



BOLETIN ODONTOLÓGICO  
COLOMBIANO

No. de carpeta \_\_\_\_\_

No. de ejemplar N. 279 \_\_\_\_\_ 1980 \_\_\_\_\_

Compra  Cambio  Donación

Editorial \_\_\_\_\_

Solicitado por \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Precio \_\_\_\_\_

T.O  
279  
IV  
279  
1988

00309

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICOS EN TRATAMIENTOS DE  
ENFERMEDADES AGUDAS Y CRONICAS

GLORIA ADRIANA OSEJO PAREDES

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

BOGOTA 1988

14-6-01

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICOS EN TRATAMIENTOS DE  
ENFERMEDADES AGUDAS Y CRONICAS

GLORIA ADRIANA OSEJO PAREDES

Monografía presentada en cumplimiento parcial de los requisitos exigidos para optar por el título de Odontóloga.

Director:  
Dr. Jaime Calderón Caicedo

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

BOGOTA 1988

Bogotá, Mayo de 1988

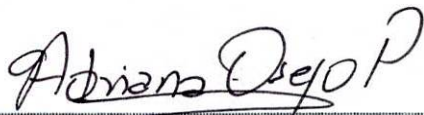
Doctora  
Marisol Arango  
Decana de la Facultad de Odontología  
Colegio Odontológico Colombiano  
Ciudad.

Apreciada doctora:

Me es grato dirigirme a Ud. para presentarle mi trabajo de grado el cual es titulado "Manual de Procedimientos Clínicos en el Tratamiento de Enfermedades Agudas y Crónicas".

Espero que sea una ayuda a otros estudiantes para aumentar los conocimientos básicos indispensables para el ejercicio profesional.

Cordialmente,



---

GLORIA ADRIANA OSEJO PAREDES

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

DIRECTIVAS

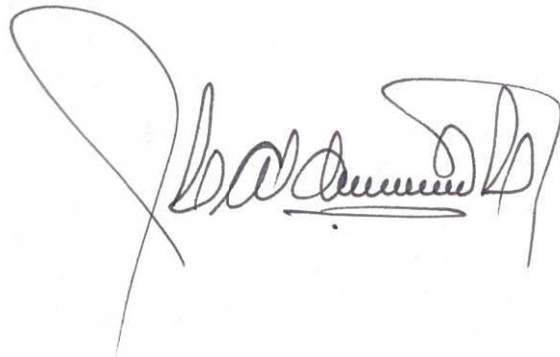
RECTOR	Dr. Jorge Arango Tamayo
DECANO	Dra. Marisol Arango de León
VICEDECANO	Dr. Jairo Forero Morales
SECRETARIO ACADEMICO	Dr. Luis Felipe Falla
DIRECTOR MONOGRAFIA	Dr. Jaime Calderón Caicedo
COORDINADOR DE CURSO	Dr. Roberto Arciniegas

DIRECTOR DE LA MONOGRAFIA

Dr. Jaime Calderón

Egresado del Colegio Odontológico Colombiano el 28 de  
Marzo de 1980.

Ejercicio profesional, a nivel particular.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jaime Calderón', with a large loop on the left side and a stylized ending on the right.

Nota de Aceptación

---

---

---

---

Presidente del Jurado



Jurado

---

Jurado

## AGRADECIMIENTOS

Expreso mis agradecimientos al director de esta monografía, Dr. Jaime Calderón Caicedo, que muy amablemente me ayudó a reunir la información necesaria para realizar este manual.

## DEDICATORIA

A todos aquellos que de una u otra forma contribuyeron a mi formación profesional.

## TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCION .....	42
1. PRINCIPIOS GENERALES .....	44
1.1 ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA .....	44
1.1.1 Aspecto Clínico .....	45
1.1.2 Antecedentes Personales y Familiares .....	45
1.1.3 Exámenes Complementarios .....	45
2. ENFERMEDADES AGUDAS Y CRONICAS DE LA CAVIDAD ORAL Y SUS ANEXOS .....	47
2.1 ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS DUROS .....	47
2.1.1 Caries Dental .....	47
2.1.1.1 Aspecto Clínico .....	48
2.1.1.2 Antecedentes Familiares .....	48
2.1.1.3 Diagnóstico .....	49
2.1.1.4 Tratamiento .....	50
2.1.1.4.1 Tratamiento de la Caries Incipiente .....	50

	Pag.
2.1.1.4.2 Tratamiento de la Caries de Esmalte y Dentina .....	51
2.1.1.4.3 Tratamiento de la Caries de Esmalte sin Comprometimiento Pulpar .....	51
2.1.1.4.4 Tratamiento de la Caries de Esmalte y Dentina con Comprometimiento Pulpar .....	52
2.1.1.4.5 Tratamiento de la Caries de Biberón y Rampante .....	52
2.1.1.4.6 Tratamiento de la Caries de Cemento .....	52
2.1.2 Atrición Dental .....	53
2.1.2.1 Aspecto Clínico .....	53
2.1.2.2 Tratamiento .....	54
2.1.3 Abrasión .....	54
2.1.3.1 Aspecto Clínico .....	55
2.1.4 Erosión .....	56
2.1.4.1 Aspecto Clínico .....	56
2.2 AFECCIONES DE LOS MAXILARES .....	57
2.2.1 Osteitis Alveolar Aguda .....	57
2.2.1.1 Tratamiento .....	57
2.2.2 Osteomielitis .....	58

	Pag.
2.2.2.1 Aspecto Clínico .....	59
2.2.2.2 Diagnóstico .....	59
2.2.2.3 Tratamiento .....	59
2.2.3 Osteomielitis Esclerosante Focal .....	60
2.2.3.1 Tratamiento .....	60
2.2.4 Quistes Odontogénicos .....	60
2.2.4.1 Quiste Periapical .....	60
2.2.4.1.1 Tratamiento .....	61
2.2.4.2 Quiste Dentígero .....	62
2.2.4.2.1 Tratamiento .....	62
2.2.4.3 Queratoquiste Odontogénico .....	62
2.2.4.3.1 Tratamiento .....	63
2.2.4.4 Quiste Primordial .....	63
2.2.4.4.1 Tratamiento .....	63
2.2.5 Quistes No Odontogénicos .....	64
2.2.5.1 Quiste Nasopalatino .....	64
2.2.5.1.1 Tratamiento .....	64
2.2.6 Tumores Odontogénicos .....	65

	Pag.
2.2.6.1 Ameloblastoma .....	65
2.2.6.1.1 Aspecto Clínico .....	65
2.2.6.1.2 Tratamiento .....	65
2.2.6.2 Tumor Adenomatoide Odontógeno .....	66
2.2.6.2.1 Tratamiento .....	67
2.2.6.3 Tumor de Pindburg .....	67
2.2.6.3.1 Tratamiento .....	67
2.2.6.4 Odontomas .....	67
2.2.6.4.1 Tratamiento .....	68
2.2.6.5 Cementomas .....	68
2.2.6.5.1 Tratamiento .....	69
2.2.7 Tumores No Odontogénicos .....	69
2.2.7.1 Torus Palatino .....	69
2.2.7.1.1 Tratamiento .....	69
2.2.7.2 Torus Mandibulares .....	70
2.2.7.2.1 Tratamiento .....	70
2.2.7.3 Osteoma .....	71

	Pag.
2.2.7.3.1 Tratamiento .....	71
2.2.7.4 Granuloma .....	72
2.2.7.4.1 Chancro Sifilítico .....	72
2.2.7.4.1.1 Tratamiento .....	72
2.2.7.4.2 Granuloma Central de Células Gigantes ...	73
2.2.7.4.2.1 Tratamiento .....	73
2.3 ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS BLANDOS .....	73
2.3.1 Enfermedades de la Pulpa .....	73
2.3.1.1 Hiperemia Pulpar .....	75
2.3.1.1.1 Aspecto Clínico .....	75
2.3.1.1.2 Tratamiento .....	75
2.3.1.2 Pulpitis .....	76
2.3.1.2.1 Pulpitis Aguda Serosa .....	77
2.3.1.2.1.1 Aspecto Clínico .....	77
2.3.1.2.1.2 Tratamiento .....	77
2.3.1.2.2 Pulpitis Aguda Purulenta .....	78
2.3.1.2.2.1 Aspecto Clínico .....	78
2.3.1.2.2.2 Tratamiento .....	78

	Pag.
2.3.1.2.3 Pulpitis Crónica Ulcerada .....	79
2.3.1.2.3.1 Aspecto Clínico .....	79
2.3.1.2.3.2 Tratamiento .....	79
2.3.1.2.4 Pulpitis Crónica Hiperplásica .....	79
2.3.1.2.4.1 Aspecto Clínico .....	80
2.3.1.2.4.2 Tratamiento .....	80
2.3.1.3 Necrosis Pulpar .....	80
2.3.1.3.1 Aspecto Clínico .....	80
2.3.1.3.2 Tratamiento .....	81
2.3.1.4 Gangrena Pulpar .....	81
2.3.1.4.1 Tratamiento .....	81
2.3.1.5 Absceso Periapical Agudo .....	81
2.3.1.5.1 Fase Inicial .....	82
2.3.1.5.1.1 Tratamiento .....	82
2.3.1.5.2 Fase en Evolución .....	83
2.3.1.5.2.1 Aspecto Clínico .....	83
2.3.1.5.2.2 Tratamiento .....	84
2.3.1.5.3 Fase Final .....	85

	Pag.
2.3.1.5.3.1 Tratamiento .....	85
2.3.1.6 Absceso Periapical Crónico .....	86
2.3.1.6.1 Tratamiento .....	87
2.3.1.7 Reabsorciones Internas y Externas .....	87
2.3.1.8 Degeneraciones Pulpaes .....	88
2.3.2 Enfermedades del Periodoncio .....	88
2.3.2.1 Gingivitis .....	88
2.3.2.1.1 Aspecto Clínico .....	88
2.3.2.1.2 Tratamiento .....	89
2.3.2.2 Gingivitis Ulceronecrozante Aguda .....	90
2.3.2.2.1 Aspecto Clínico .....	91
2.3.2.2.2 Tratamiento .....	92
2.3.2.3 Gingivoestomatitis Herpética .....	94
2.3.2.3.1 Aspecto Clínico .....	95
2.3.2.3.2 Tratamiento .....	95
2.3.2.4 Pericoronitis .....	96
2.3.2.4.1 Aspecto Clínico .....	96
2.3.2.4.2 Tratamiento .....	96

	Pag.
2.3.2.5 Periodontitis .....	96
2.3.2.5.1 Aspecto Clínico .....	97
2.3.2.5.2 Trtamiento .....	97
2.3.2.6 Absceso Periodontal .....	99
2.3.2.6.1 Aspecto Clínico .....	99
2.3.2.6.2 Tratamiento .....	100
2.3.3 Enfermedades de la Lengua .....	102
2.3.3.1 Glositis .....	102
2.3.3.2 Lengua Geográfica .....	102
2.3.3.2.1 Aspecto Clínico .....	103
2.3.3.2.2 Diagnóstico .....	103
2.3.3.2.3 Tratamiento .....	104
2.3.3.3 Lengua Escrotal .....	104
2.3.3.3.1 Aspecto Clínico .....	104
2.3.3.3.2 Diagnóstico Diferencial .....	104
2.3.3.3.3 Tratamiento .....	105
2.3.3.4 Lengua Velloso .....	105
2.3.3.4.1 Aspecto Clínico .....	105
2.3.3.4.2 Diagnóstico Diferencial .....	106
2.3.3.4.3 Tratamiento .....	106

	Pag.
2.3.3.5 Lengua Hipertrófica .....	107
2.3.3.5.1 Aspecto Clínico .....	107
2.3.3.5.2 Diagnóstico Diferencial .....	108
2.3.3.5.3 Tratamiento .....	108
2.3.4 Estomatitis .....	109
2.3.4.1 Estomatitis Aftosa .....	109
2.3.4.1.1 Aspecto Clínico .....	109
2.3.4.1.2 Diagnóstico Diferencial .....	109
2.3.4.1.3 Tratamiento .....	110
2.3.4.2 Estomatitis Alérgica .....	110
2.3.4.2.1 Aspecto Clínico .....	110
2.3.4.2.2 Diagnóstico Diferencial .....	111
2.3.4.2.3 Tratamiento .....	111
2.3.4.3 Estomatitis Herpética Recurrente .....	112
2.3.4.3.1 Aspecto Clínico .....	112
2.3.4.3.2 Diagnóstico Diferencial .....	112
2.3.4.3.3 Tratamiento .....	112
2.3.4.4 Estomatitis Nicotínica .....	113
2.3.4.4.1 Aspecto Clínico .....	113
2.3.4.5 Estomatitis Traumática .....	114

	Pag.
2.3.4.5.1 Aspecto Clínico .....	114
2.3.4.5.2 Diagnóstico Diferencial .....	114
2.3.4.5.3 Tratamiento .....	115
2.3.4.6 Granuloma Piógeno .....	115
2.3.4.6.1 Aspecto Clínico .....	115
2.3.4.6.2 Diagnóstico Diferencial .....	116
2.3.4.6.3 Tratamiento .....	116
2.3.5 Enfermedades de los Labios .....	116
2.3.5.1 Queilitis .....	116
2.3.5.1.1 Queilitis Glandulares .....	117
2.3.5.1.1.1 Queilitis Glandular Simple .....	117
2.3.5.1.1.1.1 Aspecto Clínico .....	117
2.3.5.1.1.1.2 Diagnóstico .....	117
2.3.5.1.1.1.3 Tratamiento .....	118
2.3.5.1.1.2 Queilitis Supurada .....	118
2.3.5.1.1.2.1 Aspecto Clínico .....	118
2.3.5.1.1.2.2 Diagnóstico .....	118
2.3.5.1.1.2.3 Tratamiento .....	119
2.3.5.1.2 Queilitis Agudas No Glandulares .....	119
2.3.5.1.2.1 Aspecto Clínico .....	119

	Pag.
2.3.5.1.2.2 Diagnóstico Diferencial .....	119
2.3.5.1.2.3 Tratamiento .....	120
2.3.5.1.3 Queilitis Crónicas .....	120
2.3.5.1.3.1 Queilitis Descamativa Crónica .....	120
2.3.5.1.3.1.1 Diagnóstico Diferencial .....	121
2.3.5.1.3.1.2 Tratamiento .....	121
2.3.5.1.3.2 Queilitis Comisural .....	121
2.3.5.1.3.2.1 Aspecto Clínico .....	121
2.3.5.1.3.2.2 Diagnóstico .....	122
2.3.5.1.3.2.3 Tratamiento .....	122
2.3.5.1.3.3 Queilitis Granulomatosa .....	123
2.3.5.1.3.3.1 Aspecto Clínico .....	123
2.3.5.1.3.3.2 Diagnóstico Diferencial .....	123
2.3.5.1.3.3.3 Tratamiento .....	123
2.3.6 Enfermedades de las Glándulas Salivales .....	124
2.3.6.1 Sialolitiasis .....	124
2.3.6.1.1 Aspecto Clínico .....	124
2.3.6.1.2 Diagnóstico Diferencial .....	125
2.3.6.1.3 Tratamiento .....	125
2.3.6.2 Sialodenitis .....	125

	Pag.
2.3.6.2.1 Sialodenitis Bacteriana .....	125
2.3.6.2.1.1 Sialodenitis Aguda .....	126
2.3.6.2.1.1.1 Diagnóstico Diferencial .....	127
2.3.6.2.1.1.2 Tratamiento .....	127
2.3.6.2.1.2 Sialodenitis Crónica Recidivante .....	127
2.3.6.2.1.2.1 Aspecto Clínico .....	128
2.3.6.2.1.2.2 Diagnóstico Diferencial .....	128
2.3.6.2.1.2.3 Tratamiento .....	128
2.3.6.2.1.3 Mucocele .....	129
2.3.6.2.1.3.1 Aspecto Clínico .....	129
2.3.6.2.1.3.2 Diagnóstico Diferencial .....	130
2.3.6.2.1.3.2 Tratamiento .....	130
2.3.6.2.1.4 Ránula .....	130
2.3.6.2.1.4.1 Aspecto Clínico .....	130
2.3.6.2.1.4.2 Diagnóstico Diferencial .....	131
2.3.6.2.1.4.3 Tratamiento .....	131
2.4 OTRAS ENFERMEDADES .....	131
2.4.1 Hiperplasia Papilar .....	131
2.4.1.1 Tratamiento .....	131

	Pag.
2.4.2 Ulceraciones Focales .....	132
2.4.2.1 Tratamiento .....	133
2.4.3 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) .....	133
2.4.3.1 Etiología .....	134
2.4.3.2 Control de la Infección de Pacientes con SIDA en la Odontología .....	137
CONCLUSIONES .....	139
BIBLIOGRAFIA .....	140

## LISTA DE DIAPOSITIVAS

- Diapositiva 1. Caries con comprometimiento pulpar en un lateral superior.
- Diapositiva 2. Caries con comprometimiento pulpar en un molar inferior.
- Diapositiva 3. Caries.
- Diapositiva 4. Caries.

