

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

HALLAZGOS NORMALES QUE SIMULAN PATOLOGÍAS EN LA CAVIDAD ORAL

Hernández Rivera, Patricia y Torres Labardini, Ronald

Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica

Resumen: El examen clínico intraoral es una parte fundamental del examen clínico general, tanto en el que hacer del odontólogo general como en el del médico general. Puesto que un gran número de patologías presentan manifestaciones orales, incluso en etapas tempranas de la enfermedad, y que son de relevancia en el diagnóstico, se torna de gran importancia el lograr reconocer las condiciones normales de la cavidad oral. Dentro de estas condiciones normales se presentan una variedad de manifestaciones clínicas, que a pesar de no estar presentes en todos los seres humanos, pero por observarse en una gran cantidad de pacientes y no estar asociadas a ninguna patología deben considerarse como normales. Este es un referente de algunos de estos hallazgos intraorales normales y la forma de reconocerlos.

Palabras clave: anatomía, diagnóstico, medicina oral, hallazgos, habilidades clínicas. Fuente BIREME.

Recibido: 8 Febrero 2015. Aceptado: 28 Marzo 2016. Publicado: 26 Abril 2016.

NORMAL FINDINGS THAT APPEAR PATHOLOGY IN THE ORAL CAVITY

Abstract: Intraoral clinical examination is a key function of the general clinical assessment. The general dentist and general physician should be concerned about pathologies that exhibit intraoral signs, even in early stages of the disease, which could be relevant to the diagnosis. Therefore, recognizing the normal intraoral findings becomes of great interest to the clinic. There are many clinical pictures that not being present in all humans can be found in many patients and because are not related with any pathology should be considered normal. This report explains the normal intraoral findings and how to properly distinguish them.

Key words: anatomy, diagnostics, medicine oral, findings, clinical skills. Source BIREME.

INTRODUCCIÓN

El odontólogo siempre debe realizar un examen clínico exhaustivo, el cual comprende la observación de todas las estructuras de la cavidad oral; incluyendo los órganos dentales y los tejidos blandos. Esa minuciosa pesquisa es fundamental, para diagnosticar las patologías orales en estadios tempranos; cuyo desenlace sería un tratamiento oportuno, menos invasivo y por lo tanto, con un coste menor, que cuando el diagnóstico es tardío. Sin embargo, algunas condiciones normales se podrían confundir con patologías, debido a ciertas variaciones anatómicas, propias de algunos pacientes. Por estas razones, el objetivo de este trabajo es un análisis morfológico de algunas de esas variaciones normales que pueden inducir a un diagnóstico equivocado. Además, al ser alteraciones de la anatomía normal, hay poca bibliografía al respecto y prácticamente solo se encuentra en algunos libros de patología bucal.

GENERALIDADES DEL EXAMEN CLÍNICO INTRAORAL

Al estudiar la cavidad bucal es fundamental reconocer la topografía, color y textura normal de

la mucosa, para diferenciar las variaciones consideradas como normales, de aquellas alteraciones patológicas [1, 2]. Para ello, debe realizarse una inspección con una adecuada iluminación y de forma sistemática, para abarcar la totalidad de la cavidad bucal [2, 3, 4].

En cuanto a las variaciones de color es importante recalcar que dependen de la zona bucal, el tipo de tejido submucoso, la actividad melanogénica y el grosor de la capa epitelial [5]. Por ejemplo, el epitelio plano estratificado se percibe de color rosado, pues este es semitransparente y trasluce el color rojo del lecho capilar subyacente; por el contrario, se pueden observar zonas más blanquecinas cuando se incrementa el grosor del epitelio o cuando hay una menor vascularidad. Los tonos amarillentos se asocian con la acumulación de tejido adiposo o sebáceo en la submucosa y los colores marrones, negros o azulados generalmente se deben a los depósitos de melanina, hemosiderina, metales pesados o inclusive a la translucidez de un líquido claro contenido en alguna patología quística [1].

La mucosa bucal normal es lisa y brillante, excepto en la zona de pliegues y en la encía adherida, la cual es color rosado pálido y punteada, semejante a la cáscara de la naranja [1].

Al realizar el examen clínico, además de la observación se debe palpar las estructuras; para ello se requiere un conocimiento de la anatomía de ese sitio; con el objetivo de evaluar la consistencia, textura, temperatura de la superficie y en el caso de encontrar patologías, también, nos permite determinar el tamaño, movilidad, fluctuación y la presencia de dolor [1, 4].

A continuación se hará una descripción de algunas condiciones normales como lo son, los gránulos de Fordyce, línea alba, tejido linfoide ectópico, varices linguales, pigmentación fisiológica, indentaciones linguales y pólipo fibroepitelial.

GRÁNULOS DE FORDYCE

Estos gránulos fueron descritos por primera vez en 1896 por Fordyce, quien pensaba que se trataba de una enfermedad, en la que ocurría una degeneración del citoplasma de las células epiteliales del estrato espinoso; posteriormente se constató que realmente eran glándulas sebáceas ectópicas [6, 7, 8].

Actualmente, se les conoce como gránulos de Fordyce, y se observan como gránulos o pequeñas pápulas de aproximadamente 1 a 2 mm, de color amarillento y pueden aglomerarse e inclusive pueden observarse como una placa [1, 2, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14]. Se presentan bilateralmente; por lo general en la mucosa yugal, labial y en el bermellón del labio [1, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14]. Aunque raramente, se pueden presentar en el paladar o en mucosa alveolar [12, 14, 15]. Esta condición es bastante común, pues en un estudio realizado a 113 pacientes entre 20 y 72 años, se observaron gránulos de Fordyce en el 89.7% [7] y en otro estudio en el 94,9% de 2462 pacientes [8]. Los gránulos de Fordyce se consideran dentro de los límites normales, pues son glándulas sebáceas

ectópicas y por lo tanto, no se requiere de ningún tipo de tratamiento [6, 9, 11, 12, 13, 16].

Histológicamente estos gránulos muestran la anatomía propia de una glándula, entre 1 a 5 lóbulos adyacentes a los ductos excretores [11, 13], son similares a las glándulas sebáceas que se encuentran en la piel, excepto que no están asociadas a la producción de pelo [10]. Cuando se presentan en los labios o en aglomeraciones grandes son confundidos con alguna patología, por lo que a continuación se presentan dos fotografías. [Ver figuras 1,2 y 4].

Figura 1. Gránulos de Fordyce



Se observa un conglomerado de gránulos de Fordyce en la superficie yugal [Fotografía original].

Figura 2. Gránulos de Fordyce



Gránulos de Fordyce en el bermellón del labio [Fotografía original].

LÍNEA ALBA

En ocasiones se puede observar una línea horizontal blanquecina en la superficie yugal, que coincide con el plano oclusal, que corresponde a una hiperqueratosis, producida por la presión del músculo buccinador contra los órganos dentales [1, 2, 12, 14, 17]. Esta es una condición normal relativamente frecuente que no requiere ningún tratamiento quirúrgico [Ver figura 3].

Figura 3. Línea alba



Se observa la línea alba en mucosa yugal derecha [Fotografía original].

TEJIDO LINFOIDE ECTÓPICO

El tejido linfóide se puede encontrar comúnmente en el piso de la boca y paladar blando; se observa como elevaciones tipo domo o nódulos, de color amarillento, cubiertos por mucosa intacta, sin signos de inflamación [11, 14, 16, 18]. Al ser una condición normal no produce síntomas y simplemente es un hallazgo que realiza el odontólogo y que no necesita tratamiento [11].

Asimismo en la zona posterior de la cavidad oral se encuentra el anillo de Waldeyer, el cual está conformado por las amígdalas palatinas, faríngeas y linguales; estas últimas, en ocasiones se pueden extender hacia la zona posterolateral de la lengua, donde se encuentran las papilas foliadas; lo que podría confundirse con alguna patología, pues esta área es de alta incidencia de cáncer bucal [9, 13, 19, 20]. Las amígdalas linguales se diferencian

clínicamente con facilidad, pues son elevaciones regulares de color rosado que se presentan bilateralmente [3], [Ver figura 4] si se observaran eritematosas o de forma unilateral deberían diferenciarse de alguna patología y realizar el estudio histopatológico respectivo [14, 19].

Figura 4. Tejido linfóide ectópico



El círculo señala el tejido linfóide en la parte posterolateral de la lengua y la flecha gránulos de Fordyce [Fotografía original].

VARICES LINGUALES O LABIALES

Las varices son malformaciones vasculares producto de la dilatación de alguna vena; en cavidad oral se pueden encontrar comúnmente en los labios, en la superficie ventral y en los bordes laterales de la lengua [3, 10, 11]. Clínicamente se observan como elevaciones papulares, con coloraciones que varían del rojo violáceo a una tonalidad azulada [9, 10]. [Ver figura 5 y 6].

Las varices son muy frecuentes en adultos seniles, pues las paredes de los vasos se han adelgazado, producto del debilitamiento de las fibras elásticas o por la exposición solar crónica [9, 10, 11].

Un método práctico para diagnosticar este tipo de condición, es que al presionarlas cambian a una tonalidad blanquecina, porque la vena se constriñe interrumpiéndose el flujo sanguíneo y por tanto se aclaran [11].

Figura 5. Varices linguales



Se observan várices linguales en la superficie ventral de la lengua [Fotografía original].

Figura 6. Varices linguales



Se observan várices linguales de coloración violácea, en la superficie ventral de la lengua [Fotografía original].

PIGMENTACIÓN FISIOLÓGICA

En la cavidad oral se pueden percibir pigmentaciones fisiológicas de tonalidades pardas; las cuales son difusas y bilaterales [2, 3, 5, 9]. Generalmente se localizan en las encías, paladar, lengua, mucosa labial y yugal [3, 5, 9]. En pacientes con este tipo de máculas o parches, es importante descartar neoplasias, condiciones reactivas o sistémicas como la enfermedad de Addison [9]. Ver figura 7.

Figura 7. Pigmentación fisiológica



Se observa encía con zonas con pigmentación fisiológica [Fotografía original].

INDENTACIONES LINGUALES

En algunos pacientes se puede observar un festoneado en los bordes de la lengua, contrario al borde liso usual. Esa apariencia ondulada es causada por la presión que ejerce la lengua contra las superficies de los dientes, ya sea causada por el hábito de succión o linguo versión dental [9, 14]. En general, esta condición no requiere de ningún tipo de tratamiento; aunque en pacientes con macroglosia causada por acromegalia se debe evaluar con mayor detenimiento.

PÓLIPO FIBROEPITELIAL

El frenillo labial es un pliegue ubicado en la línea media que une el labio con la encía, conformado por mucosa, tejido conectivo fibroso y en ocasiones, algunas fibras musculares [21]. El frenillo labial superior puede presentar un crecimiento exofítico, autolimitado, de coloración similar a los tejidos circundantes, con un diámetro que oscila entre varios milímetros hasta un centímetro; y se le conoce como pólipo fibroepitelial o apéndice del frenillo vestibular [10, 13, 22]. También hay autores que diferencian este hallazgo clínico en nódulo y apéndice, como se observa en la figura 8 [21].

Existe controversia acerca del origen de esta condición, pues algunos autores consideran que es una hiperplasia fibrosa reactiva en respuesta a un

trauma local; otros, que se trata de una alteración en el desarrollo del frenillo e inclusive también existe la hipótesis de la herencia genética [10, 13, 22, 23].

Histológicamente el pólipo fibroepitelial está compuesto por epitelio escamoso estratificado, que recubre un tejido fibroso vascular, que en ocasiones puede contener un componente glandular [23].

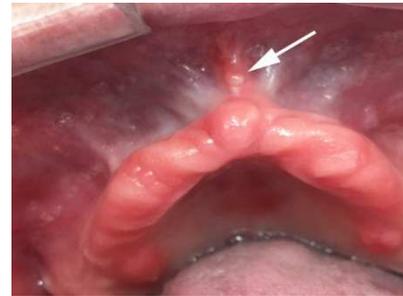
En un estudio publicado en 1956 hallaron la presencia de esta condición en el 24% de los 416 hombres caucásicos examinados [23]. De manera similar, en otro estudio realizado en Venezuela, observaron que el 19,5% de la población analizada (n=185) presentaba pólipo fibroepitelial y demostraron que no había correlación estadística con el uso de aparatología removible, como prótesis u otros dispositivos ortodónticos [22]. Debido a que esta condición no causa sintomatología y tampoco afecta la función labial, se considera una variación de la anatomía normal que no requiere ser removida quirúrgicamente [22].

Figura 8. Pólipo fibroepitelial



Se observa pólipo fibroepitelial en el frenillo labial superior [Fotografía original].

Figura 9. Pólipo fibroepitelial



Se observan pólipos fibroepiteliales en el frenillo labial superior de pacientes gemelas y en la fotografía inferior de la madre [Fotografía original].

CONCLUSIONES

Por lo general, tanto médicos como odontólogos estamos más familiarizados con el estudio de condiciones anormales, patologías y dolencias, que con los hallazgos de condiciones normales poco frecuentes, las cuales no llaman la atención, por no representar un riesgo para la salud. Sin embargo, como se ha ilustrado en este artículo, algunas de esas condiciones normales, que se apartan del común de los casos, podrían inducir a error, especialmente en profesionales con poca experiencia, quienes ante la sospecha infundada pueden solicitar un estudio histopatológico innecesario, con lo cual se pospone el diagnóstico y se provoca un grado de angustia en el paciente. Por lo tanto, es fundamental el reconocimiento de esas condiciones normales de la cavidad bucal, y desafortunadamente hay poca información bibliográfica con las descripciones morfológicas del caso, por lo que hemos tratado de ilustrar algunas de las más frecuentes en nuestro medio.

REFERENCIAS

1. Wood NK, Goaz PW. Differential Diagnosis of Oral and Maxillofacial Lesions. 5 ed. St Louis Missouri: Mosby; 1997. 656p.
2. De la Rosa E, Anaya G, Godoy LM. Manual para la detección de alteraciones de la mucosa bucal potencialmente malignas. México DF: Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades; 2009. 34p.
3. Cawson, R.A., Odell, E.W. Cawson's essential of Oral Pathology and Oral Medicine. 7 ed. Londres: Churchill Livingstone; 2002. 402p.
4. Glick M, Siegel MA, Brightman VJ. Evaluation of the dental patient: diagnosis and medical risk assessment. Oral medicine: diagnosis and treatment 10th ed Hamilton, Ontario: Bc Decker, 2003.
5. Meleti M, Vescovi P, Mooi WJ, van der Waal I. Pigmented lesions of the oral mucosa and perioral tissues: a flow-chart for the diagnosis and some recommendations for the management. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2008 May; 105(5):606-16.
6. Halperin V, Kolas S, Jefferis KR, Huddleston SO, Robinson HBG. The occurrence of fordyce spots, benign migratory glossitis, median rhomboid glossitis, and fissured tongue in 2,478 dental patients. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol. 1953 Sep; 6(9): 1072-1077.
7. Gaballah KI, Rahimi I. Can presence of oral Fordyce's granules serve as a marker for hyperlipidemia? Dent Res J (Isfahan). 2014 Sep Oct; 11(5): 553-558.
8. Gorsky M, Buchner A, Fundoianu-Dayana D, Cohen C. Fordyce's granules in the oral mucosa of adult Israeli Jews. Community Dent Oral Epidemiol. 1986 Aug; 14(4):231-2.
9. Madani FM, Kuperstein AS. Normal Variations of Oral Anatomy and Common Oral Soft Tissue Lesions. Med Clin North Am. 2014 Nov; 98(6):1281-98.
10. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral & Maxillofacial Pathology. 2 ed. Philadelphia: Saunders Company; 2002. 843p.
11. Regezi J, Sciubba J, Jordan R. Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations. 6 ed. St Louis Missouri: Elsevier; 2012. 407p.
12. Bhattacharyya I, Cohen DM, Silverman S. Red and white lesions of the oral mucosa. Greenberg Ms, Gllick M Burket's Oral medicine: diagnosis and treatment 10th ed Hamilton, Ontario: Bc Decker, 2003, p. 85-125.
13. Saap JP, Eversole LR, Wysocki GP. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. España: Harcourt; 1998. 433p.
14. Canaan TJ, Meehan SC. Variations of Structure and Appearance of the Oral Mucosa. Dent Clin N Am. 2005; 49: 1-14.
15. Gross MA, Green DB. Fordyce's granule: A differential diagnosis of a sinus tract: Report of a case. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol. 1969 Dec; 28(6): 885-888.
16. Gómez I, Varela P, Romero A, García MJ, Suárez MM, Seoane J. Yellowish lesions of the oral cavity. Suggestion for a classification. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007 Aug 1; 12(4):E272-6.
17. Howard M. Patología bucal. San José, Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica; 2015. 123 p.
18. Kashima K, Takamori K, Igawa K, Yoshioka I, Sakoda S. Oral tonsil in the floor of mouth: Ectopic oral tonsillar tissue simulating benign neoplasms. Oral Science International. 2012; 9(1): 29-31.
19. Patel K, Ariyaratnam S, Sloan P, Pemberton Nm. Oral tonsils (ectopic oral tonsillar tissue). Dent Update 2004; 31: 291-292.
20. Kimura M, Nagao T, Saito T, Warnakulasuriya S, Ohto H, Takahashi A. Case Report Ectopic Oral Tonsillar Tissue: A Case Series with Bilateral and Solitary Presentations and a Review of the Literature. Case Reports in Dentistry. 2015; 2015: 1-6.
21. Townsend JA, Brannon RB, Cheramie T, Hagan J. Prevalence and variations of the median maxillary labial frenum in children, adolescents, and adults in a diverse population. Gen Dent. 2013 Mar-Apr; 61(2):57-60.
22. López Labady J, Sánchez Traslaviña N, Urbina Andrade, Barbera Vásquez M, Pérez González E, Villarroel Dorrego M. Estudio del apéndice del frenillo vestibular: ¿Alteración del desarrollo o lesión neoplásica? Acta Odontol. Venez [Internet]. 2006 Ene [citado 2016 Ene 31]; 44(1): 28-30. Disponible en:



http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652006000100006&lng=es.

23. Crowley RE. An anatomic anomaly of the maxillary labial frenum. Am J Orthod. 1956; 42(2):142-149.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

Hernández Rivera, Patricia

e-mail: patricia.hernandezrivera@ucr.ac.cr

