

T.O.
00619

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

**CD. PRESENTACION MULTIMEDIA DE
PATOLOGÍAS ORALES BASICAS
EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA
COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO 1997.**

6-7-01-000

**SANTAFE DE BOGOTÁ.
OCTUBRE DE 1997**

11
1276
352
1797

**CD. PRESENTACION MULTIMEDIA DE
PATOLOGÍAS ORALES BASICAS
EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA.
COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO 1997.**

PRESENTADO POR.

MARÍA LILIANA ACEVEDO	911094
PATRICIA GUERRERO	911111
MARGARITA LOPEZ	911060
ANUAR YESID LOPEZ	912087
JUAN CARLOS ZAPATA	911052

TUTOR.

**DRA. MYRIAM YOLANDA ALARCON BARRERA.
ESPECIALISTA EN CIRUGIA, IMPLANTOLOGIA
Y PATOLOGIA ORAL.**

PRESENTADO A.

**DR. JORGE HERNANDO ARANGO MEJIA.
DR. FREDY OSORIO.
DR. RAFAEL VALDERRAMA.**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO.
SANTAFE DE BOGOTÁ.
OCTUBRE DE 1997.**

DEDICATORIA.

“A los “angelitos empantanados”, que me acompañaron en esta estación. (Gracias a Andres).

Am ... que me ayudaron a culminar con éxito.”

María Liliana Acevedo Galvis.

“A mi hija, mi esposo y mi padre. Pero especialmente a quien me a guiado y acompañado día a día desde el lugar donde se encuentre. A mi madre.”

Patricia.

“A mis padres, mi abuelita y mis hermanos que estuvieron conmigo en la lucha; pero especialmente a ti Miguel que guías y cuidas cada uno de mis pasos. !!!!!!! Gracias mil. !!!!!!”

Margarita.

“A mis padres, quienes me han brindado todo su apoyo y constancia en esta lucha por ser alguien en la vida.

A mis hermanos y a todas aquellas personas con las que he contado por siempre.”

Anuar Yesid López Rodríguez.

“A mis padres, con quienes he contado en todo momento siendo soporte en los más difíciles momentos; quienes aprecio por lo que han hecho e hicieron de mí.

A mis hermanos porque me sirvieron siempre que los necesite. Y a mis amigos que me apoyaron desde un comienzo y siempre estuvieron conmigo.”

Juan Carlos Zapata Alvarez.

AGRADECIMIENTOS.

A la Doctora MYRIAM YOLANDA ALARCON BARRERA.

Especialista en cirugía, implantología, patología oral y endodoncia.

Colegio Odontológico Colombiano. Quien nos prestó su ayuda desinteresada para sacar este proyecto adelante y realizarlo lo mejor posible.

Al cuerpo docente; el cual nos brindó sus conocimientos, tiempo y dedicación durante el transcurso de toda la carrera.

Colegio Odontológico Colombiano.

Al Doctor JORGE ARANGO TAMAYO y al cuerpo directivo por procurar el bienestar y desarrollo de la institución, con el fin de hacerla cada día mejor.

TABLA DE CONTENIDO.

1. INTRODUCCION.....	1
2. ANTECEDENTES.	3
2.1 DEFINICION DEL PROBLEMA	4
MARCO TEORICO.	6
1. DIAGNOSTICOS PERIODONTALES.....	6
1.1 GINGIVITIS.....	6
1.1.1 Gingivitis asociada a drogas.	6
1.1.2 Gingivitis asociada a factores sistemicos.	7
1.1.3 Gingivitis asociada a placa bacteriana.	7
1.2 PERIODONTITIS.	8
1.2.1 Periodontitis del adulto.	8
1.2.1.1 Leve.	8
1.2.1.2 Moderada.	9
1.2.1.3 Severa.	9

1.3 PERIODONTITIS DE APARICIÓN TEMPRANA.....	10
1.3.1 Periodontitis prepueral.	10
1.3.1.1 Generalizada.	10
1.3.1.2. Localizada.	11
1.3.2 Periodontitis juvenil.	11
1.3.2.1 Generalizada.	12
1.3.2.2 Localizada.	12
1.4 PERIODONTITIS RÁPIDA PROGRESIVA.....	12
1.4.1 Tipo A.	13
1.4.2 Tipo B.	13
1.5 PERIODONTITIS REFRACTARIA.	13
1.6 PERIODONTITIS ASOCIADA A ENFERMEDADES SISTEMICAS..	14
1.7 GINGIVITIS NECROTIZANTE.	15

2. DIAGNOSTICOS ENDODONTICOS.	15
2.1 LESIONES DE ORIGEN PERIAPICAL.	16
2.1.1 Periodontitis apical aguda no supurativa.	16
2.1.2 Periodontitis apical aguda supurativa o absceso periapical agudo.....	16
2.1.3 Periodontitis apical crónica no supurativa.	17
2.1.4 Periodontitis apical crónica supurativa o absceso apical crónico.	17
2.1.5 Osteítis condensante.	18
2.2 LESIONES DE ORIGEN PULPAR.	18
2.2.1 Pulpitis reversible.	18
2.2.2 Pulpitis irreversible.	19
2.2.2.1 Aguda.	19
2.2.2.2 Crónica.	20
2.2.2.2.1 Hiperplasia pulpar o pólipo pulpar.	20
2.2.2.2.2 Reabsorción interna.	21
2.2.2.2.3 Metamorfosis cálcica o calcificación pulpar.	21
2.2.3 Necrosis pulpar o licuefacción seca o infarto isquemico.	21

2.2.3.1. Granuloma apical	22
2.2.3.2. Quiste apical	22
2.2.4 Osteomelitis.	23
2.2.4.1 Crónica.	23
2.2.4.2 Supurativa.	23
2.2.4.3 De Garre.	24
2.2.5 Celulitis.	24
3. ALTERACIONES ESTRUCTURALES Y DENTALES.	25
3.1 DENTALES.	25
3.1.1 Por Desgaste.	25
3.1.1.1 Abrasión.	25
3.1.1.2 Atrición.	25
3.1.1.3 Erosión.	26
3.1.2 De Numero.	26
3.1.2.1 Anodoncia.	26
3.1.2.2 Supernumerarios.	26
3.1.3 De tamaño.	27
3.1.3.1 Microdoncia	27
3.1.3.2 Macrodoncia.	27

3.1.4 De forma.	28
3.1.4.1 Concrecencia.	28
3.1.4.2 Dens in dente.	28
3.1.4.3 Dilaceración.	29
3.1.4.4 Fusión.....	29
3.1.4.5 Gemación.	29
3.1.4.6 Taurodontismo.	30
3.1.5 En el color.	30
3.1.5.1 Pigmentaciones endogenas.	30
3.1.5.1.1 Eritroblastosis fetal.	30
3.1.5.1.2 Manchas por tetraciclina.....	31
3.1.5.1.3 Porfiria congénita.	32
3.1.5.2 Pigmentaciones exógenas.	32
3.2 ESTRUCTURALES.	32
3.2.1 Defectos del esmalte.	32
3.2.1.1 Amelogenesis imperfecta.	33
3.2.1.1.1 Hipocalcificación.	33
3.2.1.1.2 Hipoplasia.	33
3.2.1.2 Defectos ambientales.	34
3.2.1.3 Fluorosis.	34

3.2.1.4 Sífilis congénita.	34
3.2.2 Defectos de la dentina.	35
3.2.2.1 Dentinogenesis imperfecta.	35
3.2.2.1.1 Tipo I.	36
3.2.2.1.2 Tipo II.	36
3.2.2.1.3 Tipo III.	37
3.2.2.2 Displasia de la dentina.	37
3.2.2.2.1 Tipo I.	37
3.2.2.2.2 Tipo II.	37
3.2.3 Defectos del esmalte y la dentina.	38
3.2.3.1 Odontodisplasia regional.	38
3.2.4 Defectos del cemento.	39
3.2.4.1 Hipercementosis.	39
3.2.5 Anomalías de la pulpa.	39
3.2.5.1 Calcificaciones pulpares.	39
3.2.5.2 Reabsorción externa.	40
3.2.5.3 Reabsorción interna.	40
4. ANOMALIAS DE TEJIDOS BLANDOS.	41
4.1 ENFERMEDADES VESICULOBULOSAS.	41
4.1.1 Enfermedades vírales.	41

4.1.1.1	Infecciones por herpes simple.	41
4.1.1.2	Infecciones por varicela zoster.	42
4.1.1.3	Enfermedad de manos pies y boca.	42
4.1.1.4	Herpangina.	42
4.1.1.5	Sarampión.	43
4.1.2	Enfermedades relacionadas con defectos inguinarios.	43
4.1.2.1	Dermatitis herpetiforme.	43
4.1.2.2	Penfigo buloso.	44
4.1.2.3	Penfigo cicatrizal.	44
4.1.2.4	Pénfigo vulgar.	45
4.2	LESIONES BLANCAS.	45
4.2.1	Lesiones blanco amarillentas no epiteliales.	45
4.2.1.1	Candidiasis.	45
4.2.1.2	Fibrosis submucosa.	46
4.2.1.3	Gránulos de fordyce.	46
4.2.1.4	Quemaduras mucosas.	47
4.2.1.5	Quistes gingivales.	47
4.2.1.6	Tejido linfoide ectópico.	48
4.2.2	Lesiones reactivas.	48
4.2.2.1	Estomatitis nicotínica.	48

4.2.2.2 Hiperqueratosis focal (friccional)	49
4.2.2.3 Lesiones blancas relacionadas con tabaco masticable.	49
4.2.2.4 Queilitis solar.	50
4.2.3 Otras lesiones blancas.	50
4.2.3.1 Lengua geográfica.	50
4.2.3.2 Lengua vellosa.	51
4.2.3.3 Leucoplasia ideopatica.	51
4.2.3.4 Leucoplasia vellosa.	52
4.2.3.5 Liquen plano.	52
4.2.4 Trastornos hereditarios.	53
4.2.4.1 Disqueratosis intraepitelial benigna hereditaria.	53
4.2.4.2 Leucoedema.	54
4.2.4.3 Nevó blanco esponjoso.	54
4.2.4.4 Queratosis folicular.	55
4.3 LESIONES LINFOIDES.	55
4.3.1 Linfoma de Hodgkin.	55
4.3.2 Linfoma no Hodgkin.	56
4.3.3 Mieloma y plasmacitoma.	56