## ENFERMEDADES DE LOS MAXILARES

- Diapositiva 5. Absceso periapical agudo. Desmineralización extensa del hueso.
- Diapositiva 6. Absceso periapical agudo en un molar temporal, con destrucción ósea en bifurcación de raíces.
- Diapositiva 7. Raiz retenida, donde se ve la cortical intacta y un aspecto normal en el hueso circundante.
- Diapositiva 8. Absceso pericoronario crónico. Izquierda: Ubicado detrás del tercer molar inferior erupcionado en parte. Centro: Absceso que rodea la mayor parte del tercer molar inferior impactado. Derecha: Absceso asociado a tercer molar inferior impactado, con destrucción del hueso adyacente al segundo molar adyacente.
- Diapositiva 9. Absceso periapical crónico con fístula por el mentón. Hay ligera resorción de la raíz del incisivo lateral derecho, ésto sugiere traumatismo previo de los dientes.
- Diapositiva 10. Osteomielitis originada en gingivitis aguda. Izquierda: radiografía sin hallazgos

positivos después de 3 días de la aparición de dolor agudo y gran hinchazón.

Diapositiva 11. Osteomielitis. Arriba: radiografías tomadas 2 años antes que las de abajo. Hueso alveolar normal. Abajo: radiografías tomadas 2 semanas después de la exodoncia del canino inferior con infección periapical, destrucción del alveolo y hueso.

Diapositiva 12. Osteomielitis, infección de la mandíbula con posterioridad a la de otros huesos del esqueleto. El origen de la infección fue una apolla en el tobillo.

Diapositiva 13. Osteitis condensante por infección periapical. Izquierda: Involucra primer molar superior. Derecha: Involucra primer molar inferior.

Diapositiva 14. Quistes del maxilar superior que pueden haberse desarrollado a partir de los restos epiteliales.

Diapositiva 15. Quistes eruptivos. La radiografía muestra los espacios de los sacos pericoronarios anormalmente anchos y raíces desarrolladas en parte.

Quistes eruptivos. Izquierda: en un tercer molar superior. Derecha: en un canino superior.

Diapositiva 16. Quiste de la mandíbula recubierta con epitelio que podría ser un quiste primordial.

Diapositiva 17. Quiste periapical que puede persistir aunque la raíz del premolar fue extraída. Derecha: el quiste periapical se ha separado de la raíz que movió hacia arriba y afuera durante la exodoncia.

Diapositiva 18. Quistes residuales del molar superior recubiertos de epitelio.

Diapositiva 19. Ameloblastoma con lesión monolocular con pequeños espacios multiloculares adyacentes y por delante de ella.

#### ENFERMEDADES DE LA PULPA

Diapositiva 20. Hiperemia. Cuadro sinóptico.

- Diapositiva 21. Cuadro sinóptico de pulpitis aguda serosa.
- Diapositiva 22. Cuadro sinóptico de pulpitis aguda purulenta.
- Diapositiva 23. Lesión apical.
- Diapositiva 24. Reabsorción interna de un lateral superior.
- Diapositiva 25. Reabsorción externa.

#### ENFERMEDADES DEL PERIODONCIO

- Diapositiva 26. Torus palatino.
- Diapositiva 27. Torus mandibular.
- Diapositiva 28. Resorción interna.
- Diapositiva 29. Radiografía del caso anterior.
- Diapositiva 30. Resorción ideopática. Izquierda: en un canino temporal. Centro: Incisivo lateral permanente. Derecha: Incidencia lateral del diente extraído donde no se observa comunicación con la superficie de la raíz.
- Diapositiva 31. Cuadro comparativo de la hiperemia.
- Diapositiva 32. Cuadro sinóptico de la pulpitis aguda serosa.
- Diapositiva 33. Cuadro sinóptico de la pulpitis aguda purulenta.
- Diapositiva 34. Gingivitis ulceronecrotizante aguda.
- Diapositiva 35. Gingivitis ulceronecrotizante (región retromolar).
- Diapositiva 36. Guna.
- Diapositiva 37. Guna.
- Diapositiva 38. Glositis por déficit en el complejo vitamínico B.
- Diapositiva 39. Glositis ulcerativa alérgica.
- Diapositiva 40. Hiperplasia inusual en el paladar por

prótesis parcialmente removible.

- Diapositiva 41. Después de la remoción del tejido.
- Diapositiva 42. Especimen del tejido excidido.
- Diapositiva 43. Exostosis.
- Diapositiva 44. Estomatitis ulcerativa recidivante.
- Diapositiva 45. Estomatitis ulcerativa recidivante.
- Diapositiva 46. Estomatitis ulcerativa recidivante cicatrizante.
- Diapositiva 47. Estomatitis herpética aguda primaria.
- Diapositiva 48. Estomatitis herpética aguda primaria.
- Diapositiva 49. Estomatitis alérgica (granuloma de las encías).
- Diapositiva 50. Granuloma piógeno (masas nodulares bilaterales en el dorso lingual).
- Diapositiva 51. Granuloma de la cavidad.
- Diapositiva 52. Fibrogranuloma de las encías.
- Diapositiva 53. Neurofibroma.
- Diapositiva 54. Cálculos salivales en el conducto de la glándula submaxilar: a. radiografía que muestra cálculos superpuestos con la mandíbula; b. vista oclusal donde se ven dos cálculos separados en el conducto.
- Diapositiva 55. Parotiditis.
- Diapositiva 56. Ulceración traumática (mal uso del cepillo).
- Diapositiva 57. Ulceración traumática (golpe en la cara).
- Diapositiva 58. Ulceración traumática (quemadura por aspirina).
- Diapositiva 59. Ulceración traumática (quemadura por fenol).
- Diapositiva 60. Ulceración traumática (quemadura por calor).

- Diapositiva 61. Herpes Zoster.
- Diapositiva 62. Tumor del embarazo.
- Diapositiva 63. Tejido redundante.
- Diapositiva 64. Fibromatosis irritativa.
- Diapositiva 65. Fibromatosis por dilantin.
- Diapositiva 66. Mioblastoma.
- Diapositiva 67. Neuroma.
- Diapositiva 68. Queloides (masas nodulares múltiples en el dorso lingual).
- Diapositiva 69. Glándulas salivares ectópicas.
- Diapositiva 70. Hiperqueratosis.
- Diapositiva 71. Hiperqueratosis.
- Diapositiva 72. Piostomatosis.
- Diapositiva 73. Cáncer precoz (suelo de boca).
- Diapositiva 74. Cáncer precoz (borde lateral de la lengua).
- Diapositiva 75. Cáncer precoz (encía región de premolares).
- Diapositiva 76. Cáncer precoz (borde lateral de la lengua).
- Diapositiva 77. Carcinoma de la lengua (variedad fungosa).
- Diapositiva 78. Carcinoma del paladar.
- Diapositiva 79. Carcinoma de la lengua.
- Diapositiva 80. Carcinoma de la base de la lengua (ulcerativo infiltrante).
- Diapositiva 81. Carcinoma del paladar (variedad paladar).
- Diapositiva 82. Carcinoma de la encía.
- Diapositiva 83. Carcinoma del labio.

- Diapositiva 84. Verruga viral en la mucosa de un homosexual de 37 años.
- Diapositiva 85. Estomatitis herpética recurrente palatina en un homosexual de 34 años que desarrolló SIDA en dos meses.
- Diapositiva 86. Estomatitis herpética en un homosexual de 28 años con SIDA.
- Diapositiva 87. El mismo paciente de la 88, siete meses después.
- Diapositiva 88. Lesión palatina de KS en un homosexual de 35 años con SIDA.
- Diapositiva 89. Vesículas unilaterales de la piel debido a Zoster en un homosexual de 29 años que tenía leucoplasia velluda.
- Diapositiva 90. Sarcoma de Kaposi en la punta de la nariz en un homosexual de 29 años con SIDA.
- Diapositiva 91. El mismo paciente de la 90, siete meses después.



## PLAN DE TEMAS

### OBJETIVOS

1. Obtener los conocimientos básicos de las enfermedades de la cavidad bucal.
2. Lograr identificar las diferentes patologías bucales de acuerdo a las características clínicas para obtener un diagnóstico acertado.
3. Tener presente que para un buen diagnóstico, es indispensable la diferenciación patológica debido a la dificultad de establecer, clínicamente, enfermedades con similitud de manifestaciones.
4. Saber realizar el tratamiento correspondiente a las diferentes alteraciones bucales.
5. Que este manual, una vez disponible en la biblioteca de la facultad, sea de ayuda y consulta de los estudiantes.

## TEMAS

### 1. PRINCIPIOS GENERALES

#### 1.1 ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA

##### 1.1.1 Aspecto Clínico

##### 1.1.2 Antecedentes Personales y Familiares

##### 1.1.3 Exámenes Complementarios

### 2. ENFERMEDADES AGUDAS Y CRONICAS DE LA CAVIDAD ORAL Y SUS ANEXOS

#### 2.1 ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS DUROS

##### 2.1.1 Caries Dental

###### 2.1.1.1 Aspecto Clínico

###### 2.1.1.2 Antecedentes Familiares

###### 2.1.1.3 Diagnóstico

###### 2.1.1.4 Tratamiento

###### 2.1.1.4.1 Tratamiento de la Caries Incipiente

###### 2.1.1.4.2 Tratamiento de la Caries de Esmalte y Dentina

###### 2.1.1.4.3 Tratamiento de la Caries de Esmalte sin Comprometimiento Pulpar

###### 2.1.1.4.4 Tratamiento de la Caries de Esmalte y Dentina con Comprometimiento Pulpar

2.1.1.4.5 Tratamiento de la Caries de Biberón y  
Rampante

2.1.1.4.6 Tratamiento de la Caries de Cemento

2.1.2 Atrición Dental

2.1.2.1 Aspecto Clínico

2.1.2.2 Tratamiento

2.1.3 Abrasión

2.1.3.1 Aspecto Clínico

2.1.4 Erosión

2.1.4.1 Aspecto Clínico

2.2 AFECCIONES DE LOS MAXILARES

2.2.1 Osteitis Alveolar Aguda

2.2.1.1 Tratamiento

2.2.2 Osteomielitis

2.2.2.1 Aspecto Clínico

2.2.2.2 Diagnóstico

2.2.2.3 Tratamiento

2.2.3 Osteomielitis Esclerosante Focal

2.2.3.1 Tratamiento

- 2.2.4 Quistes Odontogénicos
  - 2.2.4.1 Quiste Periapical
    - 2.2.4.1.1 Tratamiento
  - 2.2.4.2 Quiste Dentígero
    - 2.2.4.2.1 Tratamiento
  - 2.2.4.3 Queratoquiste Odontogénico
    - 2.2.4.3.1 Tratamiento
  - 2.2.4.4 Quiste Primordial
    - 2.2.4.4.1 Tratamiento
- 2.2.5 Quistes No Odontogénicos
  - 2.2.5.1 Quiste Nasopalatino
    - 2.2.5.1.1 Tratamiento
- 2.2.6 Tumores Odontogénicos
  - 2.2.6.1 Ameloblastoma
    - 2.2.6.1.1 Aspecto Clínico
    - 2.2.6.1.2 Tratamiento
  - 2.2.6.2 Tumor Adenomatoide Odontógeno
    - 2.2.6.2.1 Tratamiento

- 2.2.6.3 Tumor de Pindburg
  - 2.2.6.3.1 Tratamiento
- 2.2.6.4 Odontomas
  - 2.2.6.4.1 Tratamiento
- 2.2.6.5 Cementomas
  - 2.2.6.5.1 Tratamiento
- 2.2.7 Tumores No Odontogénicos
  - 2.2.7.1 Torus Palatino
    - 2.2.7.1.1 Tratamiento
  - 2.2.7.2 Torus Mandibulares
    - 2.2.7.2.1 Tratamiento
  - 2.2.7.3 Osteoma
    - 2.2.7.3.1 Tratamiento
  - 2.2.7.4 Granuloma
    - 2.2.7.4.1 Chancro Sifilítico
      - 2.2.7.4.1.1 Tratamiento
    - 2.2.7.4.2 Granuloma Central de Células Gigantes

2.2.7.4.2.1 Tratamiento

## 2.3 ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

### 2.3.1 Enfermedades de la Pulpa

#### 2.3.1.1 Hiperemia Pulpar

2.3.1.1.1 Aspecto Clínico

2.3.1.1.2 Tratamiento

#### 2.3.1.2 Pulpitis

##### 2.3.1.2.1 Pulpitis Aguda Serosa

2.3.1.2.1.1 Aspecto Clínico

2.3.1.2.1.2 Tratamiento

##### 2.3.1.2.2 Pulpitis Aguda Purulenta

2.3.1.2.2.1 Aspecto Clínico

2.3.1.2.2.2 Tratamiento

##### 2.3.1.2.3 Pulpitis Crónica Ulcerada

2.3.1.2.3.1 Aspecto Clínico

2.3.1.2.3.2 Tratamiento

##### 2.3.1.2.4 Pulpitis Crónica Hiperplásica

2.3.1.2.4.1 Aspecto Clínico

2.3.1.2.4.2 Tratamiento



- 2.3.1.3 Necrosis Pulpar
  - 2.3.1.3.1 Aspecto Clínico
  - 2.3.1.3.2 Tratamiento
- 2.3.1.4 Gangrena Pulpar
  - 2.3.1.4.1 Tratamiento
- 2.3.1.5 Absceso Periapical Agudo
  - 2.3.1.5.1 Fase Inicial
    - 2.3.1.5.1.1 Tratamiento
  - 2.3.1.5.2 Fase en Evolución
    - 2.3.1.5.2.1 Aspecto Clínico
    - 2.3.1.5.2.2 Tratamiento
  - 2.3.1.5.3 Fase Final
    - 2.3.1.5.3.1 Tratamiento
- 2.3.1.6 Absceso Periapical Crónico
  - 2.3.1.6.1 Tratamiento
- 2.3.1.7 Reabsorciones Internas y Externas
- 2.3.1.8 Degeneraciones Pulpares
- 2.3.2 Enfermedades del Periodoncio
  - 2.3.2.1 Gingivitis

- 2.3.2.1.1 Aspecto Clínico
- 2.3.2.1.2 Tratamiento
  
- 2.3.2.2 Gingivitis Ulceronecrosante Aguda
- 2.3.2.2.1 Aspecto Clínico
- 2.3.2.2.2 Tratamiento
  
- 2.3.2.3 Gingivoestomatitis Herpética
- 2.3.2.3.1 Aspecto Clínico
- 2.3.2.3.2 Tratamiento
  
