carrillos y bordes de la lengua), incrementándose con el paso del tiempo en respuesta a la acción de agentes externos (p. ej., traumatismo crónico, tabaquismo o medicamentos). El médico debe tener especial cuidado en registrar la presencia de zonas pigmentadas aisladas, irregulares, dolorosas, o aquellas máculas melanóticas multifocales lenticulares o difusas relacionadas con sintomatología sistémica (considerar la posibilidad de síndromes tales como Peutz-Jeghers, Laugier-Hunziker, enfermedad de Addison y otros) (**figura 1**). La biopsia incisional está indicada en algunos casos para descartar melanoma (**figura 2**), mientras que la biopsia excisional suele requerirse para

^aAcademia Nacional de Medicina. El examen estomatológico: un aliado subutilizado. Boletín de Información Clínica Terapéutica. 2014;23(1):1-9.

Los artículos publicados en el *Boletín de Información Clínica Terapéutica* son fruto de la labor de los integrantes del Comité, por ello no tienen autoría personal ni referencias bibliográficas.



Figura 1. Hiperpigmentación melánica difusa en enfermedad de Addison.



Figura 2. Melanoma de diseminación superficial en mucosa de paladar.

confirmar el diagnóstico de lesiones sospechosas de tatuajes por metal, nevos celulares, e incluso por razones estéticas (ver *Boletín de Información Clínica Terapéutica de la ANMM*, Vol. XVI, No.4, 2007).

La presencia de zonas eritematosas y atróficas comúnmente se encuentra más asociada a irritación local, pero se debe considerar también la posibilidad de candidosis crónica, especialmente a nivel del dorso lingual (atrofia papilar central) y en la mucosa palatina (zonas de eritema usualmente por debajo de una prótesis en malas condiciones de higiene). Si el frotis citológico confirma la presencia de hifas de *Candida spp.*, entonces es necesario indagar su origen, ya que a menudo se presenta como infección oportunista por causas diversas (diabetes mellitus, uso de corticosteroides o antibióticos de amplio espectro, síndrome de Sjögren, etc.).

INTEGRIDAD

La mucosa de la cavidad bucal tiene varias funciones, entre las que destaca el actuar como una barrera protectora al ingreso de sustancias tóxicas y microorganismos, por lo que no debe presentar erosiones o ulceraciones. A menudo la presencia de estas se asocia a sintomatología dolorosa, como ocurre en las lesiones de origen traumático (úlceras por mordeduras, bordes dentarios irregulares, prótesis desajustadas, etc.), aftas, infecciones virales, reacciones medicamentosas adversas (**figura 3**) y en algunas enfermedades mucocutáneas (liquen plano,



Figura 3. Úlceras extensas producidas por metotrexate.



Figura 4. Carcinoma escocelular temprano de borde lateral de lengua.

