

Estomatitis Angular. A propósito de un caso clínico.

Vicente Lozano de
Luaces¹,
M.^a Concepción Cisnal
Monsalve².

¹Médico-Estomatólogo.

²Médico-Microbiólogo

Lozano de Luaces V, Cisnal Monsalve M.^a C: Estomatitis angular. A propósito de un caso clínico. Archivos de Odonto-Estomatología 1986; 2: 274-277.

Resumen. Se presenta un estudio sobre la Estomatitis Angular, haciendo hincapié en la flacidez de la musculatura facial debido a la pérdida de las piezas dentarias. La presencia de humedad favorece la existencia de candidiasis. El tratamiento ha consistido en el acoplado de unas prótesis dentales con buenos resultados.

Palabras clave: Candidiasis - estomatitis angular - prótesis.

Aceptado para publicación: Julio 1986.

Correspondencia:

Dr. Vicente Lozano de Luaces,
Amigó 71, entl.^o 3.^a, 08021 Barcelona.

Abstract

A study of perleche is presented, emphasizing the flaccidity of the facial muscles due to the loss of teeth. Humid conditions favour the existence of candidiasis. Treatment consists in fitting suitable prostheses in the mouth, a solution whose application results in a favourable prognosis.

Key words: Candidiasis - perleche - prostheses.

Introducción

A la Estomatitis Angular también se le denomina boqueras, perleche, queilitis comisural y queilitis angular; hoy en día se tiende a llamarla estomatitis angular. Su aparición ocurre más frecuentemente en pacientes de mayor edad que en los de mediana o en jóvenes⁽⁹⁾. Es un proceso frecuente y los pacientes aquejados por él acuden, indistintamente, a las consultas del internista, dermatólogo y estomatólogo para su orientación.

Etiología

Cuando aparece la estomatitis angular hemos de tener en cuenta que ha sido motivada por varias causas, que han encontrado el campo de aparición abonado para ello^(4,5,9), destacando entre ellas:

1. Carencias alimenticias múltiples.
2. Alteraciones gastrointestinales.
3. Hipovitaminosis B.
4. Enfermedades genitourinarias.
5. Piodermitis.

6. Estados alérgicos.
7. Aquilia gástrica.
8. Lesiones variadas de la piel.
9. Ferropenia.
10. Fisura de los tejidos angulares externos de la comisura labial.
11. Estomatitis alérgica por materiales dentales diversos.
12. Candidiasis.
13. Sobremordida.
14. Pacientes desdentados.

Bajo el punto de vista estomatológico, en los pacientes desdentados confluyen una serie de alteraciones importantes de forma que la estomatitis angular anide en ellos. Existe una humedad más pronunciada en la comisura labial, a la vez que un aumento de los pliegues en esa zona anatómica bucal. Ello está motivado por un sostén inadecuado de las comisuras de la boca y una reducción del peso facial⁽¹⁾. Al no estar presentes las piezas dentarias — ni tampoco su reposición protésica — la dimensión vertical disminuye: por ello el cuadro de flacidez comisural aumenta. Por otro lado, una candidiasis se encuentra presente en la mayoría de los pacientes con estomatitis angular: la zona y la humedad existentes en la misma, favorece su presencia en las comisuras labiales^(1,6).

Histopatología

Es un proceso de tipo infeccioso y surgen úlceras focales exudativas con cuarteamiento y eritema más o menos pronunciado. La imagen histopatológica corresponde a una inflamación aguda del corion de la

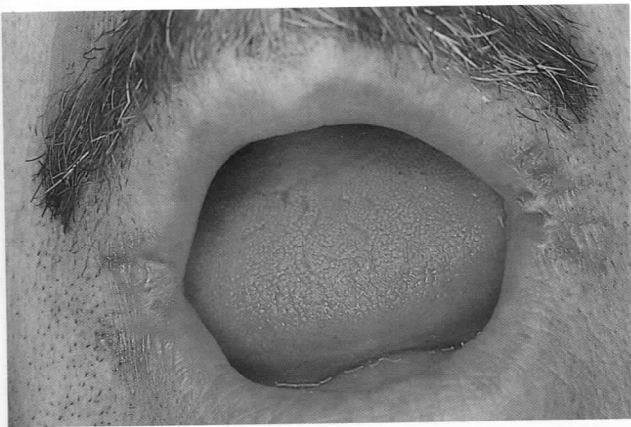


Fig. 1.