- 2.3.2.4 Pericoronitis
- 2.3.2.4.1 Aspecto Clínico
- 2.3.2.4.2 Tratamiento
  
- 2.3.2.5 Periodontitis
- 2.3.2.5.1 Aspecto Clínico
- 2.3.2.5.2 Trtamiento
  
- 2.3.2.6 Absceso Periodontal
- 2.3.2.6.1 Aspecto Clínico
- 2.3.2.6.2 Tratamiento
  
- 2.3.3 Enfermedades de la Lengua
- 2.3.3.1 Glositis
- 2.3.3.2 Lengua Geográfica

- 2.3.3.2.1 Aspecto Clínico
- 2.3.3.2.2 Diagnóstico
- 2.3.3.2.3 Tratamiento
  
- 2.3.3.3 Lengua Escrotal
  
- 2.3.3.3.1 Aspecto Clínico
- 2.3.3.3.2 Diagnóstico Diferencial
- 2.3.3.3.3 Tratamiento
  
- 2.3.3.4 Lengua Velloso
  
- 2.3.3.4.1 Aspecto Clínico
- 2.3.3.4.2 Diagnóstico Diferencial
- 2.3.3.4.3 Tratamiento
  
- 2.3.3.5 Lengua Hipertrófica
  
- 2.3.3.5.1 Aspecto Clínico
- 2.3.3.5.2 Diagnóstico Diferencial
- 2.3.3.5.3 Tratamiento
  
- 2.3.4 Estomatitis
  
- 2.3.4.1 Estomatitis Aftosa
  
- 2.3.4.1.1 Aspecto Clínico
- 2.3.4.1.2 Diagnóstico Diferencial
- 2.3.4.1.3 Tratamiento
  
- 2.3.4.2 Estomatitis Alérgica

- 2.3.4.2.1 Aspecto Clínico
- 2.3.4.2.2 Diagnóstico Diferencial
- 2.3.4.2.3 Tratamiento
  
- 2.3.4.3 Estomatitis Herpética Recurrente
  
- 2.3.4.3.1 Aspecto Clínico
- 2.3.4.3.2 Diagnóstico Diferencial
- 2.3.4.3.3 Tratamiento
  
- 2.3.4.4 Estomatitis Nicotínica
  
- 2.3.4.4.1 Aspecto Clínico
  
- 2.3.4.5 Estomatitis Traumática
  
- 2.3.4.5.1 Aspecto Clínico
- 2.3.4.5.2 Diagnóstico Diferencial
- 2.3.4.5.3 Tratamiento
  
- 2.3.4.6 Granuloma Piógeno
  
- 2.3.4.6.1 Aspecto Clínico
- 2.3.4.6.2 Diagnóstico Diferencial
- 2.3.4.6.3 Tratamiento
  
- 2.3.5 Enfermedades de los Labios
  
- 2.3.5.1 Queilitis
  
- 2.3.5.1.1 Queilitis Glandulares



- 2.3.5.1.1.1 Queilitis Glandular Simple
  - 2.3.5.1.1.1.1 Aspecto Clínico
  - 2.3.5.1.1.1.2 Diagnóstico
  - 2.3.5.1.1.1.3 Tratamiento
- 2.3.5.1.1.2 Queilitis Supurada
  - 2.3.5.1.1.2.1 Aspecto Clínico
  - 2.3.5.1.1.2.2 Diagnóstico
  - 2.3.5.1.1.2.3 Tratamiento
- 2.3.5.1.2 Queilitis Agudas No Glandulares
  - 2.3.5.1.2.1 Aspecto Clínico
  - 2.3.5.1.2.2 Diagnóstico Diferencial
  - 2.3.5.1.2.3 Tratamiento
- 2.3.5.1.3 Queilitis Crónicas
  - 2.3.5.1.3.1 Queilitis Descamativa Crónica
    - 2.3.5.1.3.1.1 Diagnóstico Diferencial
    - 2.3.5.1.3.1.2 Tratamiento
  - 2.3.5.1.3.2 Queilitis Comisural
    - 2.3.5.1.3.2.1 Aspecto Clínico
    - 2.3.5.1.3.2.2 Diagnóstico
    - 2.3.5.1.3.2.3 Tratamiento

- 2.3.5.1.3.3 Queilitis Granulomatosa
  - 2.3.5.1.3.3.1 Aspecto Clínico
  - 2.3.5.1.3.3.2 Diagnóstico Diferencial
  - 2.3.5.1.3.3.3 Tratamiento
  
- 2.3.6 Enfermedades de las Glándulas Salivales
  - 2.3.6.1 Sialolitiasis
    - 2.3.6.1.1 Aspecto Clínico
    - 2.3.6.1.2 Diagnóstico Diferencial
    - 2.3.6.1.3 Tratamiento
  
  - 2.3.6.2 Sialodenitis
    - 2.3.6.2.1 Sialodenitis Bacteriana
      - 2.3.6.2.1.1 Sialodenitis Aguda
        - 2.3.6.2.1.1.1 Diagnóstico Diferencial
        - 2.3.6.2.1.1.2 Tratamiento
  
      - 2.3.6.2.1.2 Sialodenitis Crónica Recidivante
        - 2.3.6.2.1.2.1 Aspecto Clínico
        - 2.3.6.2.1.2.2 Diagnóstico Diferencial
        - 2.3.6.2.1.2.3 Tratamiento
  
    - 2.3.6.2.1.3 Mucocele
      - 2.3.6.2.1.3.1 Aspecto Clínico

2.3.6.2.1.3.2 Diagnóstico Diferencial

2.3.6.2.1.3.2 Tratamiento

2.3.6.2.1.4 Ránula

2.3.6.2.1.4.1 Aspecto Clínico

2.3.6.2.1.4.2 Diagnóstico Diferencial

2.3.6.2.1.4.3 Tratamiento

2.4 OTRAS ENFERMEDADES

2.4.1 Hiperplasia Papilar

2.4.1.1 Tratamiento

2.4.2 Ulceraciones Focales

2.4.2.1 Tratamiento

2.4.3 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida  
(SIDA)

2.4.3.1 Etiología

2.4.3.2 Control de la Infección de Pacientes con  
SIDA en la Odontología

## INTRODUCCION

El objeto de este manual es ayudar al clínico en su ejercicio privado en cuanto al diagnóstico y tratamiento de los principales problemas que afectan a la cavidad bucal.

Las técnicas de tratamiento descritas, incluyen la práctica en la odontología moderna.

Como es bien sabido, el tratamiento futuro apuntará al manejo y prevención de las enfermedades infecciosas en vez de la reparación de los daños, como en el pasado.

Para este trabajo, se han obtenido resúmenes y artículos de libros y revistas tales como: Revistas de General Dentistry, Educación Continua en Odontología, Patología Oral, Endodoncia, Radiología, Cirugía Maxilobucofacial.

Este manual clínico se ha escrito para que sirva de ayuda y guía al educador, odontólogo y estudiante de odontología que han de diagnosticar problemas bucales, realizar un diagnóstico diferencial y escoger el tratamiento mas ade-

cuado.

Lo primordial, en este manual, es el tratamiento. Así, es que, el aspecto clínico, diagnóstico y diagnóstico diferencial se han descrito muy someramente, para tener una base de cómo se pueden presentar las diversas alteraciones en la cavidad oral.

Está complementado con diapositivas, para que el educador, que enseña a sus estudiantes las diversas lesiones de la boca, pueda llegar más a ellos por el medio visual.

Se ha tratado, al máximo, que el material que sirvió para realizar el manual de procedimientos clínicos sea lo más actualizado posible, como en el caso de los artículos sobre el SIDA.

Finalmente, se espera que sea de gran ayuda y de fácil manejo para encontrar el tratamiento adecuado ante las numerosas lesiones bucales.

## 1. PRINCIPIOS GENERALES

### 1.1 ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA

La Semiología es la ciencia que se encarga de estudiar los signos y síntomas de las enfermedades. Consta de tres partes importantes:

- Anatomía Clínica, que son los puntos de reparo de la superficie del cuerpo para llegar a un diagnóstico.
- Propedéutica, que son los diferentes procesos para obtener información con fines diagnósticos.
- Etapa de Análisis, que se realiza cuando se ha obtenido la información necesaria, para llegar a un diagnóstico adecuado.

Estas, se basan en los pilares de la Semiología, que son:

- Palpación.
- Inspección.
- Percusión.
- Auscultación.

La historia clínica debe ser única, universal y objetiva; además, siempre debe estar completa y bien diligenciada para obtener un buen diagnóstico.

#### 1.1.1 Aspecto Clínico

La determinación del aspecto clínico se realiza en varias etapas así:

1. Examen clínico general.
2. Examen de cabeza y cuello.
3. Estudio dentario y periodontal.
4. Estudio de la mucosa oral, tanto de las partes duras como de las blandas.

#### 1.1.2 Antecedentes Personales y Familiares

Al realizar el interrogatorio o anamnesis nos vamos a enterar, básicamente, de los antecedentes hereditarios, personales y si el paciente sufre de alguna enfermedad, actualmente.

#### 1.1.3 Exámenes Complementarios

En cuanto a los exámenes complementarios, dependiendo de la patología ante la cual estemos presentes, ordenamos el

examen correspondiente.

Cuando se han realizado los pasos anteriores, muy seguramente se tendrá un diagnóstico presuntivo. Si se tienen los resultados de los exámenes complementarios se podrá dar un diagnóstico definitivo y elaborar el plan de tratamiento.



## 2. ENFERMEDADES AGUDAS Y CRONICA DE LA CAVIDAD ORAL Y SUS ANEXOS

### 2.1 ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS DUROS

#### 2.1.1 Caries Dental

La caries dental está entre las enfermedades más significativas debido a la frecuencia de su aparición. Fundamentalmente, es una enfermedad microbiana que afecta a los tejidos calcificados de los dientes, empezando primero por una disolución localizada de las estructuras inorgánicas en una determinada superficie dental por medio de ácidos de origen bacteriano, hasta llegar, finalmente, a la desintegración de la matriz orgánica.

Algunos factores del huésped determinan la sensibilidad y gravedad de la caries, entre éstos están:

- La composición de la saliva y la tasa de flujo.
- La forma del diente.
- La alineación del arco bucal.

- La naturaleza fisicoquímica de la superficie dentaria.

Siempre se ha de considerar como factor primario, la composición de la placa bacteriana.

#### 2.1.1.1 Aspecto Clínico

En el aspecto clínico, la caries dental está caracterizada por la formación de cavidades en los dientes comenzando por la superficie del esmalte y penetrando al esmalte o dentina, con formación de cavidades socabadas, las cuales, sin tratamiento, pueden afectar la pulpa. Ocurre principalmente en las superficies oclusales, en las superficies interproximales de dientes que contactan, regiones cervicales de la corona clínica. Generalmente, se presentan en niños y adultos jóvenes hasta la edad mediana. Cuando hay recesión de las encías en los pacientes mayores, se presenta caries en las regiones cervicales de las raíces, atacando cemento y dentina.

#### 2.1.1.2 Antecedentes Familiares

En lo referente a los antecedentes familiares, parece ser cierto un modelo familiar de la incidencia de caries. Parientes de individuos con elevada sensibilidad son también, por lo general, cariosamente activos. Generalmente,

los hijos de padres con baja experiencia en caries, tienden a presentar tasas reducidas, aunque es considerable la importancia que se dá, en ciertas familias, a la higiene oral.

#### 2.1.1.3 Diagnóstico

El proceso carioso varía mucho, desarrollándose algunas lesiones en sólo algunos meses, como ocurre en la caries de biberón y rampante de los niños. Otros procesos requieren varios años, como se observa, algunas veces, sobre las superficies proximales de los dientes de personas mayores en las cuales se han visto lesiones reconocibles radiográficamente, mucho antes de que la cavidad se haya formado.

El método clásico para diagnosticar la caries dental, consiste en una sonda afilada con la cual se detectan las rugosidades de la superficie, ablandamiento y cavitación, aunque hoy en día es muy utilizada la radiografía de aleta mordible para detectar caries interproximales.

El diagnóstico diferencial de la caries con otras lesiones es fundamental, si tenemos como criterio básico que la caries dental presenta una cavitación con ablandamiento de tejido dental, dejando limitado nuestro diagnóstico dife-

rencial con la atrición y abrasión, que puede producir cavidades pero sin ablandamiento ni socavación de tejido dental, o, con la erosión que es un proceso raro que causa cavidades poco profundas en forma de platillo con poca o ninguna socavación de las paredes.

Es difícil hacer un diagnóstico diferencial entre caries del esmalte antes de la cavitación. Cuando aparece como una opacidad blanca e hipomineralización, es completamente imposible distinguirlos clínicamente, generalmente se supone que las opacidades encontradas en superficies libres, son hipocalcificaciones y las opacidades encontradas en zonas susceptibles, son caries.

#### 2.1.1.4 Tratamiento

Dependiendo del tipo de caries ante la cual nos encontremos, realizamos nuestro plan de tratamiento.

##### 2.1.1.4.1 Tratamiento de la Caries Incipiente

La caries incipiente afecta el esmalte dentario. Su tratamiento consiste en:

- Remoción de la caries.
- Conformación de la cavidad de acuerdo al material

restaurador.

- Base intermedia.
- Obturación definitiva.

#### 2.1.1.4.2 Tratamiento de la Caries de Esmalte y Dentina

- Anestesia del diente que se ha de restaurar, si es necesario.
- Remoción de la caries.
- Conformación de la cavidad dependiendo del material restaurador.
- Base intermedia.
- Obturación definitiva.

#### 2.1.1.4.3 Tratamiento de la Caries de Esmalte sin Comprometimiento Pulpar

- Anestesia del diente que se ha de restaurar.
- Remoción de la caries.
- Recubrimiento pulpar indirecto.
- Obturación temporal.
- El diente queda en observación por ocho días, si no presenta ninguna alteración se puede colocar la obturación definitiva.

2.1.1.4.4 Tratamiento de la Caries de Esmalte y Dentina  
con Comprometimiento Pulpar

- Anestesia del diente, si éste es vital.
- Remoción de la caries.
- Tratamiento convencional de conductos.
- Obturación temporal.
- El diente queda en observación, si no presenta alteración, se realizará el tratamiento correspondiente.

2.1.1.4.5 Tratamiento de la Caries de Biberón y Rampante

- Remoción de la caries. Se anestesiará si es necesario.
- Aplicación de Fluoruro de Estaño. Cuatro aplicaciones con intervalo de ocho días.
- Aplicación de Fluoruro de Sodio acidulado.
- Control de la dieta.
- Educación para los padres.

Nota: La restauración de los dientes, donde ésta se pueda realizar en forma definitiva, se hará cuando la higiene oral sea óptima.

2.1.1.4.6 Tratamiento de la Caries de Cemento

- Anestesia del diente.

- Remoción de la cavidad.
- Si no hay comprometimiento pulpar, se coloca la restauración definitiva.
- Si hay comprometimiento pulpar, se realizará el tratamiento convencional de conductos siempre y cuando se pueda hacer una restauración definitiva, en caso contrario, se hará exodoncia.

### 2.1.2 Atrición Dental

La atrición dental se define como un desgaste lento, gradual y fisiológico del esmalte y, algunas veces, de la dentina, debido al contacto de diente con diente durante la masticación. Es un proceso de envejecimiento fisiológico y se compensa por la erupción continua y migración mesial de los dientes.

#### 2.1.2.1 Aspecto Clínico

Las facetas de desgaste aparecen en las superficies incisales, oclusales, proximales y a veces en las superficies linguales de los dientes anteriores.

Los bordes cortantes se aplanan, también se forman facetas en los puntos de contacto y los dientes se vuelven móviles.

Con la pérdida del esmalte y a veces dentina, también se pierde la dimensión vertical y alineación de los dientes.

Radiográficamente se observa pérdida de esmalte y dentina, disminución en el tamaño de la cámara pulpar, ensanchamiento del espacio periodontal, pérdida de hueso alveolar e hipercementosis.

#### 2.1.2.2 Tratamiento

Generalmente en la atrición no se hace ningún tratamiento ya que es un desgaste fisiológico, pero cuando la atrición es excesiva y llega a haber comprometimiento pulpar, se harán los respectivos tratamientos convencionales de conductos y la restauración prostodóntica, recobrando, así, la dimensión vertical adecuada y devolviéndole la estética al paciente.

#### 2.1.3 Abrasión

La abrasión es un desgaste de los tejidos duros de los dientes por cuerpos extraños o sustancias no encontradas normalmente en la boca y que no forman parte de la dieta fisiológica del hombre.

Entre las más comunes encontramos: el fumar pipa, abrir

botellas con los dientes anteriores y morder lápices o cogerlos con los dientes.

También se produce abrasión por los dentífricos o polvos para dientes que son abrasivos y por técnicas incorrectas de cepillado.

La localización e intensidad de la abrasión dependen de la resistencia de los tejidos duros del diente, siendo más duro el esmalte y disminuyendo la dureza hacia la unión cemento-esmáltica, la dentina y el cemento son más blandos.

#### 2.1.3.1 Aspecto Clínico

Clinicamente, se observa más en la región cervical labial de los dientes anteriores, región cervical bucal de los dientes posteriores, borde cortante de los dientes anteriores superiores, borde cortante de los dientes anteriores inferiores y superficies oclusales de los dientes posteriores.

Radiográficamente, hay pérdida del esmalte, cemento y dentina, disminución en el tamaño de la cámara pulpar, presencia de dentina esclerótica y secundaria.

#### 2.1.4 Erosión

Es una pérdida de sustancia dental calcificada causada por acción química pero no bacteriana.

La frecuencia de caries y la erosión se presenta en pacientes que tienen la secreción salival disminuida o ausente como en el síndrome de Sjogren, enfermedad de Mikulick, lesión por irradiación y medicación crónica con atropina o medicamentos de acción atropínica.

##### 2.1.4.1 Aspecto Clínico

El efecto del Acido Clorhídrico Gástrico sobre los dientes produce erosiones extensas e intensas, localizadas principalmente sobre los dientes anteriores y lingual y oclusal de los dientes posteriores.

Algunas veces se prescriben medicamentos que contienen Acido Clorhídrico para la Aclorhidria Gástrica, produciendo erosiones principalmente sobre la superficie lingual.

Radiográficamente muestra cambios similares a los descritos en la abrasión, a excepción de la forma característica de los dientes restaurados o coronados que presentan erosiones circunferenciales.

Las erosiones han sido clasificadas en los siguientes tipos: en forma de plato, en forma de cuña, aplanadas, irregulares y labradas en una figura.

## 2.2 AFECCIONES DE LOS MAXILARES

### 2.2.1 Osteitis Alveolar Aguda

Llamada también alveolitis seca u osteitis localizada, se presenta después de una exodoncia. Caracterizada por dolor de diversa intensidad, se presenta más en el maxilar inferior que superior, quizá debido a la irrigación mas abundante en el maxilar superior.

La causa mas común es la no formación de coagulo después de la exodoncia.

#### 2.2.1.1 Tratamiento

Para tratar un alveolo séptico se hace basado en la reparación ósea fisiológica. Un alveolo séptico es una superficie ósea denudada y trummatizada, todo el hueso se necrosa y debe ser eliminado antes de que pueda ser reemplazado por hueso normal.

El dolor producido, rara vez se alivia con drogas adminis-

tradas por vía sistémica. Se debe anestesiar, para poder curetear hasta producir sangrado para que haya formación de un coagulo.

Se deja un apósito que contenga analgésico, anestésico y antiséptico.

Se han recomendado diferentes combinaciones: guayacol, bálsamo del Perú, benzocaína, eugenol, glicerina y yodo, impregnado, todo, en una gasa yodo formada.

El alveolo debe estar completamente debridado para que esté en contacto directo con el apósito.

No se deben dejar los apósitos por tiempo muy prolongado porque retrasa la cicatrización.

### 2.2.2 Osteomielitis

La osteomielitis es debida a una infección odontógena que puede ser: aguda, subaguda y crónica, siendo la mas dolorosa, la aguda; el paciente, por lo general, tiene fiebre ligera y linfadenopatias cervicales frecuentes. Esta enfermedad es causada por estafilococos y estreptococos.

#### 2.2.2.1 Aspecto Clínico

Clinicamente, en los estados agudo y subagudo, encontramos fistulas de drenaje purulento. En el estado agudo hay dolor y parestesia.

Radiográficamente es una lesión multifocal radiolúcida con márgenes apolillados.

La osteomielitis crónica puede ser debida a intoxicaciones con fósforo, sífilis y tuberculosis.

#### 2.2.2.2 Diagnóstico

Podemos encontrar un diente necrótico con un defecto radiolúcido, con dolor y fiebre; lo podemos diferenciar de neoplasias malignas mesenquimatosas y epiteliales metastásicas, si no se logra remisión en dos semanas de la infección es necesario efectuar una biopsia.

#### 2.2.2.3 Tratamiento

- Eliminación de la fuente de infección.
- Drenaje de los espacios comprometidos.
- Prescripción de antibióticos (penicilina).
- Si hay compromiso óseo diseminado, es necesario el

debridamiento quirúrgico de secuestros.

### 2.2.3 Osteomielitis Esclerosante Focal

Se presenta en adolescentes y adultos jóvenes. Radiográficamente, es una lesión radiopaca, que puede evolucionar de un estado radiolúcido.

Asociada a una caries profunda, la pulpa del diente puede tener vitalidad, es asintomático y existir dolor sordo; se presenta más en dientes posteriores.

Se diferencia del Cementoblastoma Benigno porque éste no está asociado con caries ni con pulpitis.

#### 2.2.3.1 Tratamiento

- Tratamiento convencional de conductos.

### 2.2.4 Quistes Odontogénicos

#### 2.2.4.1 Quiste Periapical

Los quistes periapicales se presentan en adultos; resultan del avance apical de una lesión inflamatoria de la pulpa como consecuencia de una caries o un traumatismo.

Radiográficamente son lesiones bien circunscritas ubicadas debajo del ápice. Es difícil diferenciar entre quiste, granuloma y absceso sin la ayuda de un examen microscópico. Los granulomas y quistes pueden ser asintomáticos.

Un quiste se define como el saco que contiene una sustancia líquida o semisólida, se considera que un quiste se origina del granuloma dental.

#### 2.2.4.1.1 Tratamiento

- Si el diente no sirve, la exodoncia es el tratamiento más sencillo y mejor.
- Si el diente es útil, se abre la cámara pulpar para remover el contenido del conducto y drenarlo, luego realizar el tratamiento convencional de conductos y, si el quiste es pequeño, va a cicatrizar sin necesidad de una enucleación quirúrgica.
- Cuando a un diente no se le puede hacer un seguimiento, es mejor realizar un curetaje de la zona apical o, cuando el diente presenta dilaceraciones o conductos accesorios.
- Si, una vez realizado el tratamiento, los síntomas persisten, es mejor realizar un curetaje y apicectomía.

#### 2.2.4.2 Quiste Dentígero

Se presenta en adultos jóvenes. El quiste dentígero contiene una corona de un diente no erupcionado o una anomalía dentaria como un odontoma. Se pueden encontrar en cualquier sitio del maxilar superior o inferior, pero se ubican principalmente en la mandíbula, región de los caninos y terceros molares.

Cualquier radiolucidez pericoronaria no expansiva representa un quiste dentígero simple.

Ya que muchos queratoquistes, neoplasias malignas y tumores odontogénicos tienen cubierta quística, se deben extirpar todos los quistes dentígeros.

##### 2.2.4.2.1 Tratamiento

- Extraer todo diente retenido.
- Curetear perfectamente el quiste.

#### 2.2.4.3 Queratoquiste Odontogénico

Se presenta en adultos, se le conoce con este nombre por su contenido de material queratinizante.

A menudo se detecta cuando el quiste ya ha alcanzado una deformación notable con expansión cortical. Se ubica principalmente en la zona del tercer molar inferior.

#### 2.2.4.3.1 Tratamiento

- Exodoncia con minucioso curetaje.
- Si los dientes adyacentes tienen una reabsorción radicular significativa, pueden necesitar ser eliminados.
- En el 30% de los casos hay recidiva de los queratoquistes y a veces puede requerir una resección en bloque.

#### 2.2.4.4 Quiste Primordial

Aparece en adultos jóvenes, se diferencia de los otros quistes porque no contiene estructuras calcificadas. Aparece a partir de un diente, en desarrollo, que no logra diferenciarse.

Radiográficamente es unilocular, radiolúcido y bien definido.

#### 2.2.4.4.1 Tratamiento

- Enucleación quirúrgica.

## 2.2.5 Quistes No Odontogénicos

### 2.2.5.1 Quiste Nasopalatino

Llamado también quiste del conducto incisivo, es un quiste ubicado en el centro del hueso. Estos quistes no dan síntomas clínicos, a menos que se infecten secundariamente. Al punzar la zona, hay escape de acumulación de líquidos.

#### 2.2.5.1.1 Tratamiento

- Extirpación quirúrgica del quiste.
- Se levanta un colgajo palatino después de haber incidido a lo largo de los márgenes gingivales palatinos.
- Elevación del colgajo, se preserva la continuidad de los vasos y nervios que encuentran a nivel del foramen y emergen en la papila.
- Se separa el quiste suavemente del tejido blando. Generalmente contienen una membrana gruesa que facilita la remoción.

## 2.2.6 Tumores Odontogénicos

### 2.2.6.1 Ameloblastoma

Puede surgir a partir de cualquier tejido odontogénico. En el 20% de los casos, se asocia a diente impactado, generalmente a un tercer molar inferior.

#### 2.2.6.1.1 Aspecto Clínico

Es apreciable, clínicamente, cuando se produce la expansión y la deformación facial es evidente. Puede encontrarse aflojamiento de los dientes y síntomas de presión. El tumor reabsorbe frecuentemente el alveolo que rodea las raíces de los dientes y puede reabsorber también los ápices radiculares. Aparecen en ambos maxilares y rara vez presenta metástasis.

#### 2.2.6.1.2 Tratamiento

El tratamiento puede incluir los siguientes pasos, dependiendo del crecimiento del tumor:

- Extirpación.
- Resección del maxilar. Se realiza resección local de un tumor pequeño accesible en jóvenes, haciendo un control

de seguimiento regular. Si se presentan recidivas, se hará la resección radical.

- Resección selectiva en bloque, debe extenderse de manera que incluya 10 cm. de hueso periférico normal, empleando instrumentos de corte agudo.
- Electrocauterizar toda la base y los márgenes para destruir posibles células tumorales. Colocar un apósito sedante como drenaje, así, se reduce el dolor y permite la cicatrización por segunda intención. El mucoperiostio se aproxima parcialmente, dejando un orificio para la renovación y retiro de los apósitos. Se opta por dejar un muñón de hueso normal para que sea utilizado como base de inserción en la reconstrucción de la parte faltante de la mandíbula con injertos óseos.

#### 2.2.6.2 Tumor Adenomatoides Odontógeno

Se presenta en adolescentes y tiene predilección por las mujeres. Se asocia con la corona de un diente anterior retenido pero, también se puede encontrar entre dos raíces.

El paciente consulta por una expansión indolora que generalmente se encuentra en la región incisivo-canina superior.

Radiográficamente se ve bien delineado, produce divergencia radicular y es radiolúcido con copos calcificados.

#### 2.2.6.2.1 Tratamiento

- Enucleación quirúrgica.

#### 2.2.6.3 Tumor de Findburg

Llamado también tumor odontogénico epitelial calcificante, se presenta en adultos jóvenes y de edad mediana, es muy raro y está asociado a un diente retenido.

Radiográficamente se observa expansión cortical y la radiolucidez atravesada por tabique delgado opaco, con márgenes bien delimitados.

#### 2.2.6.3.1 Tratamiento

- Es agresivo y requiere resección total o en bloque.

#### 2.2.6.4 Odontomas

Se presentan en adolescentes y adultos jóvenes, tienen la capacidad de elaborar todos los tejidos dentarios que se encuentran en un diente maduro, es autolimitante.

Radiográficamente se observa radiolucidez pericoronaria, con bordes bien definidos, el centro contiene masas calcificadas.

Podemos encontrar odontomas compuestos cuando prevalece la forma concéntrica con halo radiolúcido.

El odontoma complejo es más común en la región posterior y se manifiesta como una opacidad bien localizada, con márgenes irregulares.

#### 2.2.6.4.1 Tratamiento

- Enucleación quirúrgica que se logra fácilmente.
- Siempre deben ser extirpados.

#### 2.2.6.5 Cementomas

Se presenta en adolescentes y adultos jóvenes, surge en asociación con las raíces dentarias, especialmente el primer molar inferior. Son lesiones radiopacas, se extienden hasta la mitad de la raíz; en el estudio inicial puede ser radiolúcido con estrias radiopacas.

Los dientes son vitales y hay un sonido mate anquilosado a la percusión.

Localmente pueden ser agresivos e incluso llegar a invadir estructuras anatómicas vecinas.

#### 2.2.6.5.1 Tratamiento

- Es aconsejable la exploración quirúrgica con biópsia.
- Si se encuentra un tejido arenoso o semejante al cartilago en relación con la superficie radicular, debe ser extirpado totalmente.

#### 2.2.7 Tumores No Odontogénicos

##### 2.2.7.1 Torus Palatino

Es una excrescencia de dureza ósea que se desarrolla después de la pubertad en la línea media de la bóveda palatina; la mucosa superficial está intacta y pueden ser de diferentes tamaños.

Se debe distinguirlos de los abscesos palatinos o tumores salivales, que son más blandos y su ubicación no es exactamente en la línea media.

##### 2.2.7.1.1 Tratamiento

El torus palatino no debe tratarse, pero, si se va a

realizar una restauración protésica se puede eliminar.  
Para ello, se realiza lo siguiente:

- Dividir el torus en varios segmentos con una fresa.
- Eliminar los segmentos con un osteótomo.
- Alisar con una lima de hueso utilizando constante irrigación.
- Reposicionar el colgajo y suturar de manera floja.
- Colocar una férula palatina, para evitar la formación de un hematoma, durante 48 horas.
- Inspeccionar y limpiar la herida.
- Se recomienda limpiar la placa después de cada comida y mantener muy buena higiene oral.

#### 2.2.7.2 Torus mandibulares

Aparecen principalmente en la zona lingual de los premolares, pueden ser únicos o múltiples, aparecen bilateralmente.

##### 2.2.7.2.1 Tratamiento

Mientras no interfieran con la colocación de un aparato protésico, no requieren tratamiento.

Para su eliminación se realiza lo siguiente:

- Hacer una incisión por encima de la cresta al reborde desdentado o en torno del cuello de los dientes, ésta debe ser lo suficientemente larga para abarcar el torus y no desgarrar el colgajo.
- Levantar el colgajo.
- Hacer un tunel con una fresa en el torus expuesto para luego dividirlo con un cincel y martillo de un golpe seco.
- Alisar con una lima de hueso, irrigando con una solución salina y suturar.
- Colocar férula para evitar la formación de un hematoma.
- Cuidar la férula como en el torus palatino.

### 2.2.7.3 Osteoma

Son neoplasias que se originan en los huesos maxilares. Los osteomas que se originan en la cara interna de la cortical se denominan enostosis u osteomas centrales.

#### 2.2.7.3.1 Tratamiento

No es necesario a menos que se produzca dolor como consecuencia de la presión sobre fibras nerviosas.

Si adquieren un tamaño desfigurante, está indicada la remoción quirúrgica para restablecer la armonía facial y

evitar la interferencia con la función.

#### 2.2.7.4 Granuloma

##### 2.2.7.4.1 Chancro Sifilítico

Se presenta en adultos jóvenes. El chancro sifilítico primario de la mucosa oral, tiene origen en el contacto venereo por relaciones sexuales orogenitales. La lesión se ve con mayor frecuencia en los labios o lengua, es una tumefacción indolora, con ulceración central, firme a la palpación.

El examinador debe usar guantes, ya que la lesión está cubierta de *Treponema Pallidum*, el microorganismo causante. Los chancros aparecen de cinco a seis semanas del contacto sexual.

##### 2.2.7.4.1.1 Tratamiento

Se administra 4 millones de unidades de penicilina intramuscular, seguida de penicilina oral, 250 mg., 4 veces al día, durante dos semanas.

#### 2.2.7.4.2 Granuloma Central de Células Gigantes

Se presenta en adultos jóvenes y mas en mujeres.

Es un proceso reactivo, agresivo, de los huesos maxilares, que aparece mas en el maxilar inferior por delante de los primeros molares.

Es radiolúcido, multilocular de ubicación anterior; hay divergencia radicular y reabsorción, los dientes tienen vitalidad positiva y no hay dolor ni parestesia.

##### 2.2.7.4.2.1 Tratamiento

Enucleación quirúrgica: se debe extirpar por completo para evitar una recidiva.

A veces es necesario sacrificar algunos dientes al eliminar el granuloma.

### 2.3 ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

#### 2.3.1 Enfermedades de la Pulpa

La pulpa dentaria como cualquier tejido conectivo de nuestro organismo, presenta una elevada capacidad reparadora,

curándose con facilidad siempre que se encuentre en condiciones favorables. Si se encuentra frente a cualquier agente patológico, ya sea físico, químico o bacteriano, cuyos estímulos superen el umbral de tolerancia fisiológica de la pulpa se presentará una respuesta inflamatoria, degenerativa o ambas.

Para realizar un tratamiento adecuado, es importante establecer un diagnóstico preciso correlacionando la sintomatología dolorosa con otros aspectos clínicos que son:

- Anamnesis.
- Naturaleza del dolor. Si es espontáneo o provocado.
- Calidad de la sensación dolorosa.

Clinicamente y con fines didácticos clasificaremos las alteraciones pulpares así:

- Hiperemia pulpar
- Pulpitis
- Necrosis pulpar
- Gangrena pulpar
- Absceso Periapical Agudo
- Absceso Periapical Crónico
- Reabsorciones Internas y Externas
- Degeneraciones Pulpares



#### 2.3.1.1 Hiperemia Pulpar

No es una enfermedad de la pulpa sino más bien un síntoma, un estado preinflamatorio, un síntoma indicativo de que la resistencia normal de la pulpa está alcanzando el límite máximo de tolerancia fisiológica; es el único estado reversible de la pulpa.

##### 2.3.1.1.1 Aspecto Clínico

La hiperemia pulpar se caracteriza porque clínicamente hay un dolor provocado, jamás espontáneo. Responde a los estímulos térmicos y eléctricos, con un dolor agudo y de corta duración.

Radiográficamente, la región periapical se presenta normal, pudiendo evidenciar solamente la presencia de una caries.

##### 2.3.1.1.2 Tratamiento

Ya que el estado está avanzado y la cavidad preparada está relativamente profunda, se deberá proteger la pulpa con una sustancia protectora, generalmente los más indicados son a base de hidróxido de calcio, ya que produce una mineralización secundaria de la dentina.

El diente queda en observación más o menos 8 días, para colocar posteriormente la obturación definitiva.

#### 2.3.1.2 Pulpitis

Cuando nos encontramos frente a una caries profunda que esté en relación con la pulpa debemos tener en cuenta si hubo exposición pulpar, si fué accidental o no. Si la exposición fué accidental y se han tenido los cuidados especiales, el tratamiento indicado es un recubrimiento pulpar directo con sustancia a base de hidróxido de calcio.

Los cuidados especiales son:

- Anamnesis, saber que tipo de dolor presenta el paciente: espontáneo, provocado o ausencia de dolor.
- Examen radiográfico, relación entre la pulpa y una caries profunda.
- Presencia de aislamiento absoluto (grapa, tela de caucho, arco de Young).
- Anestesia (en presencia de una caries profunda el paciente generalmente debe estar anestesiado).

El pronóstico en estos casos es favorable.

#### 2.3.1.2.1 Pulpitis Aguda Serosa

El cuadro patológico de una manera simple es un exudado seroso a base de albúmina, presentando neutrófilos en la región perivascular.

##### 2.3.1.2.1.1 Aspecto Clínico

Hay vitalidad pulpar y dolor que puede ser agudo, espontáneo, localizado o difuso, pulsátil, reflejo, intermitente, continuo, exacerbado por el frío.

La anamnesis es vital en este caso ya que, frecuentemente, es observada en traumatismos operatorios recientes y no se ha tenido buena refrigeración. La posición en decubito, por ejemplo, puede ser el factor desencadenante para el aumento de la presión intrapulpar presentando dolor en la noche y, difícilmente, cede a la acción de analgésicos comunes.

##### 2.3.1.2.1.2 Tratamiento

La biopulpectomía es lo indicado, debido a las dificultades con la enestesia, la colocación de un apósito expectante, se recomienda realizar la biopulpectomía en la segunda sesión.

Cuando el diente no tiene la raíz completamente formada se realizará una pulpectomía parcial y se dejará hidróxido de calcio en contacto con la pulpa radicular.

#### 2.3.1.2.2 Pulpitis Aguda Purulenta

Cuando la pulpitis aguda serosa no recibe ningún tratamiento, avanza rápidamente a pulpitis aguda purulenta.

##### 2.3.1.2.2.1 Aspecto Clínico

Se caracteriza por tener vitalidad y dolor, que puede ser agudo, espontáneo, intolerable, localizado (generalmente), pulsátil, continuo, exacerbado con el calor y aliviado con el frío, dolor a la percusión.

##### 2.3.1.2.2.2 Tratamiento

Biopulpectomía y, en dientes con rizogénesis incompleta, pulpectomía parcial, siempre y cuando: la pulpa sea de color rosa-rojo, consistencia y hemorragia abundante con sangre de coloración rojo brillante. Si presenta consistencia pastosa y licuefacta, con sangrado de coloración oscura o ausencia de hemorragia indicamos la pulpectomía total.

#### 2.3.1.2.3 Pulpitis Crónica Ulcerada

Se caracteriza por presentar una úlcera en la parte expuesta de la pulpa.

##### 2.3.1.2.3.1 Aspecto Clínico

Manifiesta dolor con la compresión de alimentos en una cavidad de caries o en una restauración defectuosa. El dolor no es intenso.

##### 2.3.1.2.3.2 Tratamiento

Biopulpectomía en dientes de pacientes adultos. En dientes con rizogénesis incompleta recomendamos pulpectomía parcial ya que generalmente debajo de la úlcera encontramos una pulpa con aspecto macroscópico normal.

#### 2.3.1.2.4 Pulpitis Crónica Hiperplásica

Se caracteriza por el desarrollo de un tejido de granulación a nivel de la exposición pulpar, denominado pólipo pulpar.

#### 2.3.1.2.4.1 Aspecto Clínico

Radiográficamente hay una comunicación directa de la cámara pulpar con la cavidad de caries.

#### 2.3.1.2.4.2 Tratamiento

En la pulpitis crónica hiperplásica, el tratamiento recomendado es la biopulpectomía.

#### 2.3.1.3 Necrosis Pulpar

Dependiendo de la intensidad del agente agresor, podrán avanzar, lenta o rápidamente, hacia la muerte de la pulpa con la consiguiente pérdida de la vitalidad de su estructura y también de sus defensas naturales. Generalmente, es aséptica.

#### 2.3.1.3.1 Aspecto Clínico

Es asintomática, siendo la alteración de color de la corona dentaria la indicación de la pérdida de la vitalidad.

#### 2.3.1.3.2 Tratamiento

En este caso se realiza el tratamiento convencional de conductos.

#### 2.3.1.4 Gangrena Pulpar

Es la muerte de la pulpa con invasión bacteriana. Los productos resultantes de la descomposición de la pulpa son los responsables del olor fétido cuando se realiza la apertura de la cámara pulpar.

##### 2.3.1.4.1 Tratamiento

Como el conducto radicular ofrece las condiciones óptimas para los microbios se empieza a presentar las primeras reacciones periapicales. Estas se analizan a continuación.

#### 2.3.1.5 Absceso Periapical Agudo

Se caracteriza por la presencia purulenta a nivel de los tejidos periapicales de un diente.

Es importante saber en que fase se encuentra el absceso para orientarnos en el tratamiento de urgencia, con este fin dividimos en tres fases el absceso periapical agudo.

#### 2.3.1.5.1 Fase Inicial

Dolor espontáneo, pulsátil, localizado, sensible a la percusión, movilidad dentaria, sensibilidad a la palpación a nivel del ápice y ausencia de vitalidad.

En la anamnesis el paciente nos relatará que el diente presentaba dolor ligero al tacto y en los últimos dos días el dolor se tornó insoportable.

Clínicamente, el diente presentará caries profunda o caries recidivante.

También encontraremos dolor a la percusión y movilidad, ausencia de vitalidad pulpar, en presencia de calor puede aparecer dolor por expansión de gases.

##### 2.3.1.5.1.1 Tratamiento

A nivel local el tratamiento es el siguiente:

- Apertura coronaria.
- Remoción del contenido séptico.
- Irrigación con hipoclorito de sodio al 0.5%.
- Con una lima de endodoncia hacemos limpieza del conducto ayudando al drenaje.

- Se deja el conducto abierto por 24 o 48 horas, recomendando que el paciente se coloque una bolita de algodón para las comidas.
- Se recomienda enjuagues orales.

El tratamiento sistémico consta de:

- Medicación antibiótica que, generalmente, son penicilinas y entre ellas, las dicloxacilinas.
- Se debe tener cuidado si el paciente es alérgico o no a la penicilina.
- Medicación analgésica.
- Cobertura mas o menos por 7 días.

Una vez el paciente esté premedicado, se procederá a realizar el tratamiento convencional de conductos.

#### 2.3.1.5.2 Fase en Evolución

Dolor intenso, espontáneo, pulsátil, impidiéndole dormir, alimentarse correctamente y aún hablar ya que, el simple contacto con la lengua agrava el dolor.

##### 2.3.1.5.2.1 Aspecto Clínico

Clinicamente, en la palpación encontramos la presencia de

un edema consistente, sin fluctuación.

El diagnóstico diferencial se hace con los abscesos periodontales. En éstos se conserva la vitalidad, el edema está más en relación con la corona, hay presencia de bolsa periodontal.

#### 2.3.1.5.2.2 Tratamiento

A nivel local el tratamiento es el siguiente:

- Apertura coronaria.
- Neutralización del contenido séptico.
- Irrigación con hipoclorito de sodio al 0.5%.
- Preparación biomecánica.
- Se deja abierto el conducto de 24 a 48 horas.
- Enjuagatorios orales, en soluciones calientes para acelerar la evolución del proceso.

El tratamiento sistémico consta de:

- Vacunas antipiógenas.
- Si el paciente presenta malestar general, fiebre, se recomienda antibióticos.
- Para el dolor, analgésicos fuertes.

Al final se realizará el tratamiento convencional de conductos.

#### 2.3.1.5.3 Fase Final

Tumefacción localizada, dolor disminuido con respecto a la anterior fase, tejidos blandos muy sensibles a la palpación, cuando se palpa el edema se observa fluctuación de la colección purulenta.

##### 2.3.1.5.3.1 Tratamiento

A nivel local el tratamiento es el siguiente:

- Apertura coronaria.
- Neutralización y remoción del contenido séptico.
- Irrigación con hipoclorito de sodio al 0.5%.
- Preparación biomecánica.
- El diente debe permanecer abierto durante algunos días.
- Drenaje quirúrgico a través de una incisión realizada con anestesia tópica, se hace incisión con bisturí en la zona mas prominente de la tumefacción y se drena la colección purulenta.
- Colocación de drene por 24 o 48 horas, generalmente es de tela de caucho.
- Enjuagatorios en soluciones calientes.

El tratamiento sistémico consiste:

- Administración de antibióticos.
- Analgésicos antiinflamatorios.

El tratamiento convencional de conductos se realizará después de la desaparición total de todos los síntomas.

El pronóstico en la gran mayoría de los abscesos es favorable para el diente.

#### 2.3.1.6 Absceso Periapical Crónico

Es un proceso inflamatorio o infeccioso, o ambas cosas, de baja intensidad y larga duración, caracterizado por la presencia de una pequeña colección purulenta.

El diagnóstico radiográfico mostrará una rarefacción ósea difusa.

Clinicamente el diente es indoloro, presenta cambio de coloración de la corona.

La fistula puede o no estar presente, se localiza generalmente a nivel del ápice, o a veces se manifiesta a mayor distancia porque sigue el sentido de menor resistencia

posible.

Si hay duda en cuanto al diente responsable de la fístula, se introduce un cono de gutapercha de manera que recorra el trayecto y llegue al punto de origen, que será constatado por una radiografía.

#### 2.3.1.6.1 Tratamiento

El indicado, es el tratamiento convencional de conductos, control clínico y radiográfico.

#### 2.3.1.7 Reabsorciones Internas y Externas

Las reabsorciones internas, cuando son diagnosticadas precozmente, por un examen radiográfico, se hará biopulpectomía y tratamiento convencional de conductos.

Cuando el proceso avanza hasta el punto de reabsorber también el cemento, se produce una reabsorción externa y casi siempre es de pronóstico desfavorable, si la destrucción no es intensa se debe intentar una recuperación con apósitos de hidróxido de calcio.

Como estos procesos son asintomáticos y a veces puede comprometer mucha estructura dentaria, el único tratamien-

to posible sería la exodoncia.

#### 2.3.1.8 Degeneraciones Pulpares

Llamada también pulposis cálcica o calcificación difusa; son trastornos atróficos de la pulpa o parte de un proceso atrófico de la pulpa.

#### 2.3.2 Enfermedades del Periodoncio

##### 2.3.2.1 Gingivitis

Es un proceso inflamatorio que se origina generalmente en la unión dentogingival y afecta al componente gingival funcional del periodonto. Principalmente, es una enfermedad de la encía pero puede extenderse a la mucosa alveolar u oral.

La gingivitis es reversible si se practica el tratamiento adecuado y buena higiene oral. Si se deja sin tratamiento, la gingivitis puede persistir por muchos años o progresar a una periodontitis.

##### 2.3.2.1.1 Aspecto Clínico

Clínicamente, en la lesión gingival inicial hay ligera

inflamación de los márgenes gingivales, pérdida de brillo y pérdida de puntillado; la coloración rosada normal de la encía se transforma en roja o morada; al sondeo sangra fácilmente. Sin embargo, estas características no siempre están presentes y para el diagnóstico de la gingivitis puede involucrar algunos cambios iniciales en el surco.

En la gingivitis y periodontitis marginal, los factores etiológicos importantes son: la placa y el cálculo. Pero, también influyen los siguientes: empaquetamiento de alimentos, restauraciones dentales defectuosas, dientes en mala posición, contactos interdenciales abiertos y reseque-  
dad gingival.

La gingivitis según su localización puede ser: generalizada o localizada. Según su distribución: papilar, marginal o difusa (papilar y marginal insertada). Según la gravedad: leve (cambio de color, edema, sin sangrado espontáneo), moderada (marcado cambio de color, no hay edema, fácil sangrado al sondeo), severa (encía de color rojo intenso, completamente edematizada, sangrado espontáneo).

#### 2.3.2.1.2 Tratamiento

Hay cuatro fases para el tratamiento periodontal:

1. La Fase Sistémica se presenta cuando hay necesidad de premedicar al paciente o remitirlo al médico.
2. En la Fase Higiénica, se motiva al paciente para que mejore su salud oral, haga un control personal de placa. En esta fase el operador le realiza un alisado o raspaje radicular y los tratamientos dentales necesarios.
3. La Fase Correctiva consta de tratamientos de ortodoncia, terapias oclusales o curetajes. Incluye también cirugías tales como colgajos desplazados, frenilectomías, profundización de surco, etc.
4. En la Fase de Mantenimiento, se evalúa la condición periodontal.

Basados en estas fases, se realizará el tratamiento, dependiendo de la gravedad de la gingivitis. Por ejemplo, en una hiperplasia gingival grave que puede afectar el aspecto estético e interferir con la función masticatoria normal, será eliminado quirúrgicamente.

#### 2.3.2.2 Gingivitis Ulceronecrosante Aguda

Es una enfermedad gingival destructiva de tejidos, que presenta signos y síntomas clínicos característicos, debida a agentes etiológicos distintos.

Las condiciones predisponentes más importantes son:

- Microorganismos potencialmente patógenos y mecanismos de defensa alterados en el huésped.
- Pacientes fumadores, en estudios realizados se encontró que los leucocitos bucales de los fumadores eran menos eficaces en la fagocitosis que los leucocitos de los no fumadores.
- Sobrecarga emocional, los mecanismos que actúan a través del sistema nervioso autónomo y las glándulas endocrinas, la circulación gingival y el flujo salival pueden verse afectados.

#### 2.3.2.2.1 Aspecto Clínico

Clinicamente, comienza como una tumefacción y enrojecimiento doloroso agudo, generalmente en las puntas de las papilas interdentarias en zonas de gingivitis previa asociada con la placa, cálculos o restauraciones mal adaptadas.

También en capuchones gingivales de los terceros molares o frente a coronas mal adaptadas.

El desprendimiento de las papilas, progresivamente necróticas crea lesiones en forma de cráter rodeadas de un halo rojo y los bordes tumefactos de la ulceración. A

menudo, encontramos linfadenopatías en los ganglios cervicales regionales, fiebre y malestar general. Los pacientes se quejan a menudo de gusto feo y sensación de acúmulo entre los dientes.

El diagnóstico se hace basándose en la historia de signos y síntomas. Los signos más frecuentes son las lesiones necróticas con redondeamiento de las papilas, marcado dolor y sangrado ante un estímulo. Los síntomas más importantes son dolor y marcada tendencia al sangrado, mal gusto y el malestar general o fiebre ocasional.

El diagnóstico diferencial se realiza con la gingivostomatitis herpética, en la cual no hay pérdida de tejido necrótico y sí fiebre alta. Leucemia y neutropenia, por medio de exámenes hematológicos. Candidiasis, según el aspecto clínico y el cultivo de microorganismos.

#### 2.3.2.2.2 Tratamiento

El tratamiento sistémico se realiza a base de antibióticos o agentes oxidantes que pueden aliviar los síntomas y llevar a una regresión parcial de las lesiones. El metronidazol demostró ser eficaz contra las espiroquetas y ha sido usado tanto sistémica como localmente.

En forma local, el tratamiento se realiza a base de peróxido de hidrógeno, clorhexidina en solución al 0.2%.

La eficacia de las drogas dependerá si se hace simultáneamente una minuciosa limpieza mecánica con anestesia tópica se elimina todo el tártaro accequible. Si es muy doloroso, se aplica anestesia infiltrativa, cuanto antes se realice la remoción de cálculos y se haga el alisado radicular más rápido se curarán las lesiones.

En la cita inicial se trata de terminar la profilaxis, se dan instrucciones al paciente sobre cepillado, uso de seda dental, enjuagatorios bucales con agua oxigenada y agua caliente en partes iguales (solución al 1.5%) cada dos horas; analgésicos para el dolor después del alisado. Mínimo consumo de cigarrillo y descanso adecuado.

La segunda visita dependerá del grado de complejidad, si no se terminó de hacer el alisado deberá regresar al día siguiente. Si la limpieza fué completa, el paciente puede volver en dos o tres días, en la segunda cita se verificará el alisado y raspado radicular, se enfatizará en la higiene oral, uso de seda dental y se interrumpen los enjuagatorios.

Hasta que la encía se haya regenerado en forma aceptable

deben repetirse las visitas semanales.

Completada la fase sistémica e higiénica, se continúa con la fase quirúrgica si hay necesidad. Los cráteres superficiales pueden ser eliminados mediante gingivectomía, mientras que los defectos profundos se harán mediante cirugía por colgajos.

El tratamiento no estará terminado hasta que se hayan establecido condiciones óptimas para el futuro control de la placa.

Hay tendencia por parte de los pacientes a rechazar la continuación del tratamiento, cuando han desaparecido los síntomas iniciales y a volver para seguir tratándose cuando reaparece el dolor, como sucede si el tratamiento no ha sido realizado hasta la completa resolución de las lesiones.

#### 2.3.2.3 Gingivoestomatitis Herpética

Una infección primaria con el virus del herpes simple (HVI) es la etiología de la gingivoestomatitis herpética; aparece en niños de 1 a 5 años de edad y sólo en raras ocasiones incide en los adultos.

#### 2.3.2.3.1 Aspecto Clínico

Clinicamente se observan lesiones orales que pueden romperse después de 24 horas después de que ha comenzado la fiebre, la superficie gingival se pone roja, extremadamente dolorosa al tacto, luego se forman vesículas y ampollas que se rompen con facilidad y queda una ulceración poco profunda cubierta por una membrana grisácea y rodeada por una halo rojo distinto.

Dura un período de 5 a 7 días acompañado de fiebre elevada, malestar general, cefaleas, pero la cicatrización completa de las lesiones puede durar una semana mas.

El diagnóstico diferencial se hace con la gingivitis ulceronecrotizante aguda.

#### 2.3.2.3.2 Tratamiento

La enfermedad es autolimitante y cura sin tratamiento y sin dejar cicatrices residuales.

Como es muy dolorosa se puede usar xilocaína viscosa para poder comer.

#### 2.3.2.4 Pericoronitis

Es la inflamación del capuchón pericoronario. La encía que rodea a un diente parcialmente erupcionado, sobre todo los terceros molares inferiores se inflama con mayor frecuencia.

##### 2.3.2.4.1 Aspecto Clínico

Clínicamente hay cambio de color y a veces exudado que puede ser seroso o purulento, dolor variable, disfagia, trismus; a veces podemos encontrar linfadenopatías cervicales y la intensidad del dolor puede ser alarmante.

##### 2.3.2.4.2 Tratamiento

Eliminación quirúrgica del capuchón pericoronario. A esta cirugía se le llama operculectomía.

#### 2.3.2.5 Periodontitis

Cuando la gingivitis no ha sido tratada avanza a periodontitis, que se caracteriza por la reabsorción de la cresta alveolar (pérdida del soporte óseo). Si la reabsorción ósea es severa, puede resultar en la pérdida del diente.

Radiográficamente se observa radiotransparencia en la cresta ósea interdental, pérdida de la lámina dura, pérdida de hueso que puede ser horizontal o vertical. La primera indicación es la formación de BOLSA PERIODONTAL, que es el signo patognomónico de la periodontitis.

#### 2.3.2.5.1 Aspecto Clínico

Clínicamente, es necesario el sondeo para comprobar la formación de bolsa, con la progresiva reabsorción ósea y pérdida de fijación periodontal pueden aparecer otras manifestaciones clínicas, como son:

Movilidad dentaria, migración, traumatismo oclusal secundario, exfoliación dental.

La periodontitis marginal aguda es un proceso inflamatorio agudo bien localizado que invade las zonas interproximales y marginales de los periodontos, el dolor es intenso, la encía edematosa, inflamada e intensamente sensible al sondeo.

#### 2.3.2.5.2 Tratamiento

1. En la fase sistémica: deben evaluarse todos los aspectos de salud sistémica del paciente antes de empezar

cualquier tratamiento, premedicación del paciente si es necesaria e interconsulta con el médico.

2. En la fase higiénica: educación del paciente, raspaje radicular inicial, instrucciones sobre higiene oral, exodoncia de dientes que no se pueden tratar, raspaje y alisado radicular final, evaluación de la higiene oral y respuesta tisular.
3. En la fase correctiva: mantenimiento del control de placa, tratamientos ortodónticos si son necesarios, si se requiere se hace ajuste oclusal, cirugía periodontal, tratamiento de dientes hipersensibles en el caso de retracciones gingivales con aplicación tópica de fluoruros y dentopraxil. Odontología restauradora.
4. En la fase de mantenimiento: nuevo examen para determinar la efectividad del control personal de placa. Recurrencia de enfermedad periodontal, caries u otros problemas oclusales, énfasis en la higiene oral, nueva limpieza y aplicación de fluoruro de sodio acidulado, control radiográfico cada dos años y compararlas con las anteriores, tratamiento de cualquier bolsa con signos de inflamación, reemplazo de restauraciones dentales, prótesis que ya no satisfacen en lo relacionado a función y estética, reevaluación completa del estado periodontal y dental del paciente.

#### 2.3.2.6 Absceso Periodontal

Es una inflamación supurativa generalmente asociada con infección bacteriana.

Las bacterias generalmente logran acceso a través de una interrupción traumática de la superficie epitelial causada por las cerdas del cepillo, cáscara de maiz, maniobras dentales o trauma oclusal sobre los dientes con bolsas o con compromiso de de la furca. Se deriva de una enfermedad inflamatoria marginal y la pulpa generalmente está sana.

Los pacientes diabéticos son más propensos a la formación de abscesos periodontales debido a la baja de defensas a infecciones.

El absceso drena casi siempre dentro de la zona del surco, pero cuando está relacionado con bolsas profundas y una pared ósea delgada, puede drenar a través de la apófisis alveolar vestibular o lingual ó a lo largo de la superficie radicular.

##### 2.3.2.6.1 Aspecto Clínico

Es una lesión dolorosa, diente muy sensible a la oclusión o percusión. El absceso tiene aparición repentina, hay

tumefacción y dolor de los tejidos gingivales, a veces, linfadenopatías, fiebre y malestar general.

El diagnóstico diferencial entre un absceso periodontal y otro de origen pulpar es muy importante. Se realiza mediante pruebas de vitalidad, aunque no pueden ser concluyentes en el diagnóstico. El uso de radiografías ayuda moderadamente.

Hay muchos abscesos aparentemente periodontales que tienen origen combinado periodontal y pulpar como en el caso de la periodontitis avanzada.

En los dientes con caries profundas o restauraciones extensas, los abscesos son, casi siempre, de origen pulpar, aun cuando la respuesta de vitalidad pulpar sea positiva.

#### 2.3.2.6.2 Tratamiento

- Se debe intentar realizar un drenaje introduciendo un instrumento plano a lo largo de la superficie dentaria hasta la zona de la lesión.
- Se debe irrigar con suero fisiológico.
- Revisar el surco gingival para ver si se encuentran cuerpos extraños.
- Debe eliminarse todo cálculo que se encuentre en la zona

de la lesión.

- Se coloca un unguento antibiótico como la acromicina al 3%.
- Se prescriben antibióticos sistémicos solo cuando la fiebre es alta y se corre peligro de una osteomielitis.
- Analgésicos cuando el dolor es molesto.
- Se cita al paciente después de 24 horas. Generalmente el dolor ya ha cedido al igual que la tumefacción.
- Se separa nuevamente la pared blanda de la lesión con la sonda periodontal y se irriga con suero fisiológico.
- Se hace raspado radicular teniendo en cuenta de no hacer fuerza hacia apical del cálculo subgingival porque retarda la cicatrización.
- Se coloca antibiótico tópico.
- Se cita al paciente una vez por semana durante cuatro semanas.

Los abscesos no tratados o tratados de manera inadecuada pueden transformarse en lesiones supurativas, a veces con fistulas de drenaje crónico que atraviesa la encía. Se denominan abscesos crónicos que generalmente son de origen pulpar, sin embargo puede ser consecuencia de restos residuales de un absceso periodontal agudo, se debe tratar como una lesión de una periodontitis crónica.

### 2.3.3 Enfermedades de la Lengua

#### 2.3.3.1 Glositis

La atrofia del revestimiento lingual, en especial el correspondiente a la zona papilar, por lo general se caracteriza por una mucosa roja inflamada, que se conoce con el nombre de glositis; al involucrar la mucosa, ésta se vuelve pálida.

En la atrofia del revestimiento, encontramos varias causas, una de ellas es la carencia de algunos de los factores de la oxidación celular, como el hierro y las vitaminas del complejo B. Por esta razón, encontramos en algunas hipoavitaminosis, atrofia papilar.

Para el tratamiento de la glositis hay que tener en cuenta la causa de la despapilación, ya que se encuentran cuadros muy variados, por ejemplo encontramos despapilación en los siguientes cuadros: síndrome de Riley-Day, enfermedad de Sjogren, hiporriboflavinosis, anemia de Plummer-Vinson y moniliasis.

#### 2.3.3.2 Lengua Geográfica

Llamada también glositis migratoria, glositis exfoliativa

y marginada, descamación marginada y aberrante en áreas.

Por lo común empieza en la infancia y puede ser descubierta en la edad adulta; se presenta más en mujeres que en hombres.

#### 2.3.3.2.1 Aspecto Clínico

Se localiza a nivel del dorso lingual, mas que todo en áreas laterales; se presenta en forma de círculos, óvalos o arcos de contorno geográfico, cambiando su aspecto clínico continuamente; se caracteriza por pérdida de las papilas piriformes y presenta ligera tumefacción. En algunos pacientes hay dolor, en otros, es asintomática y es descubierta en forma casual ya sea en exámenes médicos u odontológicos.

#### 2.3.3.2.2 Diagnóstico

Es fácil en los caso típicos, sin embargo, en forma incipiente puede ser confundido con una despapilación en áreas, pero se diferencia de la lengua geográfica porque ésta cambia continuamente de sitio; también se hace el diagnóstico diferencial con eritemas difusos como la moniliasis y el liquen erosivo plano, pero ambos se manifiestan fuera de la mucosa lingual.

#### 2.3.3.2.3 Tratamiento

Es innecesario, se le debe aconsejar al paciente que su alimentación no sea irritante, que deje de fumar y de tomar alcohol; tranquilizarlo sobre la benignidad de su estado.

#### 2.3.3.3 Lengua Escrotal

Llamada también lengua plisada, fisurada, plegada o montañosa. Se presenta más en niños y no presenta prevalencia en cuanto a sexo.

##### 2.3.3.3.1 Aspecto Clínico

Presenta un aspecto cerebriforme o escrotal a causa de surcos o elevaciones en su dorso, la consistencia de la lengua es normal, a veces duele cuando los surcos se transforman en grietas o fisuras y se inflaman o se infectan.

##### 2.3.3.3.2 Diagnóstico Diferencial

Se realiza con los surcos o arrugas fisiológicas de la vejez. Nos basamos en que los surcos fisiológicos son más superficiales y no presentan hipertrofia de las papilas

fungiformes y generalmente hay atrofia.

#### 2.3.3.3.3 Tratamiento

Solo se efectua cuando hay grietas o fisuras, se recomienda aplicación tópica de violeta de genciana al 1%, buches de agua oxigenada al 3%.

#### 2.3.3.4 Lengua Velloso

Se denomina también lengua pilosa o negra pilosa, hiperqueratosis de la lengua, melanotriquia lingual.

La causa de esta alteración se debe a la hipertrófia de las papilas filiformes debida, básicamente, a hiperqueratinización, puede ser mínima o exagerada.

Es una alteración adquirida generalmente en hombres de edad madura con mala higiene bucal y no es contagiosa.

##### 2.3.3.4.1 Aspecto Clínico

Se observa por delante de la "V" lingual, las papilas filiformes se alargan y dan el aspecto piloso, su coloración es variable: negro, castaño, gris, blanco.

Es prácticamente asintomática, a veces existe halitosis; su comienzo es sorpresivo, su duración es variable, puede ser breve o desaparecer en pocos días o durar varios meses o años con o sin remisiones.

Las causas son variadas pero el uso de antibióticos, especialmente la penicilina, aumenta la incidencia al favorecer el desarrollo de Cándida, hongo que puede producirlo.

#### 2.3.3.4.2 Diagnóstico Diferencial

Se lleva a cabo con la enfermedad de Addison, por las diversas pseudomanchas linguales y también diferenciarla de las pigmentaciones linguales.

#### 2.3.3.4.3 Tratamiento

- Eliminar o tratar las causas locales o generales que la estén produciendo, como tabaco, alcohol, higiene bucal insuficiente, administración de antibióticos o si el paciente tiene avitaminosis o alteraciones digestivas.
- Aplicación tópica de violeta de genciana, azul de metileno, ácido salicílico al 5 o 10%. Se ha usado con buen resultado el ácido nicotínico (vitamina PP), vitamina C o A. Se piensa que puede inhibir la queratosis.

- Si no hemos obtenido resultados positivos con lo anterior, se administra corticoides por vía sistémica y local.

#### 2.3.3.5 Lengua Hipertrófica

Es llamada también macroglosia, elefantiasis lingual malformativa.

##### 2.3.3.5.1 Aspecto Clínico

La lengua está agrandada en todos sus diámetros, tanto en el diámetro antero-posterior como en los bordes laterales.

La macroglosia no altera la deglución, pero la aprehensión de alimentos sólidos es difícil así como la masticación; la emisión de palabras está muy alterada siendo, a veces, ininteligible el lenguaje.

La potencia de la masa muscular, es capaz de modificar el crecimiento mandibular y el alineamiento dentario dando lugar al prognatismo, mordida abierta, malposición dentaria.

#### 2.3.3.5.2 Diagnóstico Diferencial

Hay que diferenciar de una pseudomacroglosia, cuando la lengua es de tamaño normal, pero hay micrognasia o atresia del arco alveolar y da la impresión de que la lengua fuera muy grande.

Encontramos macroglosia en pacientes con hipertrofia lingual muscular en el síndrome de hemihipertrofia facial o corporal generalizada; en pacientes con el síndrome de Down aunque, en este caso, la macroglosia es una lengua escrotal pero como los maxilares están hipodesarrollados se confunde con la macroglosia.

También encontramos macroglosia cuando existen tumores vasculares como hemangiomas o linfangiomas.

#### 2.3.3.5.3 Tratamiento

El tratamiento es quirúrgico. Como la macroglosia causa malformaciones maxilimandibulares, hace que la glosectomía parcial se practique con mucha frecuencia.

## 2.3.4 Estomatitis

### 2.3.4.1 Estomatitis Aftosa

Se presenta especialmente en adolescentes o adultos jóvenes.

#### 2.3.4.1.1 Aspecto Clínico

Las úlceras aftosas suelen aparecer aisladas o en grupo, son poco profundas y planas, rodeadas por una halo eritematosos.

Aparecen por stress, las lesiones son muy dolorosas, duran de diez a catorce días y se remiten en forma espontánea.

Se localizan, generalmente, en los tejidos blandos que no están adheridos a hueso.

#### 2.3.4.1.2 Diagnóstico Diferencial

Se hace con una neutropenia cíclica por medio de recuentos sanguíneos periódicos, se realizan estos exámenes cuando la recidiva es periódica y regular.

También debe investigarse el síndrome de Behcet, porque

las lesiones orales que se presentan en este síndrome son muy parecidas a las aftas.

#### 2.3.4.1.3 Tratamiento

- Se puede cauterizar el núcleo central de la úlcera con un hisopo impregnado de nitrato de plata.
- Se puede administrar tetraciclina en suspensión oral, ésto ocasionará una involución temprana de las úlceras.

Como dijimos anteriormente, las aftas se remiten en forma espontánea y no necesitan tratamiento.

#### 2.3.4.2 Estomatitis Alérgica

Puede presentarse en cualquier sitio de la mucosa oral, la hipersensibilidad comunmente está asociada con antibióticos, sulfas, yodo y barbitúricos.

##### 2.3.4.2.1 Aspecto Clínico

Se presenta como una lesión roja difusa y multifocal, acompañada de una pseudomembrana y ocasionalmente ampollas.

También se puede observar alergia de contacto en las

regiones que estén en relación directa con el alérgeno como por ejemplo con un material dental, medicaciones tópicas, dentífricos o enjuagatorios orales.

#### 2.3.4.2.2 Diagnóstico Diferencial

Se hace con el liquen erosivo plano, lupus eritematoso, eritema migratorio o cualquiera de otras lesiones rojas difusas.

Se realiza el diagnóstico preguntándole al paciente si ha tomado alguna droga o si la reacción apareció después del uso de una sustancia alérgica sospechosa; se realiza la prueba en la mucosa seca con la sustancia sospechosa y aparecerá una zona eritematosa de 24 a 48 horas más tarde, se hará la prueba siempre y cuando la sustancia a usar no sea de naturaleza caústica.

#### 2.3.4.2.3 Tratamiento

- Eliminar el alérgeno.
- Se puede administrar un antihistamínico para que los síntomas se reduzcan.
- Cuando es alergia por contacto se hace aplicación tópica de triamcinolona tópica en Orabase.

#### 2.3.4.3 Estomatitis Herpética Recurrente

Se presenta en adultos jóvenes; la infección recurrente de la mucosa oral por el virus Herpes tipo I es poco frecuente.

##### 2.3.4.3.1 Aspecto Clínico

Se caracteriza por la formación de microvesículas que se rompen con raidez para dejar ulceraciones pequeñas con tendencia a agruparse. Las lesiones son ligeramente dolorosas y persisten de 5 a 7 días.

##### 2.3.4.3.2 Diagnóstico Diferencial

Debe realizarse con las ulceraciones del herpes zoster, basados en el dolor ya que en el primero el dolor no es agudo y la resolución es rápida, las aftas no comprometen la mucosa fija al hueso.

##### 2.3.4.3.3 Tratamiento

No es necesario, pero se pueden recomendar enjuagatorios orales.

#### 2.3.4.4 Estomatitis Nicotínica

Presenta una relación directa con el hábito de fumar en pipa intensamente y durante periodos prolongados, menos a menudo se presenta en personas que fuman cigarrillo; incide más que todo en lo varones.

##### 2.3.4.4.1 Aspecto Clínico

Se observa un ligero blanqueamiento o grisáceo difuso del paladar, lo más llamativo son unos orificios exagerados en los conductos correspondientes a las glándulas mucosas que contrastan con el fondo pálido del paladar. En las lesiones mas avanzadas, la mucosa se vuelve cada vez mas queratinizada y aparecen fisuras, quedando una zona arrugada e irregular.

En muchos pacientes, la lesión es reversible, cuando el paciente deja el hábito de fumar.

La presencia de carcinomas epidermoides del paladar son muy raros y no se puede considerar en la estomatitis por nicotina como un estado precanceroso.

#### 2.3.4.5 Estomatitis Traumática

##### 2.3.4.5.1 Aspecto Clínico

Se presenta una úlcera traumática que, generalmente, es focal, puede ser como respuesta a innumerables lesiones traumáticas, que puede incluir mordedura del carrillo o de la lengua, irritación por prótesis, quemaduras o lesiones iatrogénicas que se producen en el consultorio dental.

Casi siempre, la úlcera es poco profunda, se encuentra eritema marginal, pero no en todos los casos.

La úlcera traumática que se encuentra en los labios de los niños con dientes en erupción se llama enfermedad de Riga Fede.

Las úlceras traumáticas de la lengua, asociadas con tumefacción granulomatosa y pronunciada miositis eosinofílica se ha denominado granuloma eosinófilo y nunca debe confundirse con el granuloma eosinófilo del hueso, que es forma específica de la histiocitosis X.

##### 2.3.4.5.2 Diagnóstico Diferencial

Se debe hacer con los carcinomas, con ayuda de la biópsia.

#### 2.3.4.5.3 Tratamiento

Eliminar el factor que esté causando el traumatismo y dejar que pasen 10 días para que se pueda efectuar la cicatrización.

Si la lesión no cede al quitar el estímulo, es necesario realizar una biópsia.

#### 2.3.4.6 Granuloma Piógeno

Se presenta en adolescentes y adultos jóvenes y con mayor predilección en mujeres.

##### 2.3.4.6.1 Aspecto Clínico

Se presenta como una lesión lisa o corcovada y generalmente está ulcerada, hemorrágica y compresible. Su localización es en la gingiva a nivel de la papila gingival. Se presenta en mujeres embarazadas y por eso recibe el nombre también de tumor del embarazo.

Se cree que hay un desequilibrio hormonal por la gestación y el organismo responde a este estímulo con una irritación.

#### 2.3.4.6.2 Diagnóstico Diferencial

Se realiza con los flemones, en éste no existe contenido exudativo ni purulento, tampoco inflamación de origen dentario.

También debe diferenciarse del hemangioma y otros agrandamientos gingivales.

#### 2.3.4.6.3 Tratamiento

Se realiza escisión y un curetaje de los dientes adyacentes y superiores radiculares. En pacientes embarazadas es probable que recidive.

#### 2.3.5 Enfermedades de los Labios

##### 2.3.5.1 Queilitis

Son lesiones inflamatorias inespecíficas, que presentan un cuadro histológico inespecífico, debido a causas muy diferentes.

Se localizan especialmente en la zona libre del labio o bermellón.

#### 2.3.5.1.1 Queilitis Glandulares

##### 2.3.5.1.1.1 Queilitis Glandular Simple

Se presenta en la edad adulta, se localiza especialmente en el labio inferior y respeta las comisuras.

##### 2.3.5.1.1.1.1 Aspecto Clínico

El labio se presenta ligeramente hipertrofiado y evertido, los pacientes manifiestan sensación de tumefacción, se ven puntos rojos pequeños, distribuidos en forma irregular, ubicados mas que todo en la parte central, estos puntos corresponden a la desembocadura de los orificios de los conductos excretores de las glándulas salivales menores.

Su aparición se debe a un estado de sépsis bucal y en especial a la enfermedad periodontal, también a causas físicas, mecánicas, emocionales.

##### 2.3.5.1.1.1.2 Diagnóstico

Es muy sencillo, se presenta más en el labio inferior y se ven puntos rojos con gotas de saliva en algunos.

#### 2.3.5.1.1.1.3 Tratamiento

Eliminar los focos sépticos, causas físicas, mecánicas que pueden dar origen a la queilitis.

La inyección con corticoides en el sitio de la lesión 1 o 2 veces por semana ha logrado mejorías.

En general, la queilitis angular simple, es muy resistente al tratamiento.

#### 2.3.5.1.1.2 Queilitis Supurada

Es la forma supurada de la queilitis angular simple.

##### 2.3.5.1.1.2.1 Aspecto Clínico

El labio se presenta doloroso y se forman gotas de pus en los orificios de salida de los conductos excretores, pueden formarse costras y al arrancarlas aparece una zona ulcerada. Se localiza exclusivamente en el labio inferior, a la palpación es doloroso.

##### 2.3.5.1.1.2.2 Diagnóstico

El diagnóstico de este tipo de queilitis es sencillo, por

la macroquelia y la supuración.

#### 2.3.5.1.1.2.3 Tratamiento

Administración de antibióticos, limpieza quirúrgica. Si el proceso no cede se realizará la resección de la zona afectada.

#### 2.3.5.1.2 Queilitis Agudas No Glandulares

Los agentes productores son externos como cosméticos, alimentos o golosinas, dentífricos, medicamentos de uso local, prótesis.

##### 2.3.5.1.2.1 Aspecto Clínico

Puede observarse macroquelia, a veces, eversión labial, los labios están edematosos, calientes y dolorosos; se presenta tanto en el superior como en el inferior y se puede extender algo a la piel.

##### 2.3.5.1.2.2 Diagnóstico Diferencial

Se realiza con el eritema polimorfo que tiene la formación de ampollas hemorrágicas pero también en el interior de la boca.

El herpes simple se presenta más en la piel que en la semimucosa labial.

El pénfigo vulgar presenta lesiones intrabucales y cutáneas, cronicidad evolutiva.

#### 2.3.5.1.2.3 Tratamiento

Se eliminará la causa de la queilitis si ha sido posible identificarla.

Se administran corticoides sistémicos y antiinflamatorios.  
Terapia de calor.

#### 2.3.5.1.3 Queilitis Crónicas

##### 2.3.5.1.3.1 Queilitis Descamativa Crónica

Es superficial y se presenta más en el labio inferior. A veces, en ambos.

Se caracteriza por una descamación superficial del labio; pueden tener diferentes orígenes como mecánico, en el caso de los niños con aparatos de ortodondia o con hábito de mordisquearse los labios; origen infeccioso o parasitario.

#### 2.3.5.1.3.1.1 Diagnóstico Diferencial

Se realiza con el liquen labial, el lupus eritematosos y con la psoriasis.

#### 2.3.5.1.3.1.2 Tratamiento

Averiguar la causa que produce la queilitis, para eliminarla.

Aplicación de corticoides tópicos. Si es necesario, radioterapia superficial.

#### 2.3.5.1.3.2 Queilitis Comisural

Llamada también queilosis angular o perleche, es causada, comúnmente, por la disminución de la dimensión vertical y uso de prótesis, también encontramos la infección por candida albicans, hipovitaminosis B, escurrimiento salival.

#### 2.3.5.1.3.2.1 Aspecto Clínico

Se observa un proceso inflamatorio que posteriormente se fisura y se extiende a la piel.

#### 2.3.5.1.3.2.2 Diagnóstico

Debe tenerse en cuenta la causa, así:

Si es por candida, las lesiones serán blanquecinas y se desprenden en parte.

Por hipovitaminosis B, la comisura aparece pálida o violácea brillante.

Por disminución de la dimensión vertical es fácil diagnosticarla, ya que sólo tenemos que observar al paciente.

#### 2.3.5.1.3.2.3 Tratamiento

Por candida:

- Nistatina local, cuatro veces diarias.
- Aplicaciones de azul de metileno.
- Las prótesis totales se deben sacar en la noche y colocarlas en solución desinfectante como el hipoclorito de sodio al 2%.
- Para las grietas se puede aplicar nitrato de plata en solución acuosa al 5%.

### 2.3.5.1.3.3 Queilitis Granulomatosa

Se presenta en adultos jóvenes y con ligera predilección en las mujeres.

#### 2.3.5.1.3.3.1 Aspecto Clínico

Se presenta tanto en el labio superior como inferior, hay agrandamiento nodular difuso que comprende todo el labio, es firme a la palpación, no hay inflamación ni alteración del color superficial.

Hace parte del síndrome de Melkersson-Rosenthal junto con lengua fisurada y parálisis facial.

No se conoce su etiología.

#### 2.3.5.1.3.3.2 Diagnóstico Diferencial

Se realiza con el edema angioneurótico o edema y celulitis originados de una infección dentaria; estas dos lesiones son blandas y difusas a la palpación.

#### 2.3.5.1.3.3.3 Tratamiento

Inyección de triamcinolona u otro esteroide, 3 y 5 veces

con intervalos quincenales.

## 2.3.6 Enfermedades de las Glándulas Salivales

### 2.3.6.1 Sialolitiasis

Se presenta en adultos de edad mediana y más en los hombres.

#### 2.3.6.1.1 Aspecto Clínico

Se observa la glándula agrandada y firme pero continua móvil, el dolor es a menudo elevado durante las horas de la comida, cuando se estimula la salivación, a veces es posible palpar el cálculo dentro del conducto.

Los cálculos se presentan mas en la glándula submaxilar, después en la parótida y por último en la sublingual y glándulas menores.

El cálculo se desarrolla sobre un núcleo, que posiblemente es mucoso y se depositan concéntricamente sales de calcio, el cálculo alcanza tamaño considerable hasta que ocluya el conducto.

Para detectar los cálculos salivales se hace por medio

radiográfico; los de la glándula submaxilar, por radiografías oclusales inferiores; los de la glándula parótida, por radiografías panorámicas.

#### 2.3.6.1.2 Diagnóstico Diferencial

Se asemeja con la parotiditis endémica, pero la presencia de dolor, que aumenta con las comidas, la falta de flujo cuando se presiona la glándula determinan el diagnóstico de sialolitiasis.

#### 2.3.6.1.3 Tratamiento

Frecuentemente se pueden manipular los cálculos hasta lograr sacarlos del conducto.

Si no se logra retirarlos se hará por medios quirúrgicos.

Si la falta de función persiste, se recomienda sialectomía.

#### 2.3.6.2 Sialodenitis

##### 2.3.6.2.1 Sialodenitis Bacteriana

Es una enfermedad inflamatoria de las glándulas salivales

que afecta principalmente la parótida; puede ser unilateral o bilateral, causada por estafilococos y estreptococos.

Los pacientes presentan fiebre, tumefacción dolorosa y se puede extraer el contenido purulento de los contenidos salivales.

Se presenta con mayor frecuencia en pacientes debilitados y en convalecientes de cirugía mayor.

Según la intensidad de la inflamación podemos dividirla en: aguda y crónica recidivante.

#### 2.3.6.2.1.1 Sialodentitis Aguda

Como se presenta más en la parótida, hablaremos de la parotiditis aguda, se presenta más en edades avanzadas, más en hombres y afecta más el lado derecho que el izquierdo.

Está causada por cocos produciendo un trastorno general, reduciendo en gran parte la función de la glándula.

#### 2.3.6.2.1.1.1 Diagnóstico Diferencial

Se debe diferenciar de la parotiditis endémica y de la sialolitiasis, ya que en las tres entidades se presenta dolor y tumefacción; se diferencia porque en la sialodeni-  
tis aguda se puede drenar el contenido purulento del conducto y realizar un cultivo bacteriano de éste, y el paciente tiene una historia de una enfermedad debilitante predisponente.

#### 2.3.6.2.1.1.2 Tratamiento

Se controlará cualquier enfermedad debilitante mediante consulta con el médico.

Se puede administrar penicilina en pacientes no alérgicos, mientras se esperan los resultados del cultivo y pruebas de sensibilidad.

#### 2.3.6.2.1.2 Sialodenisitis Crónica Recidivante

Hay que diferenciar la parotiditis de la edad adulta y de la infancia.

#### 2.3.6.2.1.2.1 Aspecto Clínico

En la edad adulta es generalmente unilateral, con dolor asociado a la región preauricular y retromaxilar, el orificio del conducto está enrojecido.

En la niñez, hay aumento de volumen y dolor provocado y se produce la curación espontánea durante la pubertad.

En la sialografía, el conducto parotídeo está normal, en la niñez; en los adultos, el conducto es irregular con múltiples estenosis y dilataciones.

#### 2.3.6.2.1.2.2 Diagnóstico Diferencial

En los adultos se debe diferenciar con la parotiditis alérgica, la sialodenois y el sialodenois.

En la niñez se debe diferenciar con la parotiditis vírica aguda, ésta, generalmente, es bilateral y no sale pus al exprimir el conducto.

#### 2.3.6.2.1.2.3 Tratamiento

En los adultos, hay que dilatar el conducto para la recesión de la obstrucción. Es muy frecuente la recidiva y es

necesario la recesión quirúrgica.

En la niñez, el paciente debe estar en la cama con dieta blanda y muchos líquidos ya que se trata de un proceso infeccioso.

Se prescribe antipiréticos y analgésicos. Siempre se hará consulta con el médico por la posibilidad de orquitis y meningitis.

#### 2.3.6.2.1.3 Mucocele

Se presenta en adultos jóvenes y es el resultado de la obstrucción del conducto glandular. Se ubica, generalmente, en el labio inferior, carrillo y piso de boca.

##### 2.3.6.2.1.3.1 Aspecto Clínico

Se observan tumefacciones pequeñas, redondeadas u ovals que tienen un color azulado, se mueve libremente y está ubicado inmediatamente por debajo de la mucosa.

Si su ubicación es profunda, su coloración puede ser normal.

#### 2.3.6.2.1.3.2 Diagnóstico Diferencial

Cuando son superficiales se asemejan a ampollas, se realiza un examen del resto de los tejidos para descartar una dermatosis ampollar.

Cuando se ubica profundamente se parece a una hiperplasia fibrosa; en ocasiones penetra sangre en la cavidad quística del mucocelo dando la apariencia de un hemangioma o várice.

#### 2.3.6.2.1.3.3 Tratamiento

La escisión con inclusión del tejido salival subadyacente ayudará a que no se presente recidiva.

#### 2.3.6.2.1.4 Ránula

Es muy común en niños. Es un quiste que se forma en el piso de la boca a partir de la glándula sublingual, es mucho mas grande que el mucocelo.

##### 2.3.6.2.1.4.1 Aspecto Clínico

Aparece como una tumefacción llena de líquido de color azulado, la membrana es delgada y se encuentra atravesada

por múltiples capilares. Se ubica a un lado de la línea media.

#### 2.3.6.2.1.4.2 Diagnóstico Diferencial

Se debe diferenciar de un angioma ya que éste no es tan firme como la ránula.

#### 2.3.6.2.1.4.3 Tratamiento

Es quirúrgico, en forma de marsupialización.

### 2.4 OTRAS ENFERMEDADES

#### 2.4.1 Hiperplasia Papilar

La hiperplasia papilar inflamatoria es una lesión reactiva que se presenta en el paladar por el uso prolongado de prótesis susperior completa o parcial mal adaptada, rebasada o confeccionada sobre una papilomatosis existente. A veces se encuentra sobre el reborde o surcos vestibulares.

##### 2.4.1.1 Tratamiento

El tejido hiperplásico debe extirparse quirúrgicamente, se deben cambiar las prótesis existentes mal adaptadas o

hacer un rebase de ellas.

Para realizar la remoción del tejido hiperplásico, se anestesia localmente, se hace una incisión hasta la submucosa. El color amarillo grisáceo de la submucosa nos sirve de guía para saber hasta donde hacemos la profundización.

Se saca una muestra para que sea examinada; se deja una férula palatina recubierta con un apósito periodontal o cemento quirúrgico para evitar la formación de hematomas. El apósito debe cambiarse semanalmente.

Se prescribe analgésicos narcóticos, enjuagues bucales y se espera que cicatrice para comenzar las nuevas prótesis.

#### 2.4.2 Ulceraciones Focales

Las úlceras focales se presentan más que todo por traumatismos, tales como irritación por prótesis, mordedura del carrillo o lengua, quemadura con alimentos calientes.

Generalmente, la úlcera es poco profunda y podemos encontrar eritema marginal.

#### 2.4.2.1 Tratamiento

Si hay historia de traumatismo se deben eliminar y dejar pasar diez días para lograr una buena cicatrización. Si la lesión no cede, se hará una biópsia para descartar un carcinoma.

#### 2.4.3 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

La definición del WHO/CDC (WHO record epidémico semanal) 1986; 61, 69, 76 especifica que es una enfermedad caracterizada por:

- Una o mas enfermedades oportunisticas que sean moderadamente indicativas de inmunodeficiencia celular.
- Ausencia de todas las causas conocidas de inmunodeficiencia celular diferentes de infección con H.I.V.; y ausencia de todas las otras causas de resistencia reducida en asociación con al menos una de las enfermedades oportunisticas.

Las enfermedades moderadamente indicativas de inmunodeficiencia celular son:

- Infecciosas Protozoaricas
  - . Cryptosporidiosis Intestinal

- . Pneumonía Pneumocística Carinu
- . Strongyloidosis (causante de neumonía)
- . Toxoplasmosis
- Infecciones por Hongos
  - . Candidiasis
  - . Cryptococosis (causante de infecciones en S.N.C.)
- Infecciones Bacterianas
  - . Mycobacterium Avium
  - . Gingivitis Necrosante
  - . Periodontitis Crónica
- Infecciones Virales
  - . Estomatitis Herpética
  - . Leucoplasia Peluda
  - . Herpes Zoster Oral
  - . Cándiloma Oral Acuminatum
  - . Xerostomía
- Neoplasmas
  - . Sarcoma de Kaposi Oral
  - . Carcinoma de Células Escamosas Oral
- De Etiología Desconocida
  - . Ulceraciones Aftosas Recurrentes
  - . Agrandamiento de Glándulas Salivales

#### 2.4.3.1 Etiología

Un retrovirus linfotrópico en la célula "T" se conoce como

la causa del SIDA, en adelante conoceremos estos virus como HIV, se desconoce su forma presente en el hombre, si es origen de una mutación de un virus previo no patógeno o si fue transmitido directamente de los animales al hombre.

El HIV, es un retrovirus que se caracteriza por transferir información genética hacia el DNA de la célula huésped.

Es un virus RNA y usa la enzima Transcriptasa para copiar el genoma en el DNA.

El virus ha sido aislado en la sangre periférica, células del hueso medular, plasma, semen, orina, leche de pecho, lágrimas, secreción vaginal, saliva.

El SIDA, se transmite por contacto sexual, por sangre o productos de la sangre.

Para que una persona esté en el grupo de riesgo, debe presentar dos o más signos y síntomas de los siguientes:

- Linfadenopatías
- Pérdida de peso
- Fiebre, mayor de 38 grados continua o intermitente
- Diarrea
- Fatiga y malestar

- Sudor nocturno

y dos o más valores anormales de laboratorio:

- Disminución del número de células "T" ayudantes
- Relación disminuida de linfocitos "T" ayudantes y "T" supresores
- Anemia
- Niveles aumentados de globulinas séricas
- Niveles aumentados de complejos inmunes circulantes

El Sarcoma de Kaposi (KS) es reportado como la manifestación inicial del SIDA, en aproximadamente 30% de los casos.

Se define como un proceso neoplásico multicéntrico que empieza como múltiples máculas, pápulas o nódulos rosados, rojos o violetas en la piel o en las superficies mucosas que pueden estar localizadas en el tronco, brazos y cuello.

Clinicamente, las lesiones orales pueden aparecer en su fase inicial como máculas azuladas, negruzcas y rojizas que usualmente son planas.

En los estadios más avanzados pueden ser más oscuras,

elevadas, lobuladas y ulceradas.

La etiología del KS es desconocida, aunque todos los casos relacionados con SIDA tenían anticuerpos al HIV.

#### 2.4.3.2 Control de la Infección de Pacientes con SIDA en Odontología

Siempre debe obtenerse una cuidadosa historia médica, incluir preguntas específicas como: enfermedades actuales, recurrentes, hepatitis, pérdida de pesos sin razón aparente, linfadenopatías, lesiones de tejido blando oral y otras infecciones.

Para protección personal y de los pacientes, debe usarse guantes, cuando se está en contacto con sangre, saliva o membranas mucosas, al igual que cuando se tocan instrumentos contaminados con sangre. No se recomienda usar un par de guantes por segunda vez.

Debe usarse tapabocas y lentes de protección.

Debe usarse papel de aluminio en aparatos que se puedan contaminar con sangre o saliva y sea difícil la limpieza, como en el cabezote de la unidad de rayos X.

Siempre que sea posible, se debe trabajar con tela de caucho, lavarse las manos entre paciente y paciente así se hayan usado guantes.

Los objetos afilados son potencialmente infectantes y deben manejarse con mucho cuidado para evitar heridas inintencionales.

Las agujas desechables deben ser tapadas, dobladas o rotas para prevenir pinchazos.

Todo el instrumental debe ser perfectamente esterilizado y desinfectado incluyendo piezas de mano.

Cuando es necesario tomar una muestra para biópsia, el envase que contiene la muestra, debe estar bien cerrado y si la parte externa, está visiblemente contaminada, debe limpiarse y desinfectarse.

## CONCLUSIONES

1. La cavidad bucal, como está en íntimo contacto con el resto del organismo y con el medio ambiente externo, a la vez, es la vía de acceso para un sin número de alteraciones de la cavidad bucal.
2. Siempre se debe realizar una historia clínica minuciosa, si se quiere llegar a un diagnóstico acertado para un tratamiento consecuentemente apropiado.
3. Como las lesiones bucales tienen diferentes formas, siempre se debe tener presente, el hacer un correcto diagnóstico diferencial.

## BIBLIOGRAFIA

- BAHM, Arthur N. Microbiología e Inmunopatología de Infecciones Pulpares y Periapicales. Compendio de Educación Continua en Odontología. Vol. 2. No. 1. Enero de 1986.
- BOOZER, Charles H. Heydt, Stuart. Revis, George J. Terapéutica Odontológica Aceptada. 3a Edición. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires.
- DONALD, George Jr. Consideraciones Odontológicas en las Infecciones por Herpes-Virus. Compendio de Educación Continua en Odontología. Vol. 1. No. 7. Julio-Agosto de 1985.
- ENFERMEDAD Periodontal, Cambios Histológicos Vistos en el Periodonto. Compendio de Educación Continua en Odontología. Vol. 3. No. 2. Febrero de 1987.
- GARDER, Karen A. Weathers, Dwiht R. Tres Casos de SIDA, con Manifestaciones Orales. Compendio de Educación Continua en Odontología. Vol. 2. No. 2. Marzo-Abril de 1986.
- GARLIN, Robert J. Goldman, Henry M. Patología Oral. Ed. Salvat. 1975.
- GOLDMAN, Henry M. Enfermedad Periodontal, Cálculo y Otros Factores Etiológicos. Compendio de Educación Continua en Odontología. Vol. 3. No. 4. Abril de 1987.
- GOLDMAN, Henry M. Enfermedad Periodontal, Cambios en la Función que Afectan el Periodonto. Compendio de Educación Continua en Odontología. Vol. 3 No. 6. Junio de 1987.
- GOLDMAN, Henry M. Enfermedad Periodontal, Revisión de la Histopatología de la Enfermedad. Compendio de Educación Continua en Odontología. Vol. 3. No. 1. Enero de 1987.

- GREENSPAN, Deborah. Greenspan, John S. Pindburg, Jens J. Schidot, Murten. Sida y el Problema Bucal. Actualidad Medico Odontológica Latinoamericana. Edición Original. Copenhague, 1986.
- GREENSPAN, Deborah. Leucoplasia Oral Viral (Leucoplasia Velluda): Una Nueva Lesión Asociada con el SIDA. Compendio de Educación Continua en Odontología. Edición Extraordinaria No. 1 de 1986.
- GREENSTEIN, Gary. Conceptos Periodontales Cambiantes, Etiología y Diagnóstico. Compendio de Educación Continua en Odontología. Edición Extraordinaria No. 1 de 1986.
- INGLE, John I. Beveridge, Edward E. Endodoncia. 2a Edición. Ed. Interamericana. México, 1982.
- IONTOFORESIS de Fluor como Ayuda en el Diagnóstico y Tratamiento de Pulpitis Reversible. Compendio de Educación Continua en Odontología. Vol. 2. No. 8. Diciembre de 1987.
- KRUGER, Gustav O. Cirugía Maxilo-Facial. 5a Edición. Ed. Médica Panamericana. 1982.
- MEISTER, Robert. Etiology and Treatment of Internal and External Resorption. General Dentistry. Vol. 35, No. 5. Septiembre-October, 1987.
- MOLINARI, John A. SIDA, Perspectivas Clínicas y Consideraciones para el Tratamiento del Paciente Dental. Compendio de Educación Continua en Odontología. Vol. 1. No. 6. Junio de 1985.
- MORRIS, Braham. Odontología Pediátrica. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1984.
- RADA, Robert E. Hasiakas, Peter S. Brony, Andrew T. An Unusual Example of Inflammatory Hiperplasia of the Palate. General Dentistry. Vol. 35 No. 2. Marzo-Abril, 1987.
- REZAL, Raheele F. El Torus Palatino, una Exostosis de Etiología Desconocida. Compendio de Educación Continua en Odontología. Vol. 2. No. 2. Marzo-Abril de 1986.