4.4 LESIONES DE TEJIDO CONECTIVO.	57
4.4.1 Lesiones nerviosas.	57
4.4.1.1 Neuroma traumático.	57
4.4.1.2 Schwannoma.	57
4.4.1.3 Tumor de células granulares.	58
4.4.2 Lesiones de músculo y grasa.	58
4.4.2.1 Leiomioma y leiomiosarcoma.	58
4.4.2.2 Lipoma y liposarcoma.	59
4.4.3 Lesiones de tejido conectivo fibroso.	59
4.4.3.1 Fibromatosis.	59
4.4.3.2 Fibrosarcoma.	60
4.4.3.3 Fibroma periférico.	60
4.4.3.4 Fibroma traumático.	61
4.4.3.5 Hiperplasia fibrosa provocada por prótesis.	61
4.4.3.6 Hiperplasia gingival generalizada.	61
4.4.3.7 Mixoma.	62
4.4.4 Lesiones vasculares.	62
4.4.4.1 Linfangina.	62
4.5 LESIONES ROJAS Y AZULES.	63
4.5.1 Lesiones extravasculares.	63

4.5.1.1 Petequia y equimosis.	63
4.5.2 Lesiones intravasculares difusas.	63
4.5.2.1 Anemia perniciosa.	64
4.5.2.2 Anemia por deficiencia de hierro.	64
4.5.2.3 Deficiencias de vitamina B.	64
4.5.2.4 Escarlatina.	65
4.5.2.5 Gingivitis por células plasmáticas.	65
4.5.2.6 Síndrome de ardor bucal.	66
4.5.3 Lesiones intravasculares focales.	66
4.5.3.1 Eritoplasia.	66
4.5.3.2 Glositis romboidal media.	67
4.5.3.3 Granuloma periférico de células gigantes.	67
4.5.3.4 Granuloma piógeno.	68
4.5.3.5 Hemangioma.	69
4.5.3.6 Psoriasis.	69
4.5.3.7 Sarcoma de Kaposi.	70
4.6 LESIONES VERRUGOPAPILARES.	71
4.6.1 Lesiones de etiología desconocida.	71
4.6.1.1 Xantoma verrugiforme.	71
4.6.2 Lesiones reactivas.	71

4.6.2.1 Condiloma acuminado.	71
4.6.2.2 Condiloma latum.	72
4.6.2.3 Hiperplasia epitelial focal.	72
4.6.2.4 Hiperplasia papilar.	73
4.6.2.5 Papiloma escamoso o verruga vulgar bucal.	73
4.6.3 Neoplasias.	74
4.6.3.1 Carcinoma verrugoso.	74
4.6.3.2 Queratoacantoma.	74

4.7 PIGMENTACIÓN DE LOS TEJIDOS BUCALES Y PERIBUCALES..75

4.7.1 Lesiones benignas de origen melanocítico.	75
4.7.1.1 Efelides.	75
4.7.1.2 Lentigo.	76
4.7.1.3 Mácula melanótica bucal.	77
4.7.1.4 Manchas café con leche.	77
4.7.1.5 Melanosis relacionada con el hábito de fumar.	77
4.7.1.6 Pigmentación fisiológica.	77
4.7.1.7 Vitíligo.	78
4.7.2 Neoplasias.	79
4.7.2.1 Melanomas.	79
4.7.2.2 Nevos.	80

4.7.2.3 Tumor neuroectodermico de la lactancia.	80
4.7.3 Pigmentación producida por depósitos exógenos.	80
4.7.3.1 Pigmentación por metales pesados.	81
4.3.7.2 Pigmentación por tetraciclina.	81
4.7.3.3 Tatuaje por amalgama o argirosis focal.	82
4.8 TRASTORNOS ULCERATIVOS.	82
4.8.1 Enfermedades bacterianas.	82
4.8.1.1 Actinomicosis.	82
4.8.1.2 Gonorrea.	83
4.8.1.3 Lepra.	83
4.8.1.4 Noma.	83
4.8.1.5 Sífilis.	84
4.8.1.6 Tuberculosis.	85
4.8.2 Enfermedades relacionadas con alteraciones inmunitarias.	85
4.8.2.1 Alergia por contacto.	85
4.8.2.2 Enfermedad granulomatosa crónica.	86
4.8.2.3 Eritema multiforme.	86
4.8.2.4 Granuloma de la línea media.	86
4.8.2.5 Lupus eritematoso.	87
4.8.2.6 Reacciones medicamentosas.	88

4.8.2.7 Síndrome de Behcet.	88
4.8.2.8 Ulceras aftosas.	88
4.8.3 Enfermedades micóticas.	89
4.8.3.1 Infecciones micóticas oportunistas - ficomycosis.	89
4.8.3.2 Enfermedades micóticas profundas.	89
4.8.3.3 Enfermedades micóticas subcutáneas esporotricosis.	90
4.8.4 Neoplasias.	90
4.8.4.1 Carcinoma de células basales.	90
4.8.4.2 Carcinoma de células escamosas.	91
5. LESIONES CON APARIENCIA RADIOGRAFICA.....	92
5.1 RADIOLUCIDAS.	92
5.1.1 Bien definidas.	92
5.1.1.1 Uniloculares.	92
5.1.1.1.1 Uniloculares de origen fisural.	92
5.1.1.1.1.1 Quiste globulomaxilar.	92
5.1.1.1.1.2 Quiste mandibular medio.	93
5.1.1.1.1.3 Quiste nasopalatino.	94
5.1.1.1.2 Uniloculares de origen odontogenico.	95
5.1.1.1.2.1 Ameloblastoma.	95
5.1.1.1.2.2 Displasia cementaria periapical primer estadio.	96

5.1.1.1.2.3 Fibroma ameloblastico.	97
5.1.1.1.2.4 Fibroma central odontogenico.	97
5.1.1.1.2.5 Mixoma.	98
5.1.1.1.2.6 Queratoquiste.	99
5.1.1.1.2.7 Quiste dentigero.	99
5.1.1.1.2.8 Quiste lateral periodontal.	100
5.1.1.1.2.9 Quiste primordial.	101
5.1.1.1.2.10 Quiste sialodontogenico.	101
5.1.1.1.3 Otras.	102
5.1.1.1.3.1 Quiste óseo traumático.	102
5.1.1.1.3.2 Quiste estático de hueso.	103
5.1.1.1.3.3 Lesión apical crónica.	103
5.1.1.1.3.4 Granuloma central de células gigantes.	104
5.1.1.1.3.5 Displasia fibrosa.	105
5.1.1.2 Multiloculares.	105
5.1.1.2.1 Propiamente dichas.	105
5.1.1.2.1.1 Ameloblastoma.	106
5.1.1.2.1.2 Granuloma central de células gigantes.	107
5.1.1.2.1.3 Queratoquiste.	107
5.1.1.2.1.4 Querubismo.	108
5.1.1.2.1.5 Tumor odontogenico escamoso.	109

5.1.1.2.2 En pompas de jabón.	109
5.1.1.2.2.1 Hemangioma.	109
5.1.1.2.2.2 Mixoma.	110
5.1.1.2.2.3 Quiste óseo aneurismático.	110
5.1.2 Difusas y/o múltiples.	111
5.1.2.1 Defecto osteoporótico de la médula ósea.	111
5.1.2.2 Fracturas.	112
5.1.2.3 Hiperparatiroidismo.	112
5.1.2.4 Histiocitosis x.	112
5.1.2.5 Mieloma múltiple.	113
5.1.2.6 Osteólisis masiva.	114
5.1.2.7 Osteomielitis crónica supurativa (a veces).	114
5.1.2.8 Osteoporosis.	115
5.1.2.9 Tumor neuroectodérmico melanótico de la infancia.	115
5.1.2.10 Tumores malignos que involucran hueso.	116
5.2 LESIONES RADIOPACAS.	117
5.2.1 Bien definidas.	117
5.2.1.1 Displasia cementaria periapical tercer estadio.	117
5.2.1.2 Hipercementosis.	118

5.2.1.3 Osteítis condensante.	118
5.2.1.4 Osteoma.	119
5.2.1.5 Sialolitos.	119
5.2.1.6 Torus y exostosis.	120
5.2.2 Cuerpos extraños.	120
5.2.3 Difusas y/o múltiples.	121
5.2.3.1 Displasia fibrosa.	121
5.2.3.2 Displasia ósea florida o cementoma gigantiforme.	122
5.2.3.3 Enfermedad de Paget.	122
5.2.3.4 Hipercementosis.	123
5.2.3.5 Osteomielitis crónica difusa esclerosante.	123
5.2.3.6 Osteopetrosis.	124
5.2.3.7 Osteosarcoma.	125
5.2.3.8 Síndrome de Gardner.	125
5.3 MIXTAS.	126
5.3.1 Lesiones Radiopacas Con halo radiolucido.	126
5.3.1.1 Cementoblastoma.	126
5.3.1.2 Diente incluido.	127
5.3.1.3 Fibrodontoma ameloblastico.	127
5.3.1.4 Odontoma complejo y compuesto.	128

5.3.1.5 Osteoma- osteoide.	128
5.3.1.6 Tumor odontogenico adenomatoide.	129
5.3.2 Mixtas.	129
5.3.2.1 Condrosarcoma.	129
5.3.2.5 Fibroma odontogenico central.	130
5.3.2.6 Osteomelitis de Garre.	131
5.3.2.7 Osteomelitis supurativa crónica.	131
5.3.2.8 Osteosarcoma.	132
5.3.2.9 Quiste odontogenico calcificante.	132
5.3.2.10 Tumor odontogenico epitelial calcificante.	133
3. JUSTIFICACION.	134
4. OBJETIVOS.....	135
4.1 GENERAL.	135
4.2 ESPECIFICOS.	135
4.3 PROPOSITOS.	136
CONCLUSIONES.....	138

INTRODUCCIÓN.

En el estudio de las patologías orales se cumple el dicho popular " una imagen vale mas que mil palabras ". La descripción de una patología sin ayuda visual no solo, no tiene sentido, sino que además es imposible captarla íntegramente para diagnóstico diferenciales.

En una asignatura caracterizada en tan alto grado por descripciones clínicas, radiograficas e histologicas como son las patologías orales; las ilustraciones representan un papel fundamental para la comprensión, como también las ilustraciones seleccionadas de cada una de ellas, destacadas con este criterio.

Los adelantos tecnológicos han contribuido de manera fundamental en esta guía, además de ser necesario hoy en día, estos elementos contribuyen a incrementar la comprensión y crear mayor interés por parte del usuario.