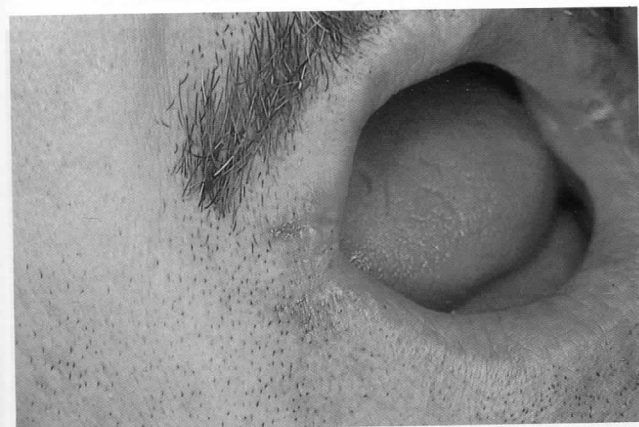


Fig. 2.

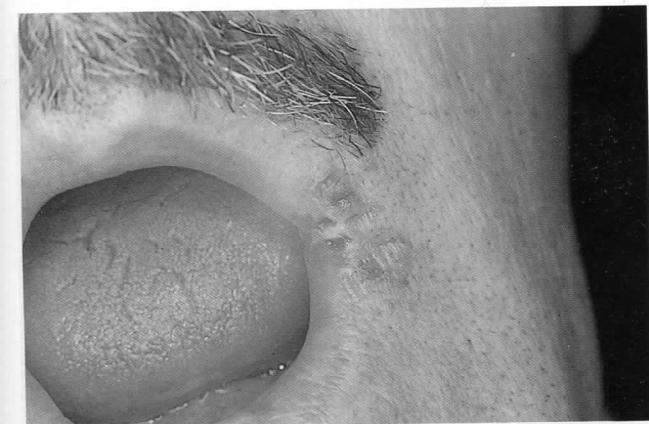


Fig. 3.

superficie, que invade el epitelio semimucoso hasta que logra su destrucción. El epitelio semimucoso está invadido por exocitosis de polinucleares neutrófilos, hasta que es reemplazado por costras fibrinoleucocitarias hemorrágicas. Hay un edema difuso con sectores fibróticos, es decir presencia de edema en el tejido conectivo del corion con infiltrados inflamatorios linfoplasmáticos y con focos de polinucleares neutrófilos y perivasculares. En la submucosa aparecen hi-

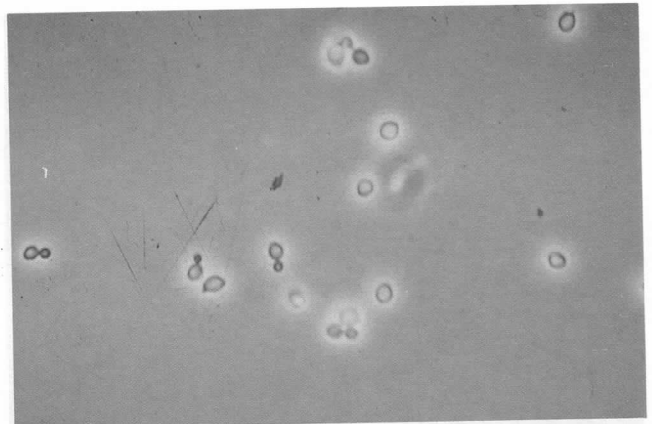


Fig. 4.

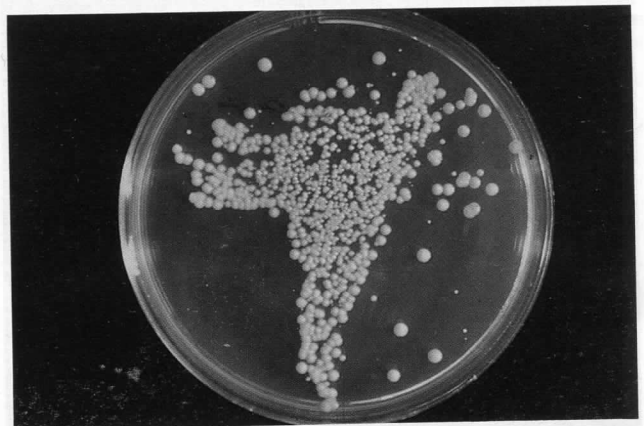


Fig. 5.

pertrufiados los lobulillos glandulares salivares de tipo seromucoso, existiendo infiltrados inflamatorios intersticiales linfocitarios⁽⁵⁻⁸⁾.

Diagnóstico diferencial

1. Con la anemia perniciosa, ya que ésta cursa con estomatitis angular además de glositis atrófica. Para descartarla realizaremos un recuento hematológico completo y pruebas que nosotros consideremos que son las más idóneas, bajo el punto de vista médico^(3,9).
2. En la estomatitis alérgica a diversos productos dentales. Puede ir concomitante con ella, aunque no tiene que ser forzosamente la causa principal de su aparición^(3,9).

Tratamiento

Esquemáticamente realizaremos la pauta siguiente⁽¹⁻³⁾:

1. Eliminar los focos sépticos que existan en la cavidad oral.
2. Corrección de la dieta para lograr que ésta sea más equilibrada.

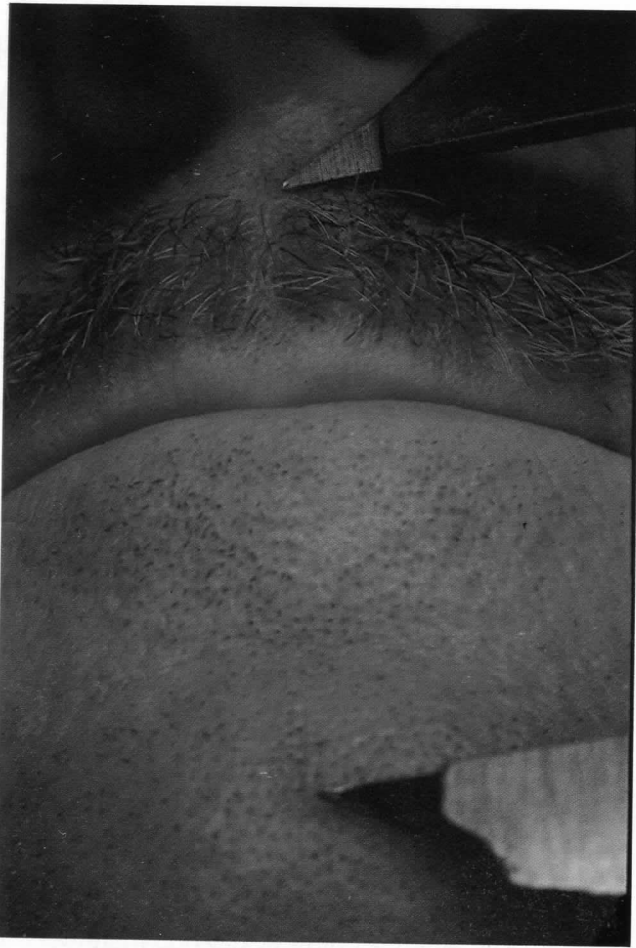


Fig. 6.

3. Aporte vitamínico B.
4. Ante la presencia de cándidas —en casos rebeldes— aplicación tópica de nistatina tres veces al día.
5. Acoplado de prótesis correctamente ajustadas. Con ello logramos la corrección de la alterada dimensión vertical que ha sufrido variación debido a la pérdida de las piezas dentarias. Conseguimos con ello un estiramiento de los pliegues comisurales, a la vez que se perderá la humedad existente en esa zona.

Caso clínico

Generalidades

Paciente hombre de 57 años de edad, que por diversas causas pierde todas las piezas dentarias presentes en boca. Desde hace medio año aprecia que sus comisuras labiales presentan un agrietamiento molesto, acompañado de sangrado.

Motivo de consulta

Inspección: se aprecian lesiones en comisuras labiales; presencia de grietas bilaterales; coloración rojiza de las grietas adoptando una tonalidad eritematosa;



Fig. 7.



Fig. 8.



Fig. 9.

pequeñas costras en epidermis cerca de las grietas y las lesiones interesan a la mucosa oral cercana a las comisuras labiales (Figs. 1, 2 y 3).

Palpación: algias al explorar la zona afectada y flaccidez muscular en esa zona.

Pruebas complementarias

Microbiológicas: dichos métodos se realizaron si-

guiendo las pautas convencionales micológicas para aislamiento e identificación de hongos:

- Toma de la muestra: con escobillón.
- Microscopía directa: exámen en fresco; contraste de fases 400X. Fig. 4.
 - Tinción de Gram.
- Bateria de medios de aislamiento primario:
 - siembra en Agar Sabouraud: 37 °C, 18-24 h. Fig. 5.
 - siembra en Agar Sabouraud-cloramfenicol-gentamicina: 37 °C, 18-24 h.
- Identificación:
 - Formación túbulo germinal.
 - Morfología mediante microcultivo en harina de maíz H.M.-tw80.
 - Formación de clamidosporas.
 - Zimograma.
 - Auxonograma.

Protésicas: tras el estudio del caso con los técnicos de laboratorio —Hnos. Alegre— consideramos que el cuadro puede mejorar ostensiblemente con el acoplado de unas prótesis dentales completas correctamente ajustadas y con una dimensión vertical idónea.

Pauta de tratamiento:

- Corrección de la dimensión vertical perdida tras las exodoncias a que fue sometido el paciente. Fig. 6.
- Acoplado de prótesis completas con equilibrado correcto y sin interferencias en movimientos de trabajo y balanceo. Fig. 7.

Pronóstico

Bueno. Al poco tiempo —un mes— apreciamos que la humedad existente en las comisuras labiales ha desaparecido prácticamente, tras el acoplado de las prótesis mencionadas anteriormente. Vemos que no existe sangrado en la zona afectada y a la vez hemos resuelto la flacidez facial, al acoplar la prótesis. Mejoría global del cuadro y buena función masticatoria. Figs. 8 y 9.

Apreciamos una marcada falta de higiene en las prótesis dentales completas acopladas. Se insiste al paciente para que mejore la limpieza de las piezas reemplazadas artificialmente.

Bibliografía

1. Cawson, R.A. Denture sore mouth and angular cheilitis. *Br. Dent. J.* 115:441, 1963.
2. Conant, N.F., et al.: *Manual of clinical mycology*. Ed. 2, Philadelphia-London, W.B. Saunders Co., 1963.
3. Creger Van Rij, N.J.W.: *The yeasts a taxonomic study*. Elsevier Science Publishers, Amsterdam 1984.
4. Ephraim, H.: Chronic deep monilia albicans infection of the mucous membrane of the mouth. *Brit. J. Derm.* 61:414-416, 1949.
5. Finnerud, C.: Perleche; a study of one hundred cases. *Arch. Derm. Syph. Chicago*, 20: 454-488, 1929.
6. Fox, E.C.: A contribution to the mycology of the mouth. *Brit. Med. J.* 2:826-828, 1958.
7. Gefferth, K.: *Handbuch der Kinderheilkunde*. Vol. V, Berlin-Göttingen-Haidelberg, 1963.
8. Lehner, T.: Oral thrush, or acute pseudomembranous candidiasis. *Oral Surg. Oral Med. Oral Path.* 18:27-37, 1964.
9. Shafer, W.G.: *Textbook of Oral Pathology*. 3rd Ed. Philadelphia, W.B. Saunders Co., pp. 360-361, 1974.