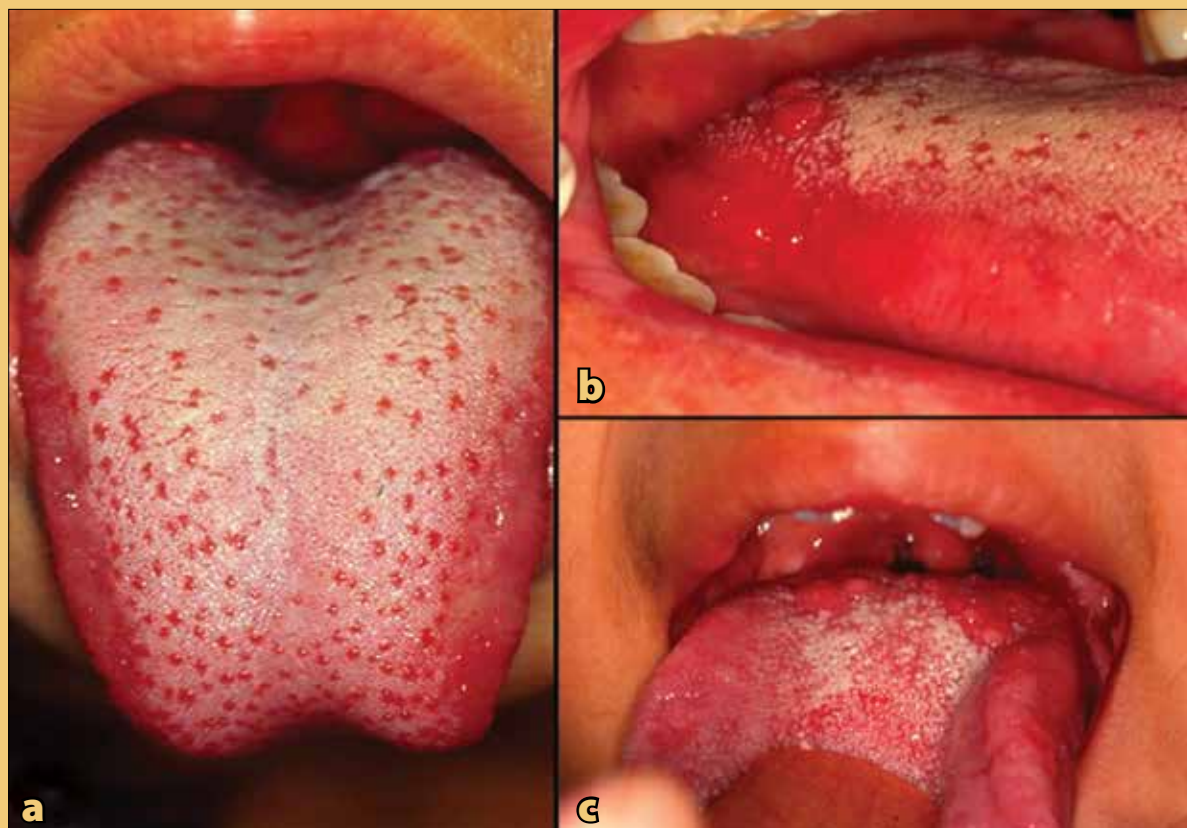


Figura 5. a) Papilas filiformes y fungiformes dispersas en el dorso de la lengua. b) Papilas foliáceas en borde y papila caliciforme en dorso lingual. c) Papilas caliciformes formando la "V" lingual.

eritema multiforme y otras menos frecuentes pero más graves, tales como pénfigo vulgar y penfigoides de membranas mucosas) (ver *Boletín de Información Clínica Terapéutica de la ANMM*, Vol. XII, No. 3, 2003); consecuentemente, ante el hallazgo de una lesión erosiva o ulcerativa, es necesario complementar el examen estomatológico con información relevante sobre la existencia presente o pasada de lesiones cutáneas (máculas, vesículas, costras, etc.), sintomatología sistémica (fiebre, linfadenitis), antecedentes de cuadros clínicos similares o consumo de fármacos posiblemente relacionados a su origen; además, el omitir la exploración completa de la mucosa bucal podría pasar por alto la existencia de zonas erosionadas o ulceraciones relativamente asintomáticas, tales como algunos casos de carcinoma escamocelular en etapa temprana, el cual es la neoplasia maligna más

frecuente de la región bucal, misma que suele estar asociada a lesiones precursoras como eritroplasia o leucoplasia, por lo que la presencia de zonas eritematosas atróficas o placas blancas hiperqueratósicas en su vecindad suelen apoyar el diagnóstico, y la biopsia es necesaria para confirmarlo (**figura 4**) (ver *Boletín de Información Clínica Terapéutica de la ANMM*, vol. XIX, No 3, 2010).

TEXTURA

La mucosa de la cavidad bucal presenta normalmente áreas distintas en su textura de acuerdo a las funciones que realiza, y por ello se clasifica en 3 tipos:

1. Mucosa masticatoria

Está queratinizada, adherida a periostio, y participa en el prensado y molido del alimento. Está repre-



Figura 6. Dorso lingual de paciente con ausencia de papilas fungiformes.



Figura 7. Área depilada en glositis migratoria benigna (lengua geográfica).

sentada por la encía insertada y el paladar duro, cuyas texturas son levemente granulares, o como “cáscara de naranja” en el caso de la encía sana y rugosa para el paladar duro; las arrugas palatinas son características individuales que no se repiten de un sujeto a otro, por lo que su registro en modelos de yeso es usado como elemento de identificación.

2. Mucosa de revestimiento

No está queratinizada, es delgada, lisa y cubre las superficies móviles y protegidas de la acción masticatoria (ubicada en labios, carrillos, paladar blando, pilares de la orofaringe, vientre lingual y piso de la boca). Al revestir estructuras laxas bien vascularizadas y ricas en glándulas salivales menores suele ser más húmeda y de un color rosado más intenso que la mucosa masticatoria, con vascularidad más evidente en algunas áreas como el piso de la boca y el vientre lingual, sitios de elección para la absorción de algunos fármacos como nitroglicerina, nifedipino, ketorolaco y tramadol, entre otros.

3. Mucosa especializada

Está representada por la zona papilar del dorso y bordes de la lengua (**figura 5**). Existen 4 tipos de papilas linguales:

1. Filiformes: las más numerosas, ocupan la mayor parte del dorso de la lengua móvil, son queratinizadas y carecen de corpúsculos gustativos, por lo que su función principal es abrasiva al desmenuzar los alimentos hasta convertirlos en partículas susceptibles de ser procesadas para otras funciones del aparato digestivo.
2. Fungiformes: dispersas entre la filiformes, con forma de hongo, son pediculadas, no queratinizadas (rojizas) y se distribuyen principalmente en la punta y zonas laterales del dorso lingual y en su superficie epitelial contienen corpúsculos gustativos que perciben principalmente los sabores dulce, salado y ácido.
3. Caliciformes o circunvaladas: localizadas en la interfase del tercio medio y base de la lengua, forman la “V” lingual con el vértice mirando a la orofaringe, y suele haber entre 6 y 13 papilas grandes, con abundantes corpúsculos gustativos que registran principalmente el sabor amargo.
4. Foliáceas: ubicadas en la zona posterior del borde lingual, en forma de pliegues por su contenido intramucoso de tejido linfóide, glándulas salivales accesorias y tejido nervioso; contienen abundantes corpúsculos gustativos con predilección por los sabores ácido y salado).



Figura 8. Gránulos de Fordyce en mucosa de carrillo.



Figura 9. Leucoplasia homogénea de borde de lengua.



Figura 10. Torus palatino.

Trastornos y alteraciones

Se pueden producir trastornos gustativos como disgeusia o hipogeusia por atrofia epitelial secundaria a estados carenciales y radioterapia, y ageusia, disgeusia o parageusia secundarias al consumo de algunos medicamentos (p. ej., terbinafina, metronidazol, zopiclona, y otros), o por trastornos neurológicos de naturaleza diversa (síndromes con indiferencia al dolor [p. ej., Riley-Day], parálisis de Bell, etc.), aunque también puede haber modificaciones en el gusto por una disminución en el número de papilas con corpúsculos gustativos, lo cual puede ocurrir en ausencia de otras alteraciones (**figura 6**).

Una causa común de alteración transitoria de la textura del dorso lingual es la glositis migratoria benigna (lengua geográfica), una condición inflamatoria de la lengua que produce áreas de eritema parecidas a mapas, las cuales no son constantes en tamaño, forma o localización. Se observa en alrededor del 1-3% de la población. Las áreas rojas presentan en su periferia un aumento en el grosor de las papilas filiformes, dando como resultado zonas rojas de descamación circundadas por un borde amarillento. Estos patrones cambian de forma, aumentan o disminuyen su tamaño y se extienden o mueven de lugar de un día a otro, dando el carácter migratorio a dicha condición (**figura 7**). No debe confundirse con problemas secundarios a deficiencias nutrimentales o infecciones por *Candida*, en los que no hay historia de migración. Ocasionalmente se presenta asociada a psoriasis, especialmente en el paciente adulto, en cuyo caso suele considerarse una manifestación intrabucal de la enfermedad. Los gránulos de Fordyce son glándulas sebáceas ectópicas que pueden presentarse en el borde bermellón, mucosa retrocomisural, carrillos o zona retromolar, y representan la causa más común de alteración de la textura en la mucosa de la boca. Son pequeñas pápulas de color amarillento que no producen malestar, tienden a incrementar su frecuencia con la edad y no requieren tratamiento (**figura 8**).

Se debe tener especial cuidado al evaluar la textura de la mucosa, sobre todo en zonas de alto riesgo para cáncer, como los bordes laterales y vientre de la lengua y el piso de boca. La presencia de zonas atróficas eritematosas sin causa aparente (eritroplasias), áreas granulares o placas blancas hiperqueratósicas



Figura 11. Agrandamiento gingival generalizado por nifedipino.



Figura 12. Malformación vascular sanguínea del dorso lingual.

(leucoplasias moteadas y homogéneas) deben ser investigadas a fondo mediante biopsia y actuar en consecuencia al diagnóstico histopatológico, ya que muchas de ellas pueden presentar displasia epitelial o ser ya carcinomas *in situ* o invasores (**figura 9**).

Algunas infecciones pueden ocasionar alteraciones clínicas similares (candidosis crónicas, leucoplasia vellosa por virus del Epstein-Barr y micosis profundas, entre otras) y su identificación precisa tiene implicaciones con respecto al estado sistémico de los afectados (más comúnmente observadas en pacientes inmunocomprometidos), por lo que su hallazgo justifica realizar exámenes complementarios específicos para indagar su origen, pues no es raro que puedan presentarse como manifestación inicial de algún trastorno sistémico potencialmente letal (VIH/SIDA, histoplasmosis, inmunosupresión por causas diversas, etc.).

CONSISTENCIA Y VOLUMEN

Los tejidos blandos que envuelven a los huesos maxilares, los que rodean a los dientes, los que dan grosor a las paredes de la mucosa bucal y los que conforman a la lengua se deben observar y palpar bilateralmente para comparar su consistencia, detectar posible asimetría, neoformaciones o cambios en la sensibilidad y dolor. En ocasiones hay deformidades debidas al sobrecrecimiento del hueso en forma localizada (exostosis, torus mandibulares o palatinos)

sin consecuencias para el paciente (**figura 10**) o en forma difusa (p. ej., displasias óseas); en estos casos se requiere la mayor información clínica posible sobre su evolución y sintomatología asociada, y en situaciones no consideradas como variantes de la normalidad es necesario el estudio por imagen (ortopantomografía, tomografía axial computarizada [TAC]) para conocer la definición, extensión y relación con dientes y estructuras vecinas, a fin de considerar la posibilidad de tratarse de lesiones del desarrollo (displasia fibrosa, hipertrofia hemifacial, etc.), neoplasias (tumores odontogénicos, neoplasias osteogénicas benignas y malignas) o enfermedades sistémicas relacionadas (displasia craneofacial, neurofibromatosis tipo I, síndrome de Gardner, etc.).

Debido a las características morfofisiológicas de la mucosa de la cavidad bucal, es muy frecuente la presencia de lesiones pseudotumorales de origen traumático (inflamatorio), secundarias a mordedura crónica de una zona localizada, roce de aparatos protésicos u ortodóncicos, sarro dental (placa bacteriana mineralizada) o por algunos medicamentos o síndromes genéticamente determinados que favorecen la sobreproducción de colágena en el tejido gingival de manera progresiva y asintomática (**figura 11**). Entre los medicamentos que con mayor frecuencia ocasionan este agrandamiento gingival generalizado se encuentran anticonvulsivantes como la fenitoína,



Figura 13. Macroglosia causada por linfangioma.



Figura 14. Neurofibroma en mucosa gingival inferior.

pero también se asocia al uso de carbamacepina y valproato de sodio. Igualmente se reporta una incidencia alta de esta entidad con el uso de bloqueadores de los canales del calcio, especialmente con nifedipino, amlodipino y verapamilo. Otros fármacos asociados a este efecto incluyen ciclosporina y anticonceptivos orales. El riesgo de sobrecrecimiento gingival se incrementa al existir una higiene bucodental deficiente (ver *Boletín de Información Clínica Terapéutica de la ANMM*, vol. XXII, No.1, 2013).

La edad del paciente y la coloración son aspectos importantes a considerar en la presentación de los aumentos tisulares, ya que en la infancia prevalecen las malformaciones vasculares sanguíneas y linfáticas (hamartomas), de color rojo-violáceo las primeras (**figura 12**) y de superficie pseudo-vesicular las segundas. Ambas, pero especialmente los linfangiomas, constituyen la principal causa de macroglosia de la infancia (**figura 13**).

En niños y jóvenes la lesión pseudotumoral más frecuente suele ser el granuloma piógeno, que es rojo, ulcerado, pediculado y suele crecer relativamente rápido en sus etapas iniciales, para luego madurar y producir fibrosis, lo que reduce su tamaño y lo vuelve menos blando a la palpación. En los adultos de edad mediana y mayores son más frecuentes las hiperplasias fibrosas reactivas a una causa traumática (fibromas irritativos e hiperplasias fibrosas por dentadura), pero la ausencia de un factor traumático local y el antecedente positivo de factores de riesgo para cáncer (especialmente el

consumo de tabaco y alcohol) debe hacer sospechar esta posibilidad, especialmente si la lesión es infiltrante (indurada) o se ulcera sin tendencia a sanar al cabo de 2 semanas. En los adultos mayores es importante tener en cuenta, además de las posibilidades antes mencionadas, la existencia de enfermedades sistémicas que produzcan agrandamiento tisular, como los depósitos de amiloide por causas diversas, sialosis (agrandamientos glandulares salivales por diabetes, alcoholismo o desnutrición) y neoplasias malignas primarias o metastásicas a los tejidos bucales.

La presencia de neoformaciones en el espesor de la mucosa puede deberse a neoplasias de tejidos mesenquimatosos (leiomiomas, tumores de vaina nerviosa) (**figura 14**), glandulares (adenomas) o linfadenopatías (especialmente en ganglios genianos entre piel y mucosa de carrillos). Su evaluación se puede complementar con estudios de ultrasonido y en la mayoría de casos está indicada la referencia al cirujano maxilofacial para realizar la biopsia excisional. Finalmente conviene recordar que la presencia de enfermedades o el consumo de fármacos que provocan deshidratación o anorexia suelen acompañarse de una falta de descamación del dorso lingual e hiposalivación, lo que provoca lengua saburral (con materia alba y debris celulares adheridos al dorso). Cuando hay dolor asociado, la causa puede ser infecciosa o tumoral, y la explicación de este cuadro clínico reside en la falta de movilidad normal de la lengua, lo que limita su capacidad de autolimpieza. ●