La similitud entre las diferentes alteraciones observadas en las patologías ha hecho necesario una cuidadosa elección del material útil que será presentado en multimedia por medio de hojas de hipertexto, se ha propuesto, que el material pueda comprenderse íntegramente aprovechando las facilidades que nos ofrece la informática. Todos los conceptos y las relaciones serán explicados e introducidos

con términos lo más sencillo posible y con la ayuda visual de imágenes clínicas, histológicas en algunos casos e imágenes radiográficas.

2. ANTECEDENTES.

En este trabajo se integran dos campos: la odontología y la informática.

El primero de ellos proporciona la información conceptual y teoría necesaria de las diferentes etimologías, diagnósticos diferenciales y tratamiento de las diversas patologías contenidas en el trabajo; información esta que será recopilada y puesta a disposición mediante la informática en forma de presentación multimedia, permitiendo así que el acceso y la comprensión de dicha información desde todo punto de vista sea más fácil y directa para el usuario final.

El auge de la tecnología hace prioritario que este tipo de servicios esté a disposición del personal de la salud mas aun cuando este tipo de información permite tener acceso a una mayor cantidad de bibliografía actual relacionada con el tema específico ocupando un menor espacio físico, además de potenciar alcances pedagógicos e investigativos en el personal del campo de la salud. Actualmente se consigue en el ámbito comercial una serie de "paquetes informáticos" los que se están utilizando en estudios de secundaria como por ejemplo en áreas de sociales, idiomas, matemáticas, ciencias, etc. lo cual le permite al alumno afirmar los conocimientos adquiridos en clase.

En el área de la salud se encuentran a nivel medico paquetes de patología general, anatomía, etc. que facilitan la información más rápida y directa, además con ayudas visuales lo cual le permite al usuario afirmar y comprender el tema que requiera.

A nivel odontológico en el medio Colombiano no existe hasta el momento, un paquete informático especializado, que enfoque específicamente las patologías orales que cubre el trabajo aquí propuesto.

Teniendo en cuenta lo anterior el área de influencia del presente trabajo llenaría un vacío sentido en el campo de la odontología en Colombia que no se limitaría solamente a la pedagogía, sino que podría convertirse incluso en una herramienta útil en el desempeño profesional de los estudiantes de odontología y de los profesionales del país, incluso en otros países que lo requieran.

2.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.

Que facilidades le proporciona a los estudiantes y profesionales de odontología,

una presentación multimedia de las patologías orales más frecuentes, en paginas de hipertexto en la parte clínica y pedagógica.

MARCO TEORICO.

1. DIAGNÓSTICOS PERIODONTALES.

1.1 GINGIVITIS.

Proceso inflamatorio de la encía en que el epitelio de unión se une al diente en su nivel original presentando edema, sangrado, aumento en el fluido gingival, y enrojecimiento.

Tratamiento: Buena higiene oral.

1.1.1 Gingivitis Asociada A Drogas.

Se encuentran marcados agrandamientos gingivales con formación de pseudobolsas.

Características clínicas: Presencia de pseudobolsas provocando cambios en el margen, contorno, consistencia.

Radiográficamente: No presenta cambios.

Tratamiento: Buena higiene oral y tratar de eliminar el agente causante si es posible.

1.1.2 Gingivitis Asociada A Factores Sistémicos.

Ya que en todo el organismo se suceden descargas y cambios hormonales irregulares, en el fluido gingival se produce un aumento de estrógenos el cual provoca edema, a nivel del tejido gingival.

Características clínicas: Exagerada respuesta inflamatoria, enrojecimiento, edema, sangrado.

Microflora: porphyromona intermedia, porphyromona gingivalis.

Las anteriores manifestaciones se observan en los siguientes tipos de gingivitis: hormonal, del embarazo, de la pubertad, por anticonceptivos, y por esteroides.

1.1.3 Gingivitis Asociada A Placa Bacteriana.

Es una inflamación de la encía con ausencia de pérdida de la adherencia clínica.

Características clínicas: Tejido gingival edematoso y rojo, sangrado provocado, cambios en el contorno y consistencia, presencia de cálculos y placa bacteriana.

Radiográficamente: No hay evidencia de pérdida ósea crestal.

Tratamiento: Restablecer la salud gingival eliminando factores etimológicos como placa, cálculos, factores retentivos de placa y antimicrobianos.

2. PERIODONTITIS.

A diferencia de la gingivitis en esta el epitelio de unión se une al diente más debajo de su nivel original.

1.2.1 Periodontitis Del Adulto.

Es la inflamación de la encía y el aparato de inserción subyacente. La enfermedad se caracteriza por pérdida de la adherencia clínica debido a la destrucción del ligamento periodontal.

Clínicamente: Edema, enrojecimiento, sangrado al sondeo, y/o supuración.

Radiográficamente: Pérdida del soporte óseo adyacente.

Tratamiento: Terapia inicial. Cirugía periodontal de inserción, regenerativa y resectiva según el caso. Terapia de soporte periodontal.

1.2.1.1 Leve.

El soporte óseo se ha perdido en (1/3), la profundidad al sondeo es de 3 a 5 mm. , Se ha esfumado la altura de la cresta ósea, Hay lesión de furca grado I, La pérdida ósea es de un 40 a 50 %, puede haber movilidad grado 1. Esta periodontitis puede ser:

Localizada: Afectando de 1 a 3 sitios en boca.

Generalizada: Afecta más de 4 sitios en boca.

1.2.1.2 Moderada.

El soporte óseo se ha perdido en (2/3), La profundidad al sondeo es de 5 a 7 mm. ,

Presenta lesión de furca grado I y II, pérdida ósea en un 60%, movilidad 1 y 2.

Esta periodontitis puede ser:

Localizada o generalizada.

1.2.1.3 Severa.

El soporte óseo se pierde en más de (2/3), la profundidad al sondeo es mayor a 7

mm, las lesiones de furca son grado II y III, la pérdida ósea está en un 70%,

movilidad 2 y 3.

Esta periodontitis puede ser:

Localizada o generalizada.

3. PERIODONTITIS DE APARICIÓN TEMPRANA.

Incluye distintos tipos de periodontitis. Que afectan a personas jóvenes en la mayoría de los casos. Se puede diferenciar de la periodontitis del adulto por la edad en la cual se presenta la enfermedad, la rapidez en la evolución de la enfermedad, manifestaciones de defectos en el huésped y composición de la microflora subgingival.

1.3.1 Periodontitis Prepueral.

Está asociada con la pérdida de la adherencia al rededor de los dientes en la dentición decidua o permanente. Esto puede ocurrir entre el tiempo de la erupción dental y el comienzo de la pubertad.

Características: Inflamación, rápida reabsorción ósea, movilidad y pérdida dental.

1.3.1.1 Generalizada.

Afecta dientes temporales y permanentes; es agresiva, progresa rápidamente. Pérdida de dentición temporal y parte de la permanente, inflamación intensa, dehiscencias, recesiones y rápida pérdida ósea, esta frecuentemente asociada con

desórdenes Sistémicos y está generalmente acompañada por alteraciones de la función del neutrófilo.

1.3.1.2. Localizada.

Afecta la dentición temporal 1 o 2 molares, moderada inflamación, bolsas profundas, pérdida ósea localizada.

1.3.2 Periodontitis Juvenil.

Esta se estabiliza cuando se entra en la edad adulta.

Se da en jóvenes de 12 a 22 años.

Clínicamente: Encía bastante roja, textura normal, al sondaje se encuentran bolsas profundas.

Radiográficamente: Defectos óseos angulares severos, alrededor de los primeros molares permanentes e incisivos, siendo este defecto óseo bilateral y simétrico (imagen de espejo).

Microflora asociada: Actinobacilus, actinomyceten comitans y porphyromonas gingivalis. Contribuyen factores de riesgo como fumar.

El paciente presenta disminución en la migración de neutrófilos; implicación genética hereditaria fuerte, afecta más a mujeres y a raza negra.

1.3.2.1 Generalizada.

Ocurre generalmente en los últimos años de la adolescencia y afecta la mayoría de dientes. Esta y la localizada, pueden presentar anomalías en la respuesta inmune del diente y parece seguir un patrón hereditario.

1.3.2.2 Localizada.

Está asociada con pérdida de adherencia ósea en molares e incisivos. Se asocia con anomalías en la función del neutrófilo. Afecta a primeros molares y anteriores

1.4 PERIODONTITIS RÁPIDA PROGRESIVA.

Ocurre en pacientes entre los 20 y 35 años de edad se relaciona con presencia de placa bacteriana y cálculos.

Inflamación clínica gingival severa, rápida pérdida ósea, y rápida pérdida de adherencia del tejido conectivo, estas pérdidas se dan mes tras mes; los pacientes presentan depleción en la migración de los neutrófilos en un 66%.

1.4.1 Tipo A.

Pacientes entre los 25 y 30 años, inflamación severa de la encía, rápida pérdida de inserción, lesiones generalizadas.

Periodos de inflamación agudos, dolorosos, proliferación de tejido marginal, índice de placa, mínimo sangrado, movilidad dental y pérdida de dientes.

1.4.2 Tipo B.

Pacientes de 26 a 35 años, las lesiones son generalizadas con grandes depósitos de placa bacteriana y cálculos.

1.5 PERIODONTITIS REFRACTARIA.

Se refiere a enfermedad periodontal destructiva con pérdida de adherencia en 1 o más sitios después de una terapia periodontal bien ejecutada y de los esfuerzos del paciente por detener el progreso de la enfermedad. Esta enfermedad puede ocurrir en situaciones donde la terapia convencional ha fracasado para eliminar reservorios microbianos de infección, o se ha presentado superinfección de patógenos oportunistas. Esto también puede ocurrir como resultado de una

complejidad de factores no conocidos, los cuales pueden comprometer la respuesta convencional del huésped a la terapia periodontal.

Es generalmente diagnosticada después de la terminación de una terapia activa convencional

1.6 PERIODONTITIS ASOCIADA A ENFERMEDADES SISTÉMICAS.

En esta se encuentran patologías como diabetes, síndrome de Down, Papillon Lefevre, SIDA, leucemia, cáncer.

Hay destrucciones óseas quedando áreas radiolúcidas difusas creando perdida y desvitalización de dientes como sucede en el cáncer.

En el caso de los síndromes además de presentar problemas periodontales estos pacientes no tienen buena higiene oral por lo cual se empeoran las manifestaciones clínicas.

Pacientes con SIDA y leucemia presentan problemas periodontales por estar inmunosuprimidos.

En la diabetes, debido a los problemas Sistémicos que esta implica, se manifiestan periodontitis agresivas y rápida pérdida de dientes.

1.7 GINGIVITIS NECROTIZANTE.

Se presenta en pacientes adultos, primer signo dolor y halitosis marcados.

Las papilas interdental es están achatadas con una pseudomembrana blanquecina grisácea sobre la cual se forma eritema lineal, hay sangrado espontáneo; la papila interdental se pierde.

Clínicamente: Entidad aguda, recurrente, necrosis papilar, sangrado espontaneo, dolor, halitosis.

Factores predisponentes: Mala higiene oral, tensión emocional o fatiga, defensas disminuidas a infecciones, fumadores, pobre nutrición.

Microorganismos asociados: Espiroquetas, porphyromona intermedia, especies fusiformes.

2. DIAGNOSTICOS ENDODONTICOS.



2.1 LESIONES DE ORIGEN PERIAPICAL.

2.1.1 Periodontitis Apical Aguda No Supurativa.

Etiología: Irritantes que se difunden hacia el periapice desde una pulpa inflamada o necrótica Iatrogenica por sobre instrumentación.

Signos y síntomas clínicos: Sensibilidad a la percusión, presión y palpación. Puede presentar movilidad del diente.

Diagnostico: Historia, examen clínico y Rx. Palpación.

Tratamiento: Pulpa necrótica. Ambientar al conducto con $\text{Ca}(\text{OH}_2)$. Debridacion, alivio de la oclusión. Analgésicos no esteroides. Instrumentación.

2.1.2 PERIODONTITIS APICAL AGUDA SUPURATIVA (ABSCESO PERIAPICAL AGUDO).

Etiología: Necrosis pulpar, resultado de extensa inflamación aguda.

Signos Y Síntomas Clínicos: Movilidad dentaria. Sensación de agrandamiento del diente. Dolor a la presión, palpación, percusión. Puede o no haber signos radiograficos (ligero ensanchamiento del ligamento periodontal). Estado febril del paciente. Leve inflamación, dolor intenso, congestión de los tejidos periradiculares.

Diagnostico: Historia, examen clínico y Rx. Palpación.

Tratamiento: Drenaje. Ambientación del conducto. debridamiento terapia de Ca(OH₂). Alivio de la oclusión. Analgésico, antibiótico cuando es necesario. Tratamiento convencional de conductos.

2.1.3 Periodontitis Apical Crónica No Supurativa.

Etiología: Necrosis pulpar, secuela de una Periodontitis apical aguda.

Signos Y Síntomas Clínicos: Asintomatica. Respuesta al test eléctrico o térmico negativa. Percusión negativa. Rx radiolucidez periapical.

Diagnostico: Historia, examen clínico y Rx. Puede haber reabsorción radicular.

Tratamiento: Remoción del irritante. Tratamiento convencional de conductos en caso necesario, cirugía periradicular.

2.1.4 Periodontitis Apical Crónica Supurativa. (Absceso Apical Crónico).

Etiología: Necrosis pulpar asociada con la Periodontitis apical crónica.

Signos Y Síntomas Clínicos: Tracto fistuloso intra o extra oral rodeado de epitelio y tejido conectivo inflamado con salida de exudado. Asintomatico. Si se obstruye la fistula se produce sintomatología.

Diagnostico: Historia, examen clínico y Rx. Interpretación radiografica. Prueba de vitalidad negativa. Reabsorción radicular. Realizar una fistulografía (cono de gutapercha o de alambre).

Tratamiento: Drenaje. Ambientación de conducto. Debridacion terapia de Ca(OH₂). Tratamiento convencional de conductos. En caso necesario cirugía periradicular.

2.1.5 Osteítis Condensante.

Etiología: Esta patología se asocia a factores infecciosos y de trauma.

Signos Y Síntomas Clínicos: Es un hallazgo radiografico, se localiza entre las raíces de los dientes es asintomatica.

Tratamiento: No necesita.

2.2 LESIONES DE ORIGEN PULPAR.

2.2.1 Pulpitis Reversible (Estado De Hiperemia).

Etiología: Procedimiento operatorio corto. Caries. Estimulo de breve duración.

Signos Y Síntomas: Responde a estímulos externos, de corta duración. Cesa al retirar él estimulo(calor, frío, dulce y ácido)

Diagnostico: Historia, Examen clínico, Rx. Test térmico responde mas al frío que al calor.

Pronóstico: Bueno.

Tratamiento: Eliminar la causa Protector pulpar de Ca(OH)₂.

2.2.2 Pulpitis Irreversible.

2.2.2.1 Aguda

Etiología: Caries, traumatismo, por impacto, atrición, abrasión, anomalías morfológicas.

Iatrogenicas: Preparación de cavidades (calor, secado), materiales irritantes, restauraciones mal adaptadas, movimientos ortodonticos.

Signos y Síntomas Clínicos: Dolor intenso provocado o espontaneo, irradiado. Sé incrementa con el calor y se alivia con el frío. Varía con los cambios posicionales.

Persiste

después de retirar él estímulo.

Diagnostico: Historia, examen clínico, Rx, test eléctrico: Dolor al calor en estados iniciales. El frío alivia en los estados avanzados.

Tratamiento: Diente con ápice abierto Pulpotomía para inducir la apexogenesis

Una vez formado el ápice se evalúa para realizar el tratamiento de conductos.

Dientes con ápice formado tratamiento convencional de conductos.

2.2.2.2 Crónica.

Etiología: Caries de larga evolución. Procedimientos operatorios o de restauración.

Signos Y Síntomas Clínicos: Puede no presentar dolor, si lo hay es provocado y leve

Diagnostico: Historia, examen clínico, Rx.

Tratamiento: Diente con Ápice abierto: Pulpotomía para inducir la formación apical. Diente con ápice formado tratamiento convencional de conductos.

2.2.2.2.1. Hiperplasia Pulpar O Pólipo Pulpar.

Etiología: Caries de larga data en dentición joven.

Signos y Síntomas Clínicos: Asintomática, crecimiento rojizo en forma de coliflor de tejido conectivo dentro de las coronas con lesiones cariosas.

Diagnostico: Historia, examen clínico, Rx.

Tratamiento: Retiro del pólipo pulpotomía en dientes con ápice inmaduro. Apice maduro pulpectomía y tratamiento convencional de conductos.

2.2.2.2.2 Reabsorción Interna.

Etiología: ideopática. Historia de trauma. Procedimientos restauradores.

Signos y Síntomas Clínicos: Asintomática. Mancha rosada de la corona.

Diagnóstico: Historia, examen clínico, Rx.

Tratamiento: Tratamiento convencional de conductos.

2.2.2.2.3 Calcificaciones Pulpares.

Etiología: Antecedentes de trauma, caries dental, enfermedad periodontal, atrición, abrasión.

Signos y Síntomas Clínicos: Asintomática. Cambio de color del diente. Respuesta disminuida a las pruebas térmicas.

Diagnóstico: Historia, examen clínico y Rx. Calcificación parcial o total de la pulpa. Transluminación.

Tratamiento: Tratamiento convencional de conductos para evitar la calcificación completa del conducto.

2.2.3. Necrosis (Licuefacción Seca O Infarto Isquémico).

Etiología: Caries con exposición pulpar, antecedentes con trauma.

Signos y Síntomas Clínicos: Asintomática. Cambio del color del diente. Sensible a la percusión. Puede haber presencia de exudado.

Diagnostico: Historia, examen clínico y Rx. Transluminacion. Test pulpar eléctrico y térmico. Respuesta negativa.

Tratamiento: Ápice Abierto: Debridacion y terapia de Ca(OH₂), luego Tratamiento convencional de conductos. Ápice Maduro: ambientación del conducto y Tratamiento convencional de conductos.

2.2.3.1 Granuloma Apical.

Es una inflamación crónica del ápice de un diente sin vitalidad; se compone de tejido de granulación y cicatrices infiltradas por cantidades variables de células inflamatorias crónicas (linfocitos, células plasmáticas y macrófagos).

Tratamiento: Terapia antibiótica, establecer una vía de drenaje y realizar tratamiento convencional de conductos.

2.2.3.2 Quiste Apical.

El examen histológico revela una cavidad central, revestida de epitelio escamoso estratificado. Este revestimiento suele ser incompleto y estar ulcerado. El tejido conectivo que rodea el epitelio contiene los elementos celulares y extracelulares del granuloma apical.

Tratamiento: Terapia antibiótica, establecer una vía de drenaje y realizar tratamiento convencional de conductos.

2.1.4 Osteomelitis.

2.1.4.1 Crónica.

Etiología: Puede ser una secuela de la osteomelitis aguda, o una reacción inflamatoria de baja intensidad y larga duración que nunca manifestó una fase aguda importante.

Signos y Síntomas Clínicos: Afecta con mayor frecuencia la mandíbula por lo regular produce dolor, edema, fistulas y pérdida de dientes. Es una lesión radiolúcida en patrón apolillado.

Tratamiento: El tratamiento básico se centra alrededor de la selección del antibiótico apropiado. Cuando hay secuestro la cirugía parece acelerar el proceso de curación. También se usa oxígeno hiperbárico.

2.1.4.2 Supurativa.

Signos y Síntomas Clínicos: En los maxilares ocurre en un 90% de los casos, el resto son traumatismos. Es la infección e inflamación del hueso incluyendo la médula ósea. Produce parestesia, dolor intenso, inflamación facial, necrosis parcial del hueso, después de un tiempo comienza a formar fistulas, fiebre, malestar general.

Tratamiento: Lavar, sacar el hueso necrótico, terapia antibiótica.

2.1.4.3 Osteomielitis De Garre.

Etiología: Proceso inflamatorio de origen pulpar que se ha diseminado. Se presenta especialmente en niños en el maxilar inferior por una lesión apical en 1 2 molar.

Signos y Síntomas Clínicos: Cambios dentales expansión de la cortical vestibular por lo general hacia el borde mandibular radiográficamente se observa radiopaca en capas de cebolla por haber una proliferación en el periostio.

Tratamiento: Tratar el diente afectado.

2.1.5 Celulitis.

Inflamación aguda que en vez de formar absceso, se disemina en forma difusa a través de los tejidos, es causada por microorganismos virulentos que produce enzimas que facilitan la rápida diseminación a lo tejidos. La celulitis del espacio submandibular se denomina *Angina de Ludwig*.

Cuando la infección alcanza vasos sanguíneos grandes produce bacteremia. La diseminación retrograda de la infección hacia el seno cavernoso, a través de las venas faciales, causa *Trombosis del Seno Cavernoso*.

Tratamiento : A nivel hospitalario (antibióticos vía parenteral).

3. ALTERACIONES ESTRUCTURALES Y DENTALES.

3.1 DENTALES.

3.1.1 Por Desgaste.

3.1.1.1 Abrasión.

Desgaste patológico de los dientes a consecuencia de hábitos o empleo anormal de sustancias abrasivas en la boca. Las causas más frecuentes son fumar pipa, masticar tabaco, cepillado dental agresivo.

3.1.1.2 Atrición.

Desgaste fisiológico de los dientes como resultado de la masticación. Es un proceso en relación con la edad y varía de un individuo a otro. Los factores como calidad en la dieta, dentición, músculos masticadores y hábitos influyen en el patrón de desgaste.

3.1.1.3 Erosión.

Es la pérdida de la estructura dental a partir de un proceso químico no bacteriano. Con frecuencia los ácidos participan en los procesos de disolución ya sean de fuente interna o externa y en muchos casos no es posible determinar la causa.

3.1.2 De Numero.

3.1.2.1 Anodoncia.

La ausencia dental se conoce como anodoncia; completa cuando faltan todos los dientes y parcial cuando falta 1 o varios dientes siendo esta la mas frecuente. Los que más faltan son los terceros molares, laterales y 2 premolar superior. Se desconoce su etiología aunque con frecuencia se relaciona a factores hereditarios y los dientes en boca suelen ser cónicos.

3.1.2.2 Dientes Supernumerarios.

Los diente supernumerarios con toda probabilidad resultan de la proliferación continua de la lamina dental primaria o permanente para formar un tercer germen dental. Los dientes que resultan pueden tener forma rudimental o normal. Los

diente supernumerarios se observan con mayor frecuencia en la zona del maxilar superior en dentición permanente.

3.1.3 De Tamaño.

3.1.3.1 Microdoncia.

Este es un termino que se emplea para indicar que los dientes son más pequeños de lo normal. Este fenómeno suele observarse en los incisivos laterales superiores en los que la corona del diente tiene forma de cono.

Etiología: Esta alteración se relaciona con un patrón hereditario autosómico dominante, lo cual no tiene importancia de no ser por el aspecto estético. El microdiente que ocupa el segundo lugar en frecuencia es el tercer molar superior y después los supernumerarios.

3.1.3.2 Macrodoncia.

Este es un termino que se emplea para indicar que los dientes son más grandes de lo normal. Esta puede ser absoluta como se observa en el gigantismo hipofisario o relativo a causa del tamaño de los maxilares. Esta alteración es poco frecuente y se presenta con mayor frecuencia en terceros molares inferiores.

3.1.4 De Forma.

3.1.4.1 Concrecencia.

Es una forma de fusión en la cual los dientes adyacentes ya formados se unen por cemento. Esto puede ocurrir antes o después de la erupción dental y se piensa que guarda relación con apiñamiento y traumatismo. La concrecencia se observa con mayor frecuencia en 2 y 3 molar superior.

3.1.4.2 Dens In Dente.

Anomalia dental poco frecuente que representa exageración o acentuación de la fosa lingual. Este defecto varia en gravedad desde superficial, que solo afecta la corona, hasta profundo con la participación de corona y raíz. Se presenta con mayor frecuencia en dientes anteriores especialmente en laterales superiores. Se desconoce la etiología de esta anomalia, se piensa que participan factores genéticos en una proporción reducida de los casos. Se recomienda la obturación profiláctica de la fosa lingual para evitar complicaciones.

3.1.4.3 Dilaceración.

Se refiere al encorvamiento o angulación extraordinaria de las raíces dentarias. La causa se relaciona con traumatismos durante el desarrollo radicular, el movimiento de la corona o de esta y parte de la raíz, del resto del diente en desarrollo puede causar angulación brusca después de que el diente completa su formación, también se piensa que el factor hereditario influye.

3.1.4.4 Fusión.

Es la unión de 2 gérmenes dentarios en desarrollo lo que produce una estructura dentaria única y grande. Este proceso puede comprender toda la longitud del diente o limitarse a la raíz en cuyo caso se comparten el cemento y la dentina, los conductos radiculares también se pueden separar o compartir. La causa de esta anomalía se desconoce aunque se cree que tiene origen traumático.

3.1.4.5 Gemación.

Es el intento para formar 2 dientes a partir de un solo germen dental; el resultado es la segmentación parcial en la cual aparecen 2 coronas que comparten el mismo conducto radicular. Aunque se piensa que los traumatismos pueden ser una causa

posible, se ignora la etiología, estos dientes son antiestéticos y pueden causar apiñamiento.

3.1.4.6 Taurodontismo.

Se refiere a los dientes que tienen coronas alargadas o bifurcadas con desplazamiento apical lo que produce cámaras pulpaes amplias. Puede presentarse en relación con síndromes como el de Down o Klinefelter y en civilizaciones como los esquimales y la población del medio oriente.

3.1.5 En El Color.

3.1.5.1 Pigmentaciones Endogenas.

3.1.5.1.1 Eritroblastosis Fetal.

También llamada la incompatibilidad Rh se menciona como pigmentación endogena de los dientes temporales. Debido a la hemolisis de eritrocitos fetales por los anticuerpos maternos los productos de la desintegración de la sangre (bilirrubina) se depositan en los dientes temporales en desarrollo, los cuales tienen

color de verde a café. No requiere tratamiento ya que solo afecta los dientes temporales.

3.1.5.1.2 Manchas Por Tetraciclina.

La tetraciclina tiene afinidad por dientes y huesos y se deposita en estos sitios durante la actividad metabólica. La propiedad fluorescente de las tetraciclinas se puede demostrar con luz ultravioleta en los dientes con erupción clínica.

Con el tiempo, la tetraciclina se oxida lo que ocasiona el cambio de coloración del amarillo al gris o café y pierde la calidad de fluorescencia. En virtud de que la tetraciclina puede atravesar la placenta llega a pigmentar los dientes temporales si se ingiere durante el embarazo. Si se ingiere entre el nacimiento y los 6 a 7 años de edad, los dientes permanentes pueden resultar afectados, sin embargo, solo un número reducido de niños a los que se les administra tetraciclina por diversas infecciones bacterianas refieren evidencia clínica del manchado. Las manchas tienen una relación proporcional directa con la edad a la que se administra el medicamento y la dosis, así como la duración del mismo.

La importancia de la pigmentación por tetraciclina consiste en un aspecto estético. Dado que se cuenta con otros antibióticos de igual eficacia, no se debe prescribir tetraciclina en niños menores de 7 años excepto en circunstancias extraordinarias.

3.1.5.1.3 Porfiria Congénita.

Este rasgo autosómico recesivo guarda relación con fotosensibilidad erupciones cutáneas vesiculobulosas, coloración roja de la orina y esplenomegalia. Los dientes aparecen de color rojo o café por la deposición de porfirina durante su desarrollo, los dientes que afecta tienen fluorescencia roja con luz ultravioleta.

3.1.5.2 Pigmentaciones Exógenas.

Las manchas de las superficies dentales que pueden removerse con abrasivos se conocen como pigmentaciones exógenas. Este puede ser por pigmentos en la dieta (tabaco) o por los productos de las bacterias cromógenas en la placa bacteriana.

3.2 ESTRUCTURALES.

3.2.1 Defectos Del Esmalte.

3.2.1.1 Amelogenesis Imperfecta.

Representa un grupo de trastornos hereditarios de aparición similar en la formación del esmalte de ambas denticiones; los patrones hereditarios van desde autosómico o recesivo hasta ligado al sexo, dominante o recesivo. Hay 2 tipos.

Tratamiento: Además de la restauración estética no es necesario ningún tratamiento.

3.2.1.1.1 Hipocalcificado.

En el que la cantidad de esmalte es normal pero este es blando y débil de manera que se fractura y desgasta con facilidad. El color varía entre dientes y pacientes, va desde blanco amarillento opaco a café y tiende a oscurecerse con la edad.

3.2.1.1.2 Hipoplásico.

En el que los dientes hacen erupción con cantidades insuficientes de esmalte que van desde agujeros y surcos hasta aplasia.

3.2.1.2 Defectos Ambientales.

Durante la formación del esmalte, los ameloblastos son susceptibles a diversos factores externos que pueden reflejarse en los dientes cuando erupcionan. Para que los factores sistémicos tengan efecto en los dientes permanentes en desarrollo deben manifestarse después del nacimiento y antes de los 6 años de edad. Las causas específicas de los defectos del esmalte, de inducción sistémica suelen ser desconocidas aunque se asocian a enfermedades infecciosas de la niñez.

Tratamiento: Según la patología.

3.2.1.3 Fluorosis.

La fluorosis endémica aparece en zonas donde el agua potable contiene cantidades excesivas de flúor natural. Como sucede con los demás agentes causales, la extensión del daño depende de la duración, tiempo intensidad y concentración. La fluorosis grave se manifiesta con esmalte agujerado, irregular y descolorido. Se trata con restauraciones dentales.

3.2.1.4 Sífilis Congénita.

Etiología: *Treponema pallidum*.

Signos Y Síntomas: Afecta huesos, sistema nervioso y dientes, nariz en silla de montar, triada de Hutchinson(ceguera, otitis, sordera) produce hipoplasias, incisivos cónicos o en forma de destornillador, molares en mora.

Tratamiento: Sistémico con antibióticos, dental con resinas y/o coronas.

Diagnostico: Radiográfico historia clínica, examen clínico.

3.2.2 Defectos De La Dentina.

3.2.2.1 Dentinogenesis Imperfecta.

La dentinogenesis imperfecta es un rasgo autosómico dominante con expresividad variable. Afecta la dentina de ambas denticiones, también se conoce como dentina opalescente.

Características Clínicas.

En ambas denticiones se muestra un aspecto opalescente con una translucidez rara y de color que varía del café amarillento al gris. A pesar de que el esmalte es normal tanto en su estructura como en su composición química se fractura con facilidad, lo que origina un desgaste rápido. La fractura del esmalte se debe al parecer al soporte deficiente que proporciona la dentina anormal.

La morfología dental es rara ya que hay una constricción excesiva en la unión esmalte cemento lo que le da forma de campana o tulipán. Las raíces son cortas y romas, los dientes muestran cierta resistencia a la caries por el desgaste rápido y la

ausencia de tubulos dentinales, con el tiempo la cavidad pulpar llega a reemplazarse casi en su totalidad por dentina irregular.

Tratamiento.

Este se dirige a proteger el tejido dental del desgaste y mejorar el aspecto estético.

Por lo general la colocación de coronas completas a una edad temprana es el tratamiento de elección. A pesar de la deficiente calidad de la dentina el soporte para las coronas es el adecuado.

3.2.2.1.1 Tipo I.

En el que la anomalía de la dentina ocurre en pacientes con osteogénesis imperfecta. En esta forma los dientes temporales sufren lesiones más intensas que los permanentes.

3.2.2.1.2 Tipo II.

Los pacientes solo padecen anomalías de la dentina sin enfermedad ósea.

3.2.2.1.3 Tipo III.

Solo se presentan defectos dentarios similares a los del tipo II, pero con algunas variaciones clínicas y radiograficas tales como exposiciones pulpares múltiples, radioluscencias periapicales y un aspecto radiografico variable.

3.2.2.1 Displasia De La Dentina.

Este es un trastorno de rasgo autosomico dominante. Que afecta la dentina y se clasifica:

3.2.2.2.1 Tipo I.

También llamado tipo radicular en el que ambas denticiones tienen coloración normal aunque las lesiones radiculares son bastante regulares. Puede ocurrir pérdida prematura a causa de las raíces cortas o las lesiones apicales inflamatorias, los dientes son más resistentes a la caries que los normales. Radiograficamente los fragmentos de tejido pulpar se manifiestan como radioluscencias horizontales.

3.2.2.2.2 Tipo II.

También llamado tipo coronal en el que el color de la dentición temporal es opalescente y de la permanente es normal, las pulpas corónales suelen ser grandes

y están llenas con glóbulos de dentina anormal, radiográficamente los dientes permanentes presentan cámaras pulpares amplias que por su aspecto se llaman cardos.

Tratamiento.

El tratamiento se orienta a retener los dientes el mayor tiempo posible sin embargo en virtud de las raíces cortas y las lesiones periapicales el pronóstico es malo.

3.2.3 Defectos Del Esmalte Y La Dentina.

3.2.3.1 Odontodisplasia Regional.

Esta anomalía afecta los tejidos duros que derivan de los componentes epiteliales (esmalte) y mesenquimático (dentina y cemento) del órgano que origina los dientes; estos, en una región del maxilar presentan la afección al grado de presentar raíces cortas, ápices abiertos y cámaras pulpares amplias. Las capas del esmalte y la dentina delgadas y con mineralización de baja calidad dan lugar al término de diente fantasma. Afecta más a los dientes permanentes retardando o bloqueando su erupción.

Su etiología se desconoce sin embargo se sugieren traumas, deficiencias nutricionales, infecciones, procesos genéticos y enfermedades sistémicas.

Tratamiento: en virtud de la mala calidad de los dientes se indica su exodoncia.

3.2.4 Defectos Del Cemento.

3.2.4.1 Hiper cementosis.

Son capas de cemento excesivas pero distribuidas de manera uniforme alrededor del tercio apical de una raíz dental, que con frecuencia originan una gran dificultad para la extracción. Es una lesión asintomática que se origina por trauma de oclusión, procesos infecciosos, enfermedad de Paget, su tratamiento es eliminar la causa.

3.2.5 Anomalías De La Pulpa.

3.2.5.1 Calcificaciones Pulpares.

Etiología: Antecedentes de trauma, caries dental, enfermedad periodontal, atrición, abrasión.

Signos Y Síntomas Clínicos: Asintomática. Cambio de color del diente.

Respuesta disminuida a las pruebas térmicas.

Diagnóstico: Historia, examen clínico y Rx: Calcificación parcial o total de la pulpa. Transluminación.

Tratamiento: Tratamiento convencional de conductos para evitar la calcificación completa del conducto.

3.2.5.2 Reabsorción Externa.

Etiología: Lesiones inflamatorias crónicas, quistes, tumores benignos, neoplasias malignas, traumas, reimplantes o transplantes de dientes, maloclusion, fuerzas ortodonicas excesivas y factor ideopatico.

Signos Y Síntomas: Asintomatica.

Tratamiento: No hay un tratamiento eficaz, finalmente termina perdiéndose el diente.

3.2.5.3 Reabsorción Interna.

Etiología: Ideopatica. Historia de trauma. Procedimientos restauradores.

Signos Y Síntomas Clínicos: Asintomatica. Mancha rosada de la corona.

Diagnostico: Historia, examen clínico, Rx.

Tratamiento: Tratamiento convencional de conductos.

4. LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS.

4.1 ENFERMEDADES VESICULOBULOSAS.

4.1.1 Enfermedades Vírales.

4.1.1.1 Infecciones Por Herpes Simple.

Etiología : Viral.

Características Clínicas:

- Gingivoestomatitis herpética primaria: Se presenta en niños, se localiza en cualquier superficie mucosa, después de una semana las lesiones curan sin dejar cicatriz.
- Infecciones secundarias o recurrentes por HSV. Es una reactivación de un virus latente, se presentan signos prodromicos como hormigueo, ardor o dolor, se localizan sobre los labios y la piel que los rodea.
- Herpes dactilar: Infecciones primarias o secundarias que afectan los dedos, se producen de manera característica a los odontólogos, erupción vesicular ulcerativa, dolorosas.

Diagnostico Diferencial: Gingivoestomatitis herpética.

Tratamiento : Aciclovir tópico.

4.1.1.2 Infecciones Por Varicela Zoster.

Etiología : El virus varicela zoster.

Características Clínicas: Se presenta en la infancia y en adultos mayores de 60 años, múltiples úlceras superficiales, procedidas por vesículas inestables.

Diagnostico Diferencial: Infecciones primarias como las que produce el HSV y la enfermedad de manos, pies y boca.

Tratamiento : Medicamentos antivirales.

4.1.1.3 Enfermedad De Manos Pies Y Boca.

Etiología : El virus picornavirus.

Características Clínicas: Comienza como vesículas que al poco tiempo se rompen y convierten en úlceras cubiertas por una membrana fibrinosa amarilla rodeada por un halo eritematoso.

Diagnostico Diferencial: Gingivoestomatitis herpética primaria y varicela.

Tratamiento : Lavado bucal con fármacos inespecíficos para aliviar el dolor

4.1.1.4 Herpangina.

Etiología : Virus Coxsackie tipo A.

Características Clínicas: Se presenta generalmente en niños, erupción vesicular en el paladar blando, los pilares del velo del paladar y las amígdalas.

Diagnostico Diferencial: Gingivoestomatitis herpética, Varicela, faringitis estreptococica y estomatitis aftosa.

Tratamiento : No requiere tratamiento porque es autolimitada.

4.1.1.4 Sarampión.

Etiología : Enfermedad contagiosa producida por el virus de los paramixovirus.

Características Clínicas: Predomina en niños, máculas pequeñas eritematosas con un centro blanco necrotico patognomónicas del sarampión que se denominan manchas de Koplik.

Tratamiento : Terapia de apoyo.

4.1.2 Enfermedades Relacionadas Con Defectos Inguinarios.

4.1.2.1 Dermatitis Herpetiforme.

Etiología : Se desconoce,

Características Clínicas: Se presenta en gente joven o adultos de edad media, tiene una ligera predilección por hombre, vesículas y bulas que después de su

ruptura se forman úlceras superficiales cuya base es fibrinosa y están rodeadas por una zona eritematosa, por lo general son sensibles.

Tratamiento : Con dapzona, sulfoxona o sulapiridina.

4.1.2.2 Penfigo Buloso.

Etiología : Autoinmunitaria.

Características Clínicas: Domina entre los ancianos de 70 y 80 años, no tiene predilección por sexo ni raza, lesiones vesiculolubulosas y erosiones de la encía, se localizan con mayor frecuencia en paladar blando, mucosa bucal y piso de boca.

Tratamiento : Corticosteroides.

4.1.2.3 Penfigo Cicatrizal.

Etiología : Ideopática, se considera un proceso inmunitario.

Características Clínicas: Predomina en adultos y ancianos, afecta más a mujeres que a hombres, las lesiones varían desde una erosión incipiente o descamación gingival hasta áreas grandes de erupción vesiculobulosa que afecta a mucosa alveolar, paladar, piso de boca y lengua.

Diagnostico Diferencial: Líquen plano erosivo y penfigo vulgar.

Tratamiento : Esteroides tópicos.

4.1.2.4 Pénfigo Vulgar.

Etiología : Por la pérdida de adhesión intercelular lo que determina la separación de células intraepiteliales.

Características Clínicas: Al comienzo aparecen bulas (vesículas) llenas de líquido o úlceras superficiales, Cuando se rompen queda una superficie ulcerada, dolorosa, de color rojo.

Diagnostico Diferencial: Penfigoide buloso y cicatrizal, eritema multiforme y dermatitis herpetiforme.

Tratamiento : Corticosteroides parenterales.

4.2 LESIONES BLANCAS.



4.2.1 Lesiones Blanco Amarillentas No Epiteliales.

4.2.1.1 Candidiasis.

Etiología : Producida por la cándida Albicans y otras especies.

Características Clínicas: Los grupos de edad más afectados son los lactantes y los ancianos, las lesiones bucales son placas ó nódulos blancos, de consistencia suave o gelatinosa, que crecen de manera centrífuga y en profundidad.

Diagnostico Diferencial: quemaduras químicas, infecciones bacterianas superficiales, estomatitis gangrenosa, úlceras traumáticas y placas mucosas sifilíticas.

Tratamiento : Aplicaciones tópicas de nistatina en suspensión.

4.2.1.2 Fibrosis Submucosa.

Etiología : Hipersensibilidad a algunos alimentos como las especias y el chicle.

Características Clínicas: Afecta de modo predominante a sujetos de 20 a 40 años, lesión amarilla blanquecina que se localiza de manera característica en la cavidad bucal, pero en ocasiones se extiende a la faringe y al esófago.

Diagnostico Diferencial: Fibrosis subepitelial.

Tratamiento: Ejercicios de estiramiento e inyecciones de corticosteroides intralesionales.

4.2.1.3 Gránulos De Fordyce.

Etiología : Corresponden a glándulas sebáceas ectópicas o coristomas sebáceos.

Características Clínicas: Son múltiples y suelen presentarse en la mucosa vestibular y en la parte exterior del labio superior, donde se distribuyen de manera simétrica y son asintomáticos.

Diagnostico Diferencial: Colonias de albicans.

Tratamiento : No está indicado tratamiento alguno.

4.2.1.4 Quemaduras Mucosas.

Etiología : Aplicación tópica de sustancias químicas como aspirina ó cáusticos.

Características Clínicas: Membrana de color blanco, con una superficie interna friable, dolorosa y que sangra con facilidad al manipularla.

Tratamiento : Varía según el tipo de quemadura, analgésicos parenterales.

4.2.1.5 Quistes Gingivales.

Etiología : De origen odontógeno, a partir de remanentes de la lamina dental.

Características Clínicas: Ocurre en niños y en adultos, nódulo blanco o pálido de base amplia, puede ser único ó múltiple y se localiza en la cresta alveolar.

Tratamiento : En los quistes gingivales del recién nacido no se requiere tratamiento pues se rompen de manera espontanea durante la erupción dental y los quistes gingivales del adulto se recomienda extirpación quirúrgica que incluya el epitelio.

4.2.1.6 Tejido Linfoide Ectópico.

Etiología : De origen odontogeno, a partir de remanentes de la lamina dental.

Características Clínicas: Se presenta como un nódulo blanco pálido de base amplia, puede ser múltiple y se ubica en la cresta alveolar.

Tratamiento : No requieren tratamiento los quistes gingivales del recién nacido ya que se rompen durante la erupción, y en los quistes del adulto se recomienda la extirpación quirúrgica.

4.2.2 Lesiones Reactivas.

4.2.2.1 Estomatitis Nicotínica.

Etiología : Queratosis relacionada con el tabaco, individuos fumadores.

Características Clínicas: la acción inicial de la mucosa palatina es un eritema, luego se produce queratinización gradual, después se presentan puntos rojos en la porción posterior del paladar duro que están rodeadas por un anillo de color blanco producido por inflamación de los conductos de las glándulas salivares subyacentes.

Tratamiento : Reducción ó eliminación del consumo de tabaco.

4.2.2.2 Hiperqueratosis Focal (Friccional).

Etiología : Leucoplasia de etiología desconocida.

Características Clínicas: Causada por fricción en zonas que reciben golpes como el labio, borde oclusal de la mucosa bucal y los procesos desdentados, mucosa de los carrillos.

Tratamiento : Control de habito causal y si hay duda biopsia.

4.2.2.3 Lesiones Blancas Relacionadas Con Tabaco Masticable:

Etiología : Acción de elementos del tabaco y sustancias que se le agregan para mejorar el sabor y retener el sabor.

Características Clínicas: Lesiones blancas que se presenta en la zona donde se coloca el tabaco, como el pliegue mucovestibular de la mandíbula entre la región incisiva o la molar, epitelio dañado de apariencia granular o rugosa, son asintomáticas y se descubren por accidente, predomina en raza blanca y sexo masculino.

Diagnostico Diferencial: Membranosa del leucoedema y nevé esponjoso blanco.

Tratamiento : Suspensión del habito.

4.2.2.4 Queilitis Solar.

Etiología : Degeneración acelerada del tejido labial, secundario a exposición secundaria a exposición habitual y prolongada al sol.

Características Clínicas: Apariencia atrofica, pálida, brillante, con fisuras y arrugas en las comisuras y en la unión mucocutanea.

Tratamiento : Bloqueadores solares, si se encuentran alteraciones atípicas en el epitelio, se realiza Labiectomía acompañada de injerto para reemplazar la zona extirpada.

4.2.3 Otras Lesiones Blancas.

4.2.3.1 Lengua Geográfica.

Etiología : Conocida como glositis migratoria o eritema migrante, su etiología es desconocida.

Características Clínicas: Afecta más a mujeres que a hombres, es asintomática, aparece en el dorso de la lengua.

Diagnostico Diferencial: Candidiasis, leucoplasia, liquen plano y lupus eritematoso.

Tratamiento : No requiere terapéutica específica debido a la naturaleza autolimitada y asintomática de la lesión.

4.2.3.2 Lengua Velloso.

Etiología : Causa desconocida, aunque se conocen antecedentes de administración de antibióticos, corticosteroides parenterales, también se presenta en fumadores crónicos.

Características Clínicas: Hipertrofia de papilas filiformes, se localiza en la superficie dorsal de la lengua, los síntomas son mínimos.

Tratamiento : la eliminación de la causa.

4.2.3.3 Leucoplasia Ideopática.

Etiología : Con consumo de tabaco, traumatismos (prótesis mal ajustadas).

Características Clínicas: Suele presentarse en adultos mayores de 40 años, ocurre en la mucosa mandibular y vestibular, las leucoplasias varían desde una simple lesión vaga y blanquecina sobre una base de tejido de apariencia normal, hasta una blanca engrosada, con aspecto de cuero, fisurada o verrugosa.

Diagnostico Diferencial: El leucoedema, la queratosis galvánica, las alteraciones queratósicas verrugosas, el liquen plano y el Lupus Eritematoso.

Tratamiento : Eliminar los hábitos que causen traumatismo.

4.2.3.4 Leucoplasia Velloso.

Etiología : Los estudios sugieren una infección relacionada con el virus Epstein Barr, un tipo de virus herpes.

Características Clínicas: Puede localizarse de modo unilateral o bilateral en los bordes laterales de la lengua, es predominante en hombres homosexuales, no presenta síntomas.

Diagnostico Diferencial: Leucoplasias ideopaticas y las que se relacionan con el tabaquismo.

Tratamiento : No hay terapéutica específica.

4.2.3.5 Liquen Plano.

Etiología : El blanco principal son las células basales del epitelio, tiene relación al grado de estrés.

Características Clínicas: Afecta por igual a mujeres que a hombres de edad mediana. Las manifestaciones bucales de la enfermedad son muy variables:

- Forma reticular: Líneas queratoquísticas que afectan la mucosa bucal, síntomas clínicos mínimos.

- Forma de placa: las placas varían desde lisas y poco elevadas hasta superficies con irregularidades ligeras, se localizan sobre el dorso de la lengua y la mucosa bucal.

- Forma atrofica: áreas queratinizadas y zonas atroficas que varían de un lugar a otro, se localizan con mayor frecuencia en la encía insertada.
- Forma erosiva: La superficie es granular, eritematosa, brillante y puede sangrar con la manipulación más leve.

Diagnostico Diferencial: Candidiasis atrofica, leucoplasia, carcinoma de células escamosas, erupción medicamentosa y lupus eritematoso discoide.

Tratamiento : No hay terapia específica.

4.2.4 Trastornos Hereditarios.

4.2.4.1 Disqueratosis Intraepitelial Benigna Hereditaria.

Etiología : Enfermedad poco frecuente, con un patrón de herencia autosómico dominante.

Características Clínicas: Lesiones bucales y conjuntivitis bulbar de comienzo temprano, consisten en placas asintomáticas de mucosa esponjosa suave, con pliegues blancos, afecta la mucosa labial y vestibular, comisuras bucales, piso de la boca, superficies laterales de la lengua y paladar, excepto el dorso de la lengua.

Diagnostico Diferencia: Nevó blanco esponjoso, palquioniquia congénita y el liquen plano hipertrófico.

Tratamiento : No se requiere, ya que las lesiones son limitadas.

4.2.4.2 Leucoedema.

Etiología : No se conoce etiología, sin embargo, algunos estudios sugieren una posible relación entre la enfermedad, mala higiene bucal y patrones de masticación anormal.

Características Clínicas: Trastorno asintomático en el que se aprecia una superficie de color blanco grisáceo, membranosa suave, de distribución simétrica.

Diagnostico Diferencial: Leucoplasia, nevé blanco esponjoso, disqueratosis intraepitelial benigna hereditaria y la acción a la mordedura crónica de los carrillos.

Tratamiento : No requiere.

4.2.4.3 Nevó Blanco Esponjoso.

Etiología : Alteración autosómica dominante, que se puede confundir con leucoplasia.

Características Clínicas: Lesión asintomática con pliegues profundos de color blanco o gris, que presenta ligero engrosamiento y tiene consistencia esponjosa. Se distribuye de modo bilateral y simétrico y suele aparecer a temprana edad.

Diagnostico Diferencial: Disqueratosis epitelial benigna hereditaria, paquioniquia congénita, liquen plano hipertrófico, mordedura de los carrillos y queratosis traumática o friccional.

Tratamiento : No existe tratamiento.

4.2.4.4 Queratosis Folicular.

Etiología : Padecimiento transmitido en forma congénita con un patrón de herencia autosómico dominante.

Características Clínicas: Comienza en la infancia o adolescencia, lesiones papulares pequeñas, sin cambios de color en la piel, simétricas.

Diagnostico Diferencial: Disqueratosis congénita, acantosis nigricans, condiloma acuminado y estomatitis nicotínica.

Tratamiento : Administración de vitamina A por vía oral.

4.3 LESIONES LINFOIDES.

4.3.1 Linfoma De Hodgkin.

Etiología : Se derivan de los linfocitos de la bursa o del timo.

Características Clínicas: Hay una ligera predilección por el sexo masculino, se caracteriza por el aumento indoloro de los ganglios linfáticos o del tejido linfoide.

Diagnostico Diferencial: Clamidia, infecciones micóticas y enfermedades parasitarias como toxoplasmosis.

Tratamiento : Radioterapia externa y quimioterapia.

4.3.2 Linfoma No Hodgkin.

Etiología: Progresión del daño de ganglios linfáticos u órganos reticuloepiteliales.

Características Clínicas: Afecta con mayor frecuencia a individuos de mediana edad y predomina en hombres, lesiones asintomáticas, de consistencia relativamente ulcerada, a menudo con ulceración de la mucosa que lo cubre.

Tratamiento : Anticuerpos monoclonales dirigidos contra los antígenos o linfocitos malignos.

4.3.3 Mieloma Y Plasmacitoma.

Etiología : Linfocitos B terminales ó células plasmáticas.

Características Clínicas: Se presentan como masas lobuladas y afectan individuos de una amplia gama de edades entre las que se incluyen niños y adultos jóvenes.

Tratamiento : Quimioterapia.

4.4 LESIONES DE TEJIDO CONECTIVO.

4.4.1 Lesiones Nerviosas.

4.4.1.1 Neuroma Traumático.

Etiología : Es el traumatismo de un nervio periférico.

Características Clínicas: Presentan dolor, ocurre con mayor frecuencia en adultos, la localización más frecuente es el agujero mentoniano y en sitios de extracción en el maxilar anterior y la mandíbula posterior.

Tratamiento : Extirpación quirúrgica.

4.4.1.2 Schwannoma.

Etiología : Llamado también neurilemoma, de causa desconocida que se origina por la proliferación de las células de schwann o del neurilema que rodea los nervios periféricos.

Características Clínicas: Masa submucosa encapsulada asintomática que aparece a cualquier edad, se localiza con mayor frecuencia en la lengua, pero puede afectar paladar, piso de boca, mucosa, encía, labios, vestíbulo o mandíbula, de crecimiento lento.

Diagnostico Diferencial: Neoplasias mesenquimales benignas, tumores de las glándulas salivales y fibroma traumático.

Tratamiento : Extirpación quirúrgica.

4.4.1.3 Tumor De Células Granulares.

Etiología : Se desconoce, pero se cree que hay evidencia en las células de Schwann.

Características Clínicas: Se presenta a cualquier edad, con promedio en edad adulta, hay predilección por las mujeres, masa asintomática no inflamada de menos de 2 cm cubierta por epitelio sano, en ocasiones múltiples, puede ser pediculada o de base amplia, afecta la encía maxilar con mayor frecuencia que la mandibular.

Diagnostico Diferencial: Neurofibroma y el schwannoma.

Tratamiento : Extirpación quirúrgica.

4.4.2 Lesiones De Músculo Y Grasa.

4.4.2.1 Leiomioma Y Leiomiosarcoma.

Etiología : A partir de células musculares del intestino y del cuerpo del útero.

Características clínicas: Tumoraciones submucosas asintomáticas, de crecimiento lento que se localizan por lo general en lengua, paladar duro o mucosa y aparecen a cualquier edad.

Tratamiento : Extirpación quirúrgica.

4.4.2.2 Lipoma Y Liposarcoma.

Características clínicas: tumor frecuente en cavidad oral, que puede ocurrir a cualquier edad, se localiza en la mucosa bucal y en el piso de boca, es una masa submucosa, amarillenta y asintomática, cubierta por epitelio sano.

Diagnostico Diferencial: Lesiones benignas del tejido conectivo, tumor de células granulares, neurofibroma, fibroma traumático y lesiones de glándulas salivales.

Tratamiento : Extirpación quirúrgica.

4.4.3 Lesiones De Tejido Conectivo Fibroso.

4.4.3.1 Fibromatosis.

Etiología : Proliferación fibrosa benigna.

4.4.3.4 Fibroma Traumático.

Etiología : Conocido también como fibroma por irritación, lesión reactiva producida en forma usual por traumatismo crónico de la mucosa bucal.

Característica Clínicas: No presenta predilección por sexo o raza, se localiza en borde lateral de la lengua y labio inferior, es una tumoración indolora, de base amplia, de color un poco mas claro que los tejidos que la rodean.

Diagnostico Diferencial: Neurofibroma, neurilemoma, tumor de células granulares, lipoma, mucocele y tumor de células gigantes.

Tratamiento : Extirpación quirúrgica.

4.4.3.5 Hiperplasia Fibrosa Provocada Por Prótesis.

Etiología : Por traumatismo crónico de una prótesis mal ajustada.

Características Clínicas: frecuente en la mucosa vestibular donde el borde de la dentadura tiene contacto con los tejidos, pliegues indoloros de tejido fibroso que rodean el borde extendido de la dentadura artificial.

Tratamiento : La remoción prolongada de la prótesis y extirpación quirúrgica.

4.4.3.6 Hiperplasia Gingival Generalizada.

Etiología : Lesión inespecífica que ocurre como resultado de una respuesta inusual del tejido a inflamación crónica relacionada con factores locales como placa, cálculos o bacterias. También por alteraciones hormonales y medicamentos.

Características Clínicas: Aumento de tamaño de la encía adherida y libre, en especial de las papilas interdentes, el color de la lesión cambia de rojo azulado hasta poco mas claro que los tejidos que lo rodean.

Tratamiento : Buena higiene oral, gingivoplastia o gingivectomía.

4.4.3.7 Mixoma.

Etiología : Síndrome hereditario autosómico dominante.

Características Clínicas: Masa submucosa asintomática de crecimiento lento, no manifiesta predilección por sexo y puede ocurrir a cualquier edad, se localiza con mayor frecuencia en el paladar.

Diagnostico Diferencial: Mucocele o fibroma traumático.

Tratamiento : Extirpación quirúrgica.

4.4.4 Lesiones Vasculares.

4.4.4.1 Linfangina.

Etiología : Lesiones congénitas tumorales.

Características Clínicas: Tumoraciones vesiculares, nodulares e indoloras, que varían de color claro hasta rojo azulado, a la palpación pueden producir un sonido

crepitante por movimiento del líquido linfático, afecta con mayor frecuencia lengua.

Diagnostico Diferencial: Hemangioma, erupciones vesiculobulosas.

Tratamiento : Extirpación quirúrgica.

4.5 LESIONES ROJAS Y AZULES.

4.5.1 Lesiones Extravasculares.

4.5.1.1 Petequia Y Equimosis.

Etiología: Se presentan por lo general de manera secundaria a traumatismo o a enfermedades (discrasias) sanguíneas.

Características Clínicas: El color de las lesiones varía de rojo a púrpura, suele aparecer en la mucosa vestibular, los bordes laterales de la lengua, los labios y la unión de paladar blando y duro.

Diagnostico Diferencial: Hipertrofia gingival, gingivitis.

4.5.2 Lesiones Intravasculares Difusas.

4.5.2.1 Anemia Perniciosa.

Etiología: Deficiencia de vitamina B12.

Características Clínicas: Afecta a adultos de ambos sexos, presenta los signos clínicos de anemia, los síntomas bucales típicos son ardor y dolor de la lengua.

Tratamiento : Administración parenteral de la vitamina B12.

4.5.2.2 Anemia Por Deficiencia De Hierro.

Etiología : Deficiencia de hierro.

Características Clínicas: Afecta de manera predominante a la mujer, presenta los signos y síntomas habituales de la anemia, lengua roja, dolorosa y lisa.

Tratamiento : Suplementos de hierro.

4.5.2.3 Deficiencias De Vitamina B.

Etiología : Disminución de la ingestión de la vitamina en la dieta.

Característica Clínicas: Pueden encontrarse fisuras y grietas labiales, en algunos casos ocurre enrojecimiento de la lengua.

Tratamiento : El tratamiento de reemplazo produce la curación de las lesiones.

4.5.2.4 Escarlatina.

Etiología : Toxina eritrogénica elaborada por algunas cepas de estreptococos del grupo A.

Características Clínicas: Afecta de manera típica a niños, puede encontrarse inflamación del paladar y es posible que la lengua esté cubierta por una membrana blanca en las que se observan las papilas fungiformes alargadas y enrojecidas.

Diagnostico Diferencial: Infecciones por *Staphylococcus aureus*.

Tratamiento : Penicilina y en pacientes alérgicos la eritromicina.

de manera súbita. Se observa el enrojecimiento intenso sin ulceración de la encía, atrofia y enrojecimiento de la mucosa de la lengua.

Diagnostico Diferencial: Gingivitis, glositis y queilitis angular.

Tratamiento : Eliminación de la goma de mascar de la dieta.

4.5.2.5 Gingivitis Por Células Plasmáticas.

Etiología: Denominado gingivostomatitis por células plasmáticas, su origen desconocido.

Características Clínicas: Afecta a adultos, y en ocasiones a niños de ambos sexos, se presenta de manera habitual ardor en la boca, lengua o labios que aumenta o disminuye

4.5.2.6 Síndrome De Ardor Bucal.

Etiología: Microorganismos (cándida albicans), Xerostomía, trastornos nutricionales, anemias, desequilibrio hormonal, anormalidades neurológicas, diabetes sacarina, traumatismos mecánicos, causas ideopáticas.

Características Clínicas: Trastorno que afecta de manera predominante a mujeres de mediana edad, los tejidos son normales, del mismo color que la mucosa que las rodea y la distribución de papilas linguales es normal, la característica más importantes el ardor intenso de la lengua o de la boca.

Tratamiento : Con frecuencia los terapeutas se ven obligados a usar tratamientos empíricos, según la causa.

4.5.3 Lesiones Intravasculares Focales.

4.5.3.1 Eritoplasia.

Etiología : Se desconoce la causa de la lesión, pero se supone que intervienen los mismos factores etiológicos del cáncer bucal.

Características Clínicas: Placa roja de la mucosa bucal que se localiza mas frecuentemente en el piso de boca y en la zona retromolar, afectan a sujetos de 50 a 70 años, no tiene predilección por ningún sexo, es una lesión blanda.

• **Diagnostico Diferencial:** Candidiasis atrófica, forma macular del sarcoma de Kaposi, reacciones alérgicas por contacto, malformaciones vasculares y psoriasis.

• **Tratamiento :** Extirpación quirúrgica.

4.5.3.2 Glositis Romboidal Media.

Etiología : Infección crónica por *C. albicans*.

Características Clínicas: Lesión gruesa, romboidal u ovalada, de color rojo, localizada en la línea media de la porción dorsal de la lengua, en la región anterior a las papilas circunvaladas.

• **Diagnostico Diferencial:** Carcinoma de células escamosas.

Tratamiento : No se requiere

4.5.3.3 Granuloma Periférico De Células Gigantes.

Etiología : Reacción hiperplásica, poco frecuente, a la agresión de los tejidos gingivales.

Características Clínicas: Se localizan de manera exclusiva en la encía, a menudo entre los primeros molares permanentes y los incisivos. La mayor parte de las lesiones miden cerca de un milímetro, ocurren a cualquier edad y son mas frecuente en mujeres que en hombres.

Diagnostico Diferencial: Granuloma piogeno.

Tratamiento : Escisión quirúrgica.

4.5.3.4 Granuloma Piógeno.

Etiología : Corresponde a una reacción excesiva del tejido conectivo como reacción ante un estímulo o agresión conocida, se considera que la causa más probable es la presencia de cálculo o material exógeno en el surco gingival.

Características Clínicas: Se localiza a menudo en la encía, labio inferior, mucosa vