



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

MICOLOGIA BUCAL*

MANUEL SALAS MANTILLA

En 1955 el ilustre estomatólogo francés Lucien Lebourg (1) en el curso dictado en Buenos Aires en la Asociación Odontológica Argentina, al tratar el tema de las Micosis de la Boca, dedicó su atención únicamente a las dos micosis que consideró más importantes en Odontoestomatología: el muguet por *Candida albicans* y la Esporotricosis bucal.

La evolución de los procedimientos diagnósticos, la relevancia de los estudios epidemiológicos y sobre todo la preocupación de los modernos estomatólogos, han llevado a considerar los problemas micológicos bucales con un criterio más real de lo que es la complejidad patológica inherente a la patología bucal. El Odontólogo, verdadero médico especializado en odontoestomatología, debe estar compenetrado de que la salud de la boca no puede ser preservada, si no se preserva la salud general, lo que es decir que la patología bucal no es independiente de la patología general del cuerpo humano.

Ya no es sólo la Candidiasis bucal lo que atrae la atención de la Micología Bucal. Graves noxas existentes en nuestro medio y diagnosticadas con mayor frecuencia, alteran la integridad de los tejidos bucales, y es deber del Odontólogo conocerlas cabalmente con el fin de cumplir con responsabilidad la misión que le ha sido confiada dentro de la comunidad.

Por otro lado es necesario que el odontólogo actual conozca más aspectos de la micopatología porque vemos constantemente en la práctica y en la bibliografía, la numerosa cantidad de casos no diagnosticados debidamente o nunca diagnosticados y como consecuencia de un tratamiento mal instalado, llevan a situaciones desgraciadas para el paciente, a veces irremediables.

* Relato oficial presentado en las II Jornadas de la Asociación Argentina de Microbiología, Buenos Aires, 1970.

** Profesor Titular de Microbiología (Fac. Odontología, U. Nac. de Córdoba)

Aún más, advertimos que la terapia endodóntica puede complicarse por la presencia de infecciones micóticas a las que corrientemente no se les da mayor importancia.

No se pretende con estas consideraciones, sino poner sobre aviso al estomatólogo de que entre los múltiples problemas que comprende la odontoestomatología moderna, las enfermedades por hongos o aún la simple comprobación de Micosis-infección, no debe ser descuidada, ni ignorada. Debemos decir que todas las enfermedades por hongos, que afectan en diverso grado y se localizan en diversas partes del cuerpo (con excepción de algunas pocas micosis producidas por agentes que atacan sólo la piel glabra o los pelos) pueden dar en algún momento de su evolución manifestaciones bucales.

Es cierto que en la mayoría de ellas, estas lesiones son unas más del complejo sintomático general pero en otros casos son exclusivamente localizadas en la región orofaríngea, o lo que es más importante son de comienzo en tejidos bucales y que pueden ser detenidas allí por un acertado diagnóstico y adecuado tratamiento.

No se van a detallar aquí las características biológicas de estos agentes de micosis orales, pues más bien lo que buscamos es promover la conciencia del odontólogo a la conveniencia de mantener con el especialista micólogo una relación más estrecha con el fin de procurar el bienestar del paciente que en último término es el beneficiario de esta relación mutua: ante una sospecha de Micosis-enfermedad o Micosis-infección por el odontólogo, la colaboración del micólogo es indispensable.

Podemos decir hoy en día que los más frecuentes problemas micológicos bucales están centrados sobre Candidiasis, Actinomicosis y Blastomicosis. En segundo lugar podemos considerar a la Histoplasmosis y en menos grado la Esporotricosis, siguiendo a continuación otras micosis menos frecuentes en boca.

En cambio, procesos que hasta no hace mucho eran considerados de etiología micótica, hoy han sido ubicados con mayor seguridad fuera de éstas.

La Gingivitis fungosa de Magitot y Pecorone, caracterizada por ser una gingivitis marginal hipertrófica que confiere a la encía un aspecto muriforme, fácilmente sangrante, debe ser considerada como parte del complejo escorbútico cuyo tratamiento es el de las avitaminosis C, debiendo diferenciarse de las blastomicosis.

Otra hiperplasia granulomatosa, la *botriomicosis* que se presenta con mayor frecuencia en labio inferior que en lengua, con aspecto de momelones carnosos, rojos, a veces supurantes, son formas de estafilococcias.

Podemos intentar clasificar las micosis bucales desde un punto de vista clínico y anatomopatológico para ordenar mejor su descripción:

1. Las dermatofitosis de regiones superficiales (sicosis por *Trichophyton* y *Microsporum*).
2. Las que producen lesiones exudativas y pseudomembranosas: Candidiasis y Geotricosis.
3. Las que producen primordialmente lesiones granulomatosas y ulcerativas: Blastomicosis (Paracoccidioidomicosis, Criptococosis) e Histoplasmosis; y en menor grado las esporotricosis.
4. Los procesos tumorales: Actinomicosis y Rinopsporidiosis.

(Observando la clasificación anterior, advertimos que hemos incluido entre las Micosis, a la Actinomicosis. Tomando en consideración que la evolución clínica y la reacción histopatológica se asemeja a la de las Micosis profundas, correspondería por eso su inclusión dentro de dicha clasificación; pero teniendo en cuenta que desde el punto de vista estrictamente microbiológico, los actinomicetales están clasificados entre las bacterias, y deseando referirnos solamente a los procesos producidos por eumicetos, vamos a considerar únicamente estos últimos).

Si bien no son de mucha incumbencia para el estomatólogo las *Dermatofitosis* que aparecen en las regiones exteriores del cuerpo, la *Sicosis* de la barba y bigote producidas por *Trichophyton* y *Microsporum* pueden ser observados en la práctica por el odontólogo.

Puede presentarse en 3 formas:: inflamatoria aguda, crónica poco inflamatoria o crónica forunculoide inflamatoria. Es una verdadera foliculitis purulenta infiltrativa que a veces constituye el querion de Celsi.

Hemos tenido oportunidad de ver procesos severos de sicosis con infiltración y edema de los labios como consecuencia de la inflamación peribucal, con exudados francos purulentos en los que abundaban los *Microsporum* y que ocasionaba grandes molestias al paciente que había sido hospitalizado por graves quemaduras en la cara.

Son *Trichophyton mentagrophytes* y *Microsporum canis*, *audouinii* y *gypseum* los agentes encontrados en este proceso.

Silva Lacaz (2) ha descrito lesiones bucales por otro dermatofito, esta vez intraorales por *Trichophyton schonleini* ocasionando procesos inflamatorios orofaríngeos de tña fávica.

Entre lesiones superficiales se incluyen las *queilitis angulares* (llamadas "perleche"), generalmente bilaterales que dan a las comisuras de los labios un aspecto fisurado con costras agrietadas y maceración de la epidermis producidas por *Candida albicans*.

Pero la forma más común de *Candidiasis* es la antiguamente llamada "estomatitis cremosa" o "muguet". Comienza por una lesión eritematosa sobre una mucosa seca, roja brillante que se descama posteriormente y acompañada de sensación de calor.

Luego se instala el muguet: pápulas blancas o grises, copos blancos con aspecto de granos de sémola o leche cuajada asentando en dorso de lengua, carrillos, labios, paladar blando, etc.

Estas placas se hacen amarillentas al envejecer y aunque son adherentes, permanecen superficiales y la mucosa no sangra ni está ulcerada; estas placas confluyen y forman una capa pseudomembranosa.

En la mayoría de estos enfermos se percibe el olor a levaduras (lo que llaman los ingleses "Yeast halitosis").

Procesos más graves tienden a infiltrarse bajo el corion y hacen formas fisurarias profundas, dolorosas e incluso ulcerosas sobre todo en lengua, paladar y mejillas. Al invadir los planos profundos por sus procesos micelianos llegan hasta formar verdaderos granulomas en la misma musculatura de la lengua.

El desarrollo de la *Candidiasis*-enfermedad está favorecido por factores variados, pero que en último término se reducen a la pérdida de la resistencia tisular o como dice Lillenthal, la *candidiasis* "es la infección saprofítica de los tejidos con baja vitalidad".

De hecho sabemos que las malas condiciones orales son causas predisponentes.

La presencia de caries aumenta la incidencia 4 ó 5 veces. Igual sucede con las prótesis. A ello se agregan como todos conocemos: las avitaminosis C, y del complejo B (Riboflavina, Acido Nicotínico y PP especialmente), los antibióticos, corticoides y hasta los anti-conceptivos.

Grave y altamente significativa es la aparición de *candidiasis* en bronquíticos crónicos, insuficientes respiratorios, cerebrovasculares, coronarios, carcinomatosos, leucémicos, Hodgkin, etc.

Lehner (3) de Londres en un interesante trabajo estudia 44 pacientes con procesos como los nombrados y observa mortalidad en 30 de ellos: la *candidiasis* precedió a la muerte entre 3 y 35 días antes de la muerte y 17 de ellos (57%) murieron dentro de los 10 días después de la aparición de la *candidiasis* bucal.

El examen post-mortem mostró que en 7 pacientes había ocurrido la diseminación.

Si bien la candidiasis no puede ser confundida con las leucoplasias o el liquen plano, ya que cada uno tiene de por sí sus características fundamentales, a veces se superpone aquella o éstos.

En biopsias por leucoplasias se han encontrado *C. albicans* y aún no se ha llegado a comprobar que la candidiasis crónica infiltrativa puede llevar a la paraqueratosis y disqueratosis.

Aunque el simple hallazgo de *C. albicans* en boca no tiene mayor significación desde que se ha encontrado hasta en 30-40% de bocas aparentemente sanas, el examen directo puede ser muy significativo en diferenciar una forma saprofitica simple, de una fase patógena de mayor virulencia.

Hoy en día se ha dado mucha importancia a estos aspectos. En general en las lesiones saprofiticas el hongo se presenta en fase levadura. A medida que aumente su patogenicidad se hace más pseudo-miceliano.

Es corriente que *Candida* permanezca en la superficie y no pase el corion, excepto si forma ulceraciones.

La conversión de la fase miceliana como índice de patogenicidad se comenzó estudiando en exámenes de materia fecal en pacientes con candidiasis entéricas por Kozzin y Taschdjian (4), luego en muguet orales en lactantes y en candidiasis de piel.

Varios autores lo han hecho experimentalmente.

Que la fase miceliana es invasiva lo confirman las observaciones de secciones de tejidos parasitados en donde el modelo constante es la presencia de células brotantes en la superficie y pseudohifas proliferantes en profundidad.

Por otro lado se ha visto que pacientes con *Candida albicans* sin signos de candidiasis (pero con *Candida* cultivable) no presentaban fase miceliana en sus tejidos.

La *Geotricosis* por *Geotrichum candidum* alcanza la cavidad bucal como secundaria a geotricosis pulmonares o intestinales. Como *Candida albicans* forma pseudomembranas.

Aparte de *Candida albicans* otras levaduras son encontradas en boca y su posible significación patológica no está del todo aclarada: *C. tropicalis*, *C. stellatoidea* y *C. pseudotropicalis*, especies de *cryptococcus* y otras.

Valga mencionar de paso que las levaduras pueden pasar a través de los canálculos dentinarios y llegar a pulpas aún no expuestas.

La *Paracoccidioidomycosis* es la blastomycosis de mayor importancia en nuestro medio y es muy frecuentemente vista por el odontólogo.

El *Paracoccidoides brasiliensis* es inhalado produciendo una primoinfección pulmonar, o entra a través de las mucosas (bucal, anal, etc.) por el hábito de mascar hojas, higienización y limpieza con pajas, vegetales secos, madera del suelo, etc.

Las lesiones cutáneo mucosas son las primeras referidas por el enfermo y muchos de ellos habían sufrido extracciones dentales antes del comienzo de la enfermedad. Por estas alteraciones bucales que aparecen hasta en el 80% de los casos, los enfermos son vistos primero por el odontólogo.

La descripción magistral de las lesiones orales hecha por Ricardo Negróni (5) en su excelente monografía de Tesis sobre la Paracoccidiodomicosis no da lugar a agregar nada más a lo que es la realidad estomatológica de esta enfermedad.

La enfermedad comienza con odontalgias, parestesias peridentarias, dolor en fauces y sialorrea. Puede extenderse esta sintomatología a faringe dando disfonía, disfagia y a veces disnea.

Las lesiones asientan en diversos sitios. Son exulceraciones planas, de bordes irregulares, a veces elevados y con puntillado hemorrágico difuso; la base está infiltrada, de color rojo violáceo, con microabscesos blanco amarillentos, su consistencia es lardácea y aspecto muriforme que sangra con facilidad (estomatitis muriforme).

Cuando asienta en envías, éstas toman aspecto de "encías carcomidas"; las piezas dentarias se aflojan y la sialorrea es abundante.

En la mucosa labial se presentan importantes cambios; se infiltra el labio, la mucosa es roja, poco dolorosa a la palpación y el labio adquiere a veces volumen ("boca de batracio", u "hocico trompiforme").

En amígdalas pueden presentarse úlceras de fondo granulomatoso, frambesiforme, pudiendo presentarse perforaciones de úvula y paladar blanco y necrosis del borde de la epiglotis.

Más raro, pero están descriptas, las amigdalitis crónicas, los quistes dentarios apicales (hay casos de granuloma apical como única manifestación) y las paradentosis, de muy difícil diagnóstico.

En nariz y labio superior las lesiones confunden con la leishmaniosis cutáneo-mucosa, son lesiones destructivas como a veces se observan intraorales.

Después la enfermedad se disemina por vía linfática, (adenopatías siempre), hematógena o por contigüidad.

De las dificultades que se presentan a veces, valga comentar este interesante caso clínico citado por Joseph (6), el enfermo se presentó con dolor en maxilar inferior y por Rayos X se observó una periodontoclasia. Se extrajeron en consecuencia el 1º y 2º molares.

Como seguía el dolor se extrajeron entonces los premolares y tomándose material para el histopatólogo, éste respondió con "inflamación crónica no específica".

Posterior a todo esto llega el enfermo al autor del trabajo y éste observa una masa granulomatosa en la región desdentada; había adenopatías y la biopsia se efectuó sospechando carcinoma, pero esta vez el patólogo observó el hongo y éste pudo ser cultivado, dándose por fin el diagnóstico de Paracoccidiodomicosis.

Habían pasado 2 años desde la primera consulta.

La *Blastomycosis norte-americana* no observada en nuestro medio, es poco frecuente en boca, asienta de preferencia en comisuras y lengua. Es una enfermedad pulmonar que puede diseminarse. En una estadística reciente hecha por Mincer (7) en Tennessee sobre 200 casos observados, 2 de ellos estaban dando procesos únicamente bucales sin compromiso pulmonar. Las lesiones son granulomas supurativos con necrosis y fibrosis que toman gingiva mucosa bucal y hueso alveolar. Estos casos son de difícil diagnóstico hasta que se sospecha el hongo y son varios los casos en que luego de 2 ó 3 intervenciones odontológicas recién se descubre al hongo.

En general las lesiones orales en la *Histoplasmosis* corresponden a la diseminación del *H. capsulatum*.

Sabemos que la enfermedad de comienzo pulmonar en general es asintomática pero la diseminación que ocurre en una pequeña proporción de pacientes es grave con alta mortalidad.

Las lesiones bucales son más frecuentes en lengua en donde provocan una lesión ulcerada, dolorosa que asienta en las superficies laterales. Eritematosa, con áreas de descamación pálida, indurada de aspecto algunas veces de chancro sifilítico o pseudocarcinomatoso, de contornos regulares, poco sangrante.

Están descritas las gingivitis en la *Criptococosis*.

Son casos graves, que tienden a diseminarse a meninges, y que son producidas por el *Criptococcus neoformans*.

En cambio la *coccidiodomicosis* no parece afectar la cavidad bucal.

Se ha descrito la *esporotricosis* oral inicial por *Sporothrix schenki*. Es sumamente rara. Más común o frecuente son lesiones por diseminación de una esporotricosis por contigüidad o linfagítica.

Las lesiones eritematosas sobre mucosa de lengua y faringe pronto se hacen nodulares, vegetantes y forman un absceso que se abre y da salida a un pus gomoso y forma ulceraciones que recuerda a la sífilis o la tuberculosis.

Sobre estas úlceras se forma un exudado pseudomembranoso. Lo corriente es que se acompañan de manifestaciones esporotricólicas generales.

A veces son múltiples las lesiones bucales. Es importante tener presente que pueden ocurrir al mismo tiempo varios casos familiares o entre personas que conviven juntas en una zona donde se encuentra el parásito saprofiticamente.

La *Rinosporidiosis* por *R. Seeberi* puede ser vista en la práctica odontológica, especialmente en enfermos provenientes de nuestra zona endémica del litoral mesopotámico. Los pólipos pediculados más frecuentes en cavidad nasal, pueden presentarse en rinofaringe y orofaringe.

Gegerley y Uri (8) en una reciente revisión han encontrado también en procesos patológicos periodontales otros hongos diversos como *Scopulariopsis brevicaulis*, *Homodendrum compactum*, varios *aspergillus* y *Hemispora stellata*. Hasta ahora muy raras, pero están descritas, las *Aspergilosis* del maxilar. (9)

UNA BREVE REFERENCIA ACERCA DEL DIAGNOSTICO

El diagnóstico de certificación de la Micosis está dado por la comprobación del agente patógeno en las lesiones. El examen directo y el cultivo siguen siendo los de mayor valor, acompañados de la inoculación al animal cuando es factible, y la histopatología.

Hoy en día es de necesaria rutina, la aplicación de las técnicas serológicas, inseparable ayuda para el diagnóstico y pronóstico de las Micosis: las técnicas de fijación del complemento, inmunodifusión en gel de agar, inmunoelectroforesis, inhibición de la inmunodifusión, precipitación, etc. En algunos casos la intradermorreacción.

Este relato me lleva a concluir una vez más que el odontostomatólogo debe recordar que las Micosis son parte importante de la patología bucal; que ante la sospecha de Micosis debe entrar en contacto con el micólogo y que sólo de esta colaboración se puede lograr el mayor beneficio para el paciente.

RESUMEN

Con este trabajo se hace una revisión de las Micosis que están relacionadas directamente con la profesión de odontólogo. Se destaca la importancia de cada una de ellas haciendo breve referencia acerca del diagnóstico específico.

Se insiste sobre la necesidad de que el odontólogo debe conocer esta patología ya que de ello resultará el diagnóstico correcto y el adecuado tratamiento para beneficio del paciente.

SUMMARY

A review of the Micosis directly related to the dental profession has been done. It is pointed out the importance of each of them presenting a brief reference about the specific diagnostic.

It is emphasized that the dentist should know this pathology as this will result in a correct diagnostic and treatment for the benefit of the patient.

RÉSUMÉ

Avec ce travail on fait la révision des Micoses qui sont rapportées directement avec la profession du chirurgien-dentiste.

On rémarque l'importance d'en chacune, en faisant une référence brève sur le diagnostic spécifique.

On insiste sur la nécessité que le chirurgien-dentiste doit connaître cette pathologie puisque de cette manière le diagnostic sera correct, et le traitement adéquat pour bénéficier le patient.

BIBLIOGRAFIA

1. LEDOURG L.: "Patología de la Mucosa Bucal". Buenos Aires, Asociación Odontológica Argentina, 1955.
2. DA SILVA LACAZ C.: "Micología Médica". 3 ed. Rio de Janeiro, Arheneu, 1960.
3. LEHNER Th.: "Oral Thrush, or acute pseudomembranous Candidiasis". Oral Surg. 18(1):27-37, 1964.
4. KOZZIN P. J. and TASCHEJIAN C. L.: "Enteric Candidiasis". Pediatrics, 30:71, 1962.
5. NEGRONI R.: "Observaciones personales sobre la Micosis de Lutz". Tesis Fac. Med. Universidad Buenos Aires. 1968.
6. JOSEPH E. A., MARE A. and IRWING W.: "Oral South American blastomycosis in U.S.A. Oral Surg. 21:732-7, 1966.
7. MINGER H. H. and OGLESBY R. J.: "Intraoral N. A. Blastomycosis, Oral Surg. 22(1):36-41, 1966.
8. GEGERLY L. and URY J.: "Day-by-day variation in the mycotic flora of the Mouth". Arch. Oral Biol. 11(1):15-19, 1966.
9. MEHROTRA M. C.: "Aspergillosis of Maxilar", Oral Surg. 20(1):33-7, 1965.