

REPERCUSIÓN DE LA PATOLOGÍA BUCODENTAL EN LA SALUD GENERAL

THE MAINING OF ORAL PATHOLOGY IN THE HEALTH

Félix-Manuel Nieto Bayón¹

¹*Académico de Número, Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*

Clínica Estomatológica Médico- Quirúrgica, Dr. Nieto Bayón
C/ Santiago 14 - 47001 - Valladolid. Tfno. 983 356 292
fmnietobayon@hotmail.com

Comunicación presentada el 19 de abril de 2018 en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid por motivo del *Ciclo La Caixa*.

An Real Acad Med Cir Vall 2018; 55: 269-286

RESUMEN.

Consideramos de gran interés el conocimiento de la cavidad oral y de su patología, ya que la boca es la puerta de entrada no solo de alimentos, sino de gérmenes, toxinas, y a veces de cuerpos extraños que provocan la enfermedad. Tanto es así, que resulta la primera barrera defensiva con que el enemigo se encuentra en su afán de progreso al interior de nuestro organismo, manteniendo de esta manera nuestra salud.

Hablaremos de la boca y su conformación, así como de la patología localizada o derivada de ella al resto de nuestro organismo

La identificación de lesiones orales, es la alarma de que puedan existir enfermedades en otros lugares de nuestra economía.

Una correcta y precoz exploración, incluida la radiológica en la primera visita, ayuda a descubrir patologías a distancia en nuestro organismo, así como lesiones locales que pueden permanecer ocultas y asintomáticas en ocasiones, y que evolucionaran a una degeneración tanto de las mucosas como de las estructuras dentales y óseas.

A lo largo de estos años de experiencia clínica, nuestra condición, otorga el conocimiento global que interrelaciona la boca y el organismo en general, es por eso que debemos esmerar nuestras exploraciones, haciendo de esta manera la debida prevención de enfermedades sistémicas de mayor calibre.

Por lo tanto, esa primera exploración y el diagnóstico, son de máxima importancia para poder llevar a cabo un tratamiento correcto, correspondiente con nuestra profesionalidad.

La salud oral nos confirma, en muchas ocasiones la salud corporal integral, o nos da el primer aviso serio de que algo está ocurriendo en nuestro organismo.

Haremos un recordatorio anatómico de los labios como candado de esa puerta de entrada, que conjuntamente con los dientes, nos muestran la importancia de la sonrisa como carta de presentación ante los demás.

Palabras clave: Boca, Dientes, Patología.

ABSTRACT.

We consider of great interest the knowledge of the oral cavity and its pathology, since the mouth is the entrance door not only of food, but of germs, toxins, and sometimes of foreign bodies that provoke the disease. So much so, that it is the first defensive barrier that the enemy finds in his eagerness to progress inside our organism, maintaining our health.

We will talk about the mouth and its conformation, as well as the pathology located or derived from it to the rest of our body.

The identification of oral lesions is the alarm that there may be diseases in other parts of our economy.

A correct and early exploration, including radiological examination at the first visit, helps to discover pathologies at a distance in our organism, as well as local lesions that may remain hidden and asymptomatic at times, and that evolve to a degeneration of both the mucous membranes and the dental and bone structures. Throughout these years of clinical experience, our condition, provides the global knowledge that interrelates the mouth and the organism in general, that is why we must take care of our explorations, doing in this way the proper prevention of systemic diseases of greater caliber.

Therefore, that first exploration and diagnosis are of the utmost importance in order to carry out a correct treatment, corresponding with our professionalism.

The oral health confirms us, in many occasions, the integral corporal health, or it gives us the first serious warning that something is happening in our organism. We will make an anatomical reminder of the lips as a padlock of that entrance door, which together with the teeth, show us the importance of smiling as a letter of introduction to others.

Key words: Mouth, Teeth, Pathology.

INTRODUCCIÓN

Ya manifestó el Prof. Dr. Lucas Tomás, catedrático de Medicina Oral de UCM, en el LXVI Congreso Mundial de la FDI, realizado en Madrid (julio 1978), que: *“La Boca es el primer compartimento del Aparato Digestivo, por lo que su patología supera las tradicionales caries y entra a formar parte de la salud general del paciente”*

El conocimiento de la anatomía y funciones de la cavidad oral, nos será de gran utilidad a la hora de comprender la importancia de esta parte de nuestro cuerpo. Por ello, preservar una buena salud buco-dental es un aspecto fundamental, ya que está directamente relacionada con el bienestar del resto de órganos de nuestra economía.

A la hora de comentar la anatomía de la cavidad oral, debemos comenzar diciendo que la boca es el órgano considerado como la puerta de acceso a nuestro organismo, siendo pieza fundamental del mismo, realizando funciones básicas como la masticación, respiración y que igualmente utilizamos para emitir sonidos a fin de comunicarnos.

La boca está limitada en su parte anterior por los labios, mientras que en su interior encontramos la lengua y los dientes, que se alinean en los huesos maxilares en forma de arco parabólico.

Una de las principales particularidades que presenta la cavidad oral, es que todas las paredes se encuentren recubiertas por mucosa, y su estructura es diferente según su localización, así la mucosa que recubre el hueso alveolar está más queratinizada en superficie, mientras que en el resto destaca principalmente por ser más lisa y suave. Finalmente, la mucosa queratinizada que se encuentra en la zona del paladar presenta un aspecto rugoso y cuenta con una función masticatoria muy importante.

Como ya hemos comentado anteriormente, la cavidad oral cuenta con una amplia variedad de funciones, además de ser parte fundamental en la digestión, habla y respiración.

Igualmente destacaremos el valor estético que ofrece en la expresión facial, especialmente a día de hoy, donde la estética dental juega un papel muy relevante, y cada vez son más habituales tratamientos con implantes dentales y carillas (laminas cerámicas), que tienen como fin principal mejorar la estética y funcionalidad del paciente.



Figura 1.

A la hora de comer ingerimos los alimentos por la boca y los trituramos con los dientes, iniciando la primera fase de la digestión, debido a la acción de los enzimas secretados por las glándulas salivales.

Por último comentaremos como una correcta salud bucodental será también de vital importancia en el habla, puesto que la falta de dientes o una mala posición de los mismos hace posible que la pronunciación y masticación no sean correctas.

1. Repercusión de la patología bucodental en la salud general

La Cavidad Oral

Se encuentra situada en el tercio inferior del macizo cráneo facial, estando conformada por estructuras óseas como son los huesos maxilares en la región superior y la mandíbula en la inferior, todos ellos recubiertos por la mucosa bucal, con la inserción en sus apófisis alveolares de los dientes.

Entre ambos maxilares encontramos el órgano lingual, al fondo la úvula o campanilla y en la parte más posterior el istmo de las fauces y la región orofaringe. Esta cavidad está cerrada lateralmente por la región geniana de las mejillas y su entrada está constituida por los labios.

Ya hemos dicho como la boca está considerada la puerta de entrada de la salud o la enfermedad y los labios el candado que da o cierra el paso a las mismas. La ausencia de salud bucodental afecta al bienestar del paciente, mientras que su salud se interrelaciona con la de todo el organismo y favorece la belleza y autoestima.

Por lo tanto, podemos considerar, que los componentes de la boca de fuera adentro son: labios, dientes, lengua, mucosas y glándulas salivales, productoras del líquido salival o saliva, que facilita la formación del bolo alimenticio una vez que los alimentos han sido triturados por los dientes.

La función más característica de la boca es la masticación a través de sus órganos dentarios, pero también facilita el habla, la respiración y la deglución.

Una infección en la boca puede dar lugar a la diseminación de las bacterias a través del torrente circulatorio dando lugar a una bacteriemia que puede afectar a múltiples órganos como: cerebro, corazón, pulmón... etc., incluso al sistema muscular y articulaciones.

Labios

Proporcionan la entrada a la cavidad oral, y decimos que es el candado de la misma, que se abrirá o cerrará de acuerdo a nuestras necesidades o criterios. Su función es proporcionar competencia durante la masticación y reposo, participan en la fonoarticulación, proporcionan cambios de la expresión facial que facilitan el lenguaje no hablado delatando la expresión de emociones como alegría, tristeza, ira, complicidad, sugerencia... y obviamente tienen una importancia estética sublime en el área afectiva. Asimismo, nos dan información sensitiva de los alimentos antes de ingresar en la cavidad oral.

Los labios son dos repliegues músculo-membranosos móviles. El superior comprende el bermellón, o labio propiamente dicho, y la zona que se encuentra entre este, la base de la nariz y los surcos nasogenianos. El inferior está formado igualmente por el bermellón y la zona de piel limitada por la continuación de los surcos nasogenianos e inferiormente, por el comienzo del mentón, en el surco mento-labial.

Su músculo más importante es el orbicular de los labios, que cierra el esfínter oral y proporciona la competencia labial, fundamental para una correcta respiración nasal.

En su topografía nos encontramos con el bermellón (zona roja de los labios), el filtrum en el centro del superior con sus columnas y surco, que termina en el arco de cupido, la línea blanca que limita piel y mucosa, el tubérculo central del labio superior y las comisuras a ambos lados

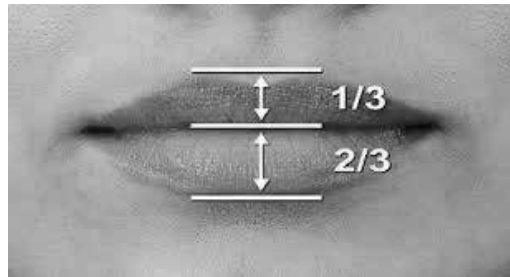


Figura 2.

Los parámetros estéticos de proporcionalidad, nos indican que el labio superior debe tener una altura de un tercio y el inferior de dos tercios.

Se ha considerado denominar Medicina Estética a los tratamientos faciales realizados con la infiltración de **Ácido Hialurónico (A.H)** o bien con **Toxina Botulínica (T.B)**, a fin de mejorar la estética en casos de cicatrices, arrugas profundas, aumento de pómulos, mentón, labios... de acuerdo a las necesidades o demandas del paciente, ya que es él quien debe solicitarlo al ser un tratamiento puramente estético.

El A.H está constituido por cadenas de carbohidratos complejos, en concreto unos 50.000 disacáridos de N-acetilglucosamina y ácido glucurónico por molécula, la cual está presente en piel, tejido conjuntivo y en los cartílagos entre otros, hidratando y dando elasticidad a los tejidos. Hay dos tipos de A.H, reti-

culado y no reticulado, siendo el primero de mayor densidad para defectos más acentuados. Se utiliza prioritariamente en los dos tercios inferiores de la cara y la duración de estos tratamientos es temporal, teniendo una duración aproximada entre 6-12 meses.

La T.B está producida por la bacteria denominada *Clostridium Botulinum*, la cual a grandes cantidades puede ser venenosa, pero que a dosis pequeñas y débiles se utiliza para reducir arrugas faciales mediante el bloqueo de las terminaciones nerviosas que producen la contracción muscular, relajando o paralizando al músculo temporalmente. Se aplica principalmente en el tercio superior facial; la duración de su efecto viene siendo de unos 6 meses y está contraindicado en pacientes con ELA y en la Miastenia Gravis.

Su florida y amplia patología nos puede llevar desde las molestas aftas, hasta el maligno carcinoma espino celular, pasando por el virus del papiloma humano (HPVs).



Figura 3.

Saliva

Es un líquido trasparente y viscoso de reacción alcalina producido por las **Glándulas Salivales Mayores y Menores**, que es partícipe de la primera fase de la digestión. Su función principal es la formación del **Bolo Alimenticio** y el mantenimiento y conservación de mucosas y dientes.

Se segregan alrededor de 1l. y 1,5 l. diarios y tiene un **pH entre 6,2 y 7,4** (neutro de 6,5) que se acidifica con el apetito.

El componente principal de la saliva es **agua 99,5%**, teniendo una pequeña cantidad de compuestos orgánicos 0,3%: albúminas, globulinas, enzimas... Y un 0,2% de inorgánicos: carbonato y fosfato cálcico, cloruro de magnesio y sodio...

Su función principal es la formación del bolo alimenticio, como hemos comentado, facilitando su deglución y digestión, activa el sentido del gusto, y humedece y protege mucosas y dientes.

Prioritariamente encontramos ocho **enfermedades de transmisión salival**:

- **Mononucleosis Infecciosa**, es una infección causada, por lo general, por el virus de Epstein-Barr. El virus se disemina a través de la saliva y es por ello que a veces se la llama “enfermedad del beso”. Incide con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes.
- **Herpes labial, producido por el virus del herpes; suele tener una duración entre 1-2 semanas.**

- **Hepatitis A**, causada por el virus de la hepatitis, su afección sucede entre 4-6 semanas.
- **Meningitis bacteriana**, producida por el meningococo B en más del 70%, siendo letal en un 14%.
- **Parotiditis**, vulgarmente conocida como paperas u orejones, puede ser aguda y crónica, siendo el causante un paramixovirus.
- **Candidiasis oral**, llamada también afta, está originada por el hongo *Candida albicans*. Su duración no debe superar las 2 semanas.
- **Varicela**, causada por el virus varicela-zoster, su infección dura entre 2- 4 semanas.
- **Gripe**, enfermedad viral respiratoria muy contagiosa.

Glándulas salivales

Son glándulas exocrinas del aparato digestivo superior que vierten su contenido salival a la cavidad oral. En anatomía humana se clasifican de acuerdo a su tamaño e importancia funcional en: Glándulas salivales mayores representadas por 3 glándulas pares: Sublinguales ubicadas en el tejido conectivo de la cavidad oral, Parótidas y Submaxilares, ubicadas por fuera de la cavidad oral.

Las glándulas salivales menores, secundarias o accesorias se encuentran distribuidas en la mucosa y submucosa de los órganos de la boca y son las glándulas labiales, genianas, palatinas y linguales.

- **G. PARÓTIDA**: Glándula tubuloacinososa que produce sólo secreción serosa, comunica con la boca a través del Conducto de Stenon y produce alrededor de 1-1,5 L de saliva por día.
- **G. SUBMAXILAR**: Tiene forma y tamaño irregular, semejante a una nuez, produciendo una secreción mucosa y serosa que desagua en la cavidad oral a través del conducto de Wharton.
- **G. SUBLINGUAL**: De forma elipsoidal en ella predomina la secreción mucosa que es excretada por el conducto de Rivinus.



Figura 4.

En su patología nos encontramos:

1. **Sialoadenitis**: Inflamación aguda, crónica o recurrente de alguna glándula, de carácter infeccioso (estafilococos, estreptococos y anaerobios), siendo más común en la Parótida, produciendo parotiditis (paperas u orejones). Su tratamiento se realiza con rehidratación y antibioterapia.

2. **Sialoadenosis:** Sialosis, Ptialismo o Sialorrea, es el aumento de producción de saliva por aumento del tamaño glandular no inflamatorio ni neoplásico (embarazo), que generalmente sucede en la parótida, aunque puede suceder en las demás. Las causas son de origen endocrino-metabólicas y autoinmunes.



Figura 5. Mucocele de la G. Sublingual

3. **Hiposalialia o Síndrome de boca seca:** Es la disminución del flujo salival por debajo de 0,1 - 0,2 ml / minuto, equivalente a menos de 500ml/día. Su origen multifactorial, de alguna manera inhibe el reflejo salival desde los receptores nerviosos periféricos, siendo más frecuente en mujeres y aumentando con la edad.

Conocemos por Xerostomía la sensación subjetiva de boca seca, aunque objetivamente, a veces, no se aprecie esa disminución de saliva.

El Síndrome de Sjögren, enfermedad autoinmune, cursa con xerostomía y xeroftalmia.

Los fármacos con efectos anticolinérgicos (antihistamínicos, sedantes, antidepressivos tricíclicos etc.) son los que con mayor frecuencia producen hiposalivación.

Igualmente producen boca seca, el tabaquismo, la ansiedad, el estrés...

El diagnóstico le podemos realizar por gammagrafía o bien con biopsia glandular. Y su tratamiento, con fármacos sialogogos (Pilocarpina) ayudando con saliva artificial.

4. **Litiasis:** Son producidas por formaciones calcificadas libres, dentro de los conductos excretores de las glándulas salivales o en sus canalículos de primero y segundo orden en el parénquima de las mismas. Dichas concreciones acarrear trastornos mecánicos e infecciosos que pueden traducirse clínicamente, por cólicos, supuraciones y accidentes reflejos. Entre todas las glándulas, la más afectada es la submaxilar, ya sea la glándula o su conducto (Wharton), con menos frecuencia se afecta la parótida o su conducto (Stenon), y es sumamente rara en la sublingual.
5. **Tumores:** Casi todos los tumores de estas glándulas son benignos y suelen encontrarse en las parótidas (85%), siendo el más común el adenoma pleomorfo. El signo más común, es una tumoración o masa glandular indolora, diagnosticable por tomografía computarizada, resonancia magnética o biopsia con aguja fina.



Figura 6. Carcinoma Mucoepidermoide de parótida

Los tumores malignos, son menos frecuentes y se pueden caracterizar por un crecimiento rápido o brusco. Son firmes, nodulares y pueden estar adheridos a los tejidos adyacentes, a menudo con límites mal definidos. Por último, pueden ulcerar la piel o la mucosa que les recubre o pueden invadir los tejidos adyacentes. El Carcinoma Mucoepidermoide es el más frecuente de las glándulas salivales; suele afectar a personas de 20 a 60 años. Se puede manifestar en cualquier glándula salival, más comúnmente en la glándula parótida.

El Órgano Lingual

La lengua es un órgano de gran movilidad situado en el interior de la boca, impar, medio y simétrico, que contiene las glándulas salivales menores y papilas gustativas, siendo un autentico hidrostato muscular de gran fuerza, debido a su musculatura extrínseca e intrínseca. Desempeña importantes funciones como la hidratación de boca y alimentos mediante la salivación, la deglución, el lenguaje y el sentido del gusto. Deglutir y hablar son acciones prácticamente imposibles sin la saliva.

Su musculatura tiene un origen hipobranquial como la epiglotis y es posterior a la formación de la envoltura lingual. La amígdala palatina tiene el mismo origen tímico que el resto de los elementos del anillo de Waldeyer.

Las Papilas Gustativas: caliciformes, foliadas, filiformes y fungiformes, nos identifican respectivamente, los sabores amargo, ácido, salado y dulce.

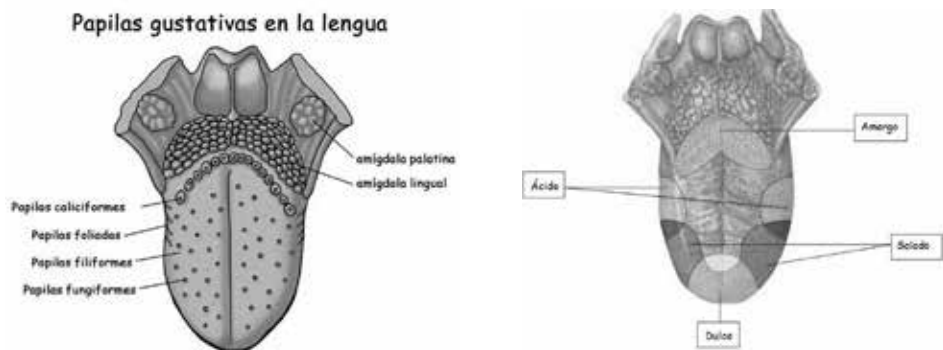


Figura 7.

Los Dientes

Representan el escudo protector de entrada a la cavidad bucal, siendo por su naturaleza el órgano anatómico más duro de nuestro cuerpo. Se encuentran enclavados en los alveolos de los huesos maxilares, superior e inferior, y unidos a ellos a través del ligamento periodontal, lo que supone una articulación fibrosa denominada gónfosis.

Estructuralmente el diente está conformado de dentro afuera, por la pulpa y la dentina en toda su extensión, estando recubierta ésta en su parte coronal por el esmalte y en su zona radicular por el cemento.

A lo largo de la vida tenemos dos denticiones, la temporal, decidua o caduca que consta de diez dientes por maxilar, comienza su erupción entre los seis meses de vida, y persiste hasta los doce años aproximadamente; y la definitiva, que comienza sobre los seis años y consta de un total en ambos maxilares de 32 dientes, cuando se tienen los cuatro cordales o muelas de juicio.



Figura 8.

Al sonreír, deben mostrarse los dientes superiores siguiendo paralelamente la curva del labio inferior, dejando en un segundo plano los dientes inferiores.

La sonrisa

Como elemento social que es, una sonrisa estética actúa como sinónimo de juventud, atractivo y éxito social. Aumenta nuestra autoestima, dándonos la confianza que necesitamos para sentirnos seguros con nosotros mismos y relacionarnos con los demás. De esta forma, actúa como signo de juventud, atractivo sexual y éxito social, pudiendo ser bella.

Llamamos sonrisa gingival a la alteración estética consistente en la exposición excesiva de encía en el maxilar superior cuando sonreímos. Está causada por crecimiento vertical excesivo o prognatismo del maxilar superior, labio superior corto, o por microdoncia.

Su tratamiento puede ser ortodóncico o quirúrgico.



Figura 9. Sonrisa normal y Sonrisa gingival

En muchos casos de individuos con sonrisa gingival y de tez morena, aparece una coloración oscura o pigmentación melánica, debida a su exposición al sol cuando sonríe, que afea aun más la sonrisa.

2. Enferdades bucodentales mas frecuentes y relevantes: su repercusion en la salud general

Cuatro enfermedades describiremos que por su frecuencia o importancia son prioritarias para designar: caries dental, enfermedad periodontal, colapso oclusal y cáncer oral.

Las infecciones bucales, por su situación y por ser un territorio con zonas de mucosa laxa de gran vascularización e inervación, pueden ser fácilmente transmitidas a distancia a otros órganos de nuestro cuerpo, pudiendo provocar: ictus cerebral, conjuntivitis y neuritis óptica, sinusitis y neumonía, endocarditis bacteriana, gastritis, nefritis, osteomielitis reumatismo y artritis séptica, septicemia, neuralgias, síndrome de shock tóxico, fiebre de origen desconocido, etc.

1. CARIES DENTAL

Es una enfermedad multifactorial, infecto-contagiosa que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente, como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana adherida a su superficie. En su desarrollo pasa por diferentes fases, desde su inicio con la aparición de una mancha blanquecina en el esmalte hasta una última de destrucción dental, con afección pulpar y formación de absceso.



Figura 10.

Durante su evolución en un determinado momento aparecerá sensibilidad, cuando la caries penetra en dentina y más si continúa progresando hasta llegar a pulpa, provocando intenso dolor por pulpitis.

La hiperemia pulpar consecuente a caries, puede ser reversible e irreversible, en el primer caso es de origen arterial

y los síntomas dolorosos desaparecen al quitar el estímulo (frío), mientras que, en la irreversible de origen venoso, su sintomatología no desaparece al retirar el estímulo y el dolor puede cronificarse.

Si este proceso continúa sin tratarse, se producirá de forma consecutiva necrosis pulpar, con granuloma apical intentando colapsar la infección, que puede degenerar en quiste de los maxilares o bien infiltrarse apareciendo el absceso o flemón, el cual puede fistulizarse, o diseminarse dando lugar a una



Figura 12. Celulitis Odontógena

inflamación difusa del tejido celular subcutáneo llamada celulitis, que migrando a través de las fascias musculares por los espacios anatómicos cervicales parafaríngeos y al torrente circulatorio, puede producir graves infecciones a distancia en distintos órganos, como mediastinitis, endocarditis, septicemia etc., que puede terminar con la vida del enfermo.

2. ENFERMEDAD PERIODONTAL (EP)

La placa bacteriana (PB) también denominada biofilm dental o más comúnmente placa dental, constituye el factor etiológico de las dos patologías más importantes y prevalentes de la cavidad oral: la enfermedad periodontal y la caries dental.

Desde el nacimiento, empiezan a aparecer en la boca gran cantidad de diferentes microorganismos que en mayor o menor cantidad estarán presentes a lo largo de toda la vida. Por otra parte, a partir de las proteínas contenidas en la saliva se forma sobre los dientes una capa invisible a la que se denomina película adquirida y sobre la que se depositan diferentes especies de bacterias, su resultado es lo que se conoce como PB.

Las bacterias están unidas entre sí por un complejo mecanismo, formado por componentes proteicos e hidratos de carbono, concretamente azúcares procedentes de los alimentos. Estos, además de unir las bacterias entre sí, sirven para alimentarlas. La PB está adherida a los dientes y no basta con enjuagarse la boca para eliminarla, sino que es necesario cepillar la totalidad de la superficie dental y los espacios interdientales.

La falta de higiene bucal hace que la PB, inicialmente invisible, se vaya engrosando poco a poco y además suele calcificarse al entrar en contacto con las sales cálcicas contenidas en los alimentos y en la propia saliva. De este modo se forma el sarro, al que los odontólogos denominamos cálculo dental o tártaro.

Las bacterias que configuran la PB son diferentes especies, pero es importante saber que dependiendo de cuál sea la que predomine su actividad sobre los dientes y las encías tendrá diferentes resultados: Se producirá caries, si predominan bacterias que al metabolizar los azúcares producen ácidos (ácido láctico), cuyo vertido sobre la superficie de los dientes inicia dicho proceso. Si, por el contrario, las bacterias dominantes son aquellas que al metabolizar los azúcares

producen sustancias básicas, éstas pueden causar la inflamación y posterior destrucción del periodonto, lo que se conoce como (EP).

Existen entre 200-300 tipos de bacterias en la PB, de los que el 50% son cocos, el 48% bacilos y 1% de treponemas orales. Así encontramos estreptococos, lactobacillus casei y actinomyces.

El principal agente etiológico en la EP es el actinomicetemcomitans, el cual es resistente a penicilina, ampicilina, amikacina y macrólidos y susceptible al tratamiento con cefalosporinas, tetraciclinas y fluoroquinolonas.

La EP cursa en su principio con gingivitis marginal (inflamación y sangrado de encías), pasando en sucesivas etapas a periodontitis inicial, moderada y avanzada, produciéndose en esta última, la destrucción en gran parte del periodonto, que traerá por consiguiente gran movilidad y pérdida dental.

Recientes investigaciones relacionan a las bacterias de la EP, con el riesgo de padecer cáncer de esófago, arterioesclerosis y neumonía.

3. COLAPSO OCLUSAL

Dentro de los desórdenes masticatorios más graves, encontramos el Colapso Oclusal (CO) por su compleja patología y dificultad de tratamiento.

Consideramos el CO como un síndrome, como una entidad, cuyo comienzo es el edentulismo parcial, el cual induce a una patología oclusal, que afecta al periodonto y produce destrucción y migración dental patológica. Y más que una entidad, es el proceso de la evolución de una enfermedad, cuyo inicio es la pérdida dental.

El síndrome del CO es una entidad patológica caracterizada por ausencias dentarias, con afectación del periodonto: Enfermedad Periodontal, que induce a una migración dental anómala. Esta enfermedad ha sido considerada por algunos autores como Dersot JM y cols., Shifman A. y cols., y Bardález R. con los siguientes signos:

1. Arcos dentales con espacios edéntulos sin restaurar y, malposiciones que alteran el plano de oclusión.
2. Contactos prematuros e interferencias que conllevan a falta de coincidencia entre la posición de máxima intercuspidad y relación céntrica.
3. Dientes anteriores superiores y/o inferiores en abanico, por migración patológica asociada a enfermedad periodontal y trauma oclusal. Fenómeno descrito por Brunsvold MA., quien afirma que las fuerzas oclusales y de tejidos blandos como la lengua y los labios, contribuyen a la migración anormal de los dientes.
4. Disminución de la Dimensión Vertical Oclusal por pérdida dentaria, bruxismo y falta de adecuado soporte posterior, lo que según Kelly JT. complica la fase restauradora por deficiente espacio interoclusal.

5. Patología de todas las articulaciones que conforman al Aparato Estomatognático.

Para su diagnóstico se realiza exploración clínica, radiográfica: ortopantomografía con coeficiente de magnificación, RX intraorales y, modelos de estudio en escayola piedra, con encerados para comprobar una oclusión funcional y a la vez estética, montándoles en un articulador semiajustable.



Figura 13. Pérdida dental



Figura 14.

Los objetivos del tratamiento serán:

- A. Eliminar la sintomatología álgica de origen dental, periodontal y articular. con tratamiento quirúrgico, medicamentoso o ambos.
- B. Mejorar la función masticatoria: restableciendo la salud en mucosas y dientes, restituyendo las ausencias dentarias, alinear y ajustar las arcadas dentarias, recuperar la Dimensión Vertical perdida e intentar que la Relación Céntrica se corresponda con la Máxima Intercuspidación, eliminando prematuridades e interferencias.
- C. Por último, favorecer la estética con prótesis de precisión cerámicas, modeladas de acuerdo al estudio de encerado previo, según su función y fisonomía.

4. CÁNCER ORAL

Es un tumor maligno que afecta cualquiera de los tejidos de la cavidad bucal: maxilares, glándulas salivares, lengua, encías, mejillas, orofaringe y labios.

No se suele dar por debajo de los 40 años y en más del 90% de los casos se trata de un **carcinoma oral de células escamosas (COCE)**. Aunque también nos podemos encontrar con menor frecuencia osteosarcomas condroblásticos de los

maxilares, carcinomas espinocelulares, carcinomas epidermoides, y adenocarcinomas de crecimiento rápido y voluminoso que invade precozmente el hueso y se extienden por ambos maxilares, entre otros más raros. El **virus del papiloma humano** parece estar asociado a la aparición del **cáncer en la cavidad oral**

El síntoma cardinal es el *fetor ex ore* (hedor de boca, mal aliento crónico), acompañándose en diferentes casos con malestar, dolor y pérdidas dentarias, irritación que no desaparece, manchas blancas o rojizas, ulceración que no cura en 15 días, hemorragias espontáneas, problemas de deglución, nódulo en labio, lengua, boca, cuello o garganta etc.

El diagnóstico se puede realizar por biopsia oral con cepillos interproximales por arrastre, biopsia quirúrgica, RX, tomografía, resonancia y ultrasonidos.

Su tratamiento generalmente es quirúrgico en primeras etapas, acompañado o no de quimioterapia y/o radioterapia. También podremos realizar terapia dirigida (fármacos) y por último tratamientos paliativos.



Figura 15. Carcinoma Espino Celular y RX. Ameloblastoma

Destacaremos el **ameloblastoma como tumor odontogénico óseo**, que puede darse en ambos maxilares, aunque en el 75% de los casos se da en el inferior y suele situarse en el ángulo mandibular. Es una neoplasia benigna, localmente agresiva e infiltrante, con alta capacidad de recidiva, constituido por tejidos epiteliales que recuerdan a los hallados en el órgano del esmalte normal, pero sin llegar a formar esmalte.

Se da más en hombres que en mujeres entre los 30-40 años Su **diagnóstico** se realiza por imagen radiológica, presentando áreas radiolúcidas con formas de **pompas de jabón o panal de abeja**.

El tratamiento es quirúrgico con resección total, estando descartado la radioterapia y quimioterapia, o más conservador, con enucleación curetaje y relleno con materiales aloplásticos o sintéticos como fosfato de calcio sintético (hidroxiapatita y fosfato tricálcico) y polímeros cuyo mecanismo de acción es la osteoconducción.

Dentro de las **lesiones precancerosas** tenemos:

Leucoplasia: Mancha blanquecina en mucosa oral o lengua en forma de sábana

Liquen plano: Manchas blancas reticuladas y elevadas. Puede ser también, eritematoso y erosivo bulloso.

Eritroplasia: Manchas de color rojizo

Lupus eritematoso diseminado, afectación de piel y mucosas.



Figura 16. Leucoplasia, Liquen, Eritroplasia.

PREVENCIÓN de las enfermedades bucodentales

La mejor prevención es la **higiene oral** a través de los hábitos diario de cepillado bucal y enjuagues oportunos después de las comidas, sabiendo que el más importante es después de la cena, ya que mantendremos nuestra boca sin actividad durante al menos ocho horas. Y la visita al profesional, al menos una vez al año.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguado Santos A, Álvarez Arenal A, Barbería Leache E, Bermejo Fenoll A, Canut Brusola JA, Casado Llompart JR, del Río de las Heras F, Donado Rodríguez M, Harster Nadal P, Pi Urgell J, Villa Vigil MA. El manual de Odontología. Barcelona: Masson S.A; 1995.
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries: classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent*. 2005; 27:31
3. Amir J, Harel L, Smetana Z, Varsano I. The natural history of primary herpes simplex type 1 gingivostomatitis in children. *Pediatr Dermatol* 1999; 16: 259- 263.
4. Bagán JV y cols. Medicina oral, 1ª ed. Barcelona: Masson, 1995.
5. Bagán JV, Vera F. Patología de la mucosa oral. Barcelona: Syntex Latino, 1989.

6. Berkowitz RJ. Mutans Streptococci: acquisition and transmission. *Pediatr Dent.* 2006;28(2):106-9.
7. Blanco Carrión A, Velasco Ortega E, López López J, Gándara Rey JM. Precáncer oral en el paciente anciano. *Rev Esp. Geriatr Gerontol* 1998; 33 (NM2): 33-40.
8. Boraks S. Diagnóstico bucal. São Pablo (Brasil): Artes Médicas; 2004. Cawson RA, Odell EW. Medicina y patología oral. 8a ed. Madrid: Elsevier; 2009. Coiffman F. Cirugía plástica, reconstructiva y estética. 3a ed. Tomo III. Cirugía bucal, maxilar y craneoorbitofacial. Medellín: Amolca; 2007.
9. Calatrava Páramo L. Lecciones de patología quirúrgica estomatológica y maxilofacial. Tomo II. Artes gráficas Ibarra S.A.; 1974.
10. Carounaninidy U, Sathyanarayanan R. Dental caries. A complete changeover. *Conserv Dent.* 2009;12(2):46-54.
11. Clément P., Le Guyadec T., Zalagh M., Gauthier J., N'Zouba L., Kossowski M. Manifestaciones bucales y nasosinusales de enfermedades infecciosas específicas. EMC, Otorrinolaringología, 20-373-A-10, 2005.
12. En: Fejerskov O, Kidd E, editores. Dental caries. The disease and its clinical management. 2nd ed. Blackwell Munksgaard; 2008. p. 210-31.
13. Fejerskov O, Thylstrup A. Different concepts of dental caries and their implications. En: Thylstrup A, Fejerskov O, editores. Textbook of clinical cariology. 2nd ed. Copenhagen: Munksgaard; 1994. p. 209-17. n
14. Fejerskov O. Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. *Caries Res.* 2004;38(3):182-91.
15. Figún ME, Garino RR. Anatomía odontológica funcional y aplicada. Buenos Aires: El Ateneo; 2010.
16. Grinspan D. Enfermedades de la boca. Semiología, patología, clínica y terapéutica de la mucosa bucal. Tomos I y II. Buenos Aires: Mundi; 1970.
17. Haffajee AD, Thompson M, Torresyap G, Guerrero D, Socransky SS. Efficacy of manual and powered toothbrushes (II). Effect on microbiological parameters. *J Clin Periodontol* 2001; 28 (10): 947-54
18. Harris R, Nicoll AD, Adair PM, Pine CM. Risk factors for dental caries in Young children: a systematic review of the literature. *Community Dent Health.* 2004; 21:71-85.
19. Holmstrup P, Axell T. Clasificación and clinical manifestations of oral yeasts infections. *Acta Odont Scand.* 1990; 48:57-59.
20. Leon PM, Gussy MG, Barrow SL, Silva-Sanigorski A, Waters E. A systematic review of risk factors during first year of life for early childhood caries. *Int J Paediatr Dent.* 2012;22(1):1-16.
21. Lucas Tomás M. Medicina Oral. Salvat Editores; 1990.
22. Munck K, Mandpe AH. Mycobacterial infections of the head and neck. *Otolaryngol Clin North Am* 2003; 36:569-76.

23. Paes Leme AF, Koo H, Bellato CM, Bedi G, Cury JA. The role of sucrose in cariogenic dental biofilm formation –new insight. *J Dent Res.* 2006; 85:878-87.
24. Ramos-Gómez F, Man-Wai Ng. Into the future: keeping healthy teeth caries free: Pediatric CAMBRA Protocols. *J Calif Dent Assoc.* 2010;39(10):723-33.
25. Sang CN, Joyce JP, Farmer ER. Persistent oral ulcers and sore throat. *Pemphigus vulgaris (PV).* *Arch Dermatol,* 1991; 127:887-891.
26. SEME. Conoce la Medicina estética contada por sus médicos. Madrid: SEME; 2010. Stulberg DL, Clark N, Tobey D. Common hyperpigmentation disorders in adults. Part II. *Am Fam Physician* 2003.
27. Thenisch NL, Bachmann LM, Imfeld T, Leisebach T, Steurer J. Are mutans streptococci detected in preschool children a reliable predictive factor for dental caries risk? A systematic review. *Caries Res.* 2006; 40:366-74.
28. Trastornos dentales y orales. En: Beers MH, Berkow R, editores. *Manual Merck de Geriátria.* 2.^a edición. Madrid: Harcourt; 2001. p. 1013-30.
29. Tresguerres J. *Medicina Estética y Antienvjecimiento.* Madrid: Panamericana; 2012.
30. Velayos JL, Santana HD. *Anatomía de la cabeza para odontólogos.* 4a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007.
31. Viñals H, Sabater M. La prevención de la caries dental desde la Atención Primaria. *Formación Médica Continuada.* AP 1994; 1 (9): 521-3.
32. Wang X, Sahffer JR, Weyant RJ, Cuenco KT, Desensi RS, Crout R, et al. Genes and their effects on dental caries may differ between primary and permanent dentitions. *Caries Res.* 2010; 44:277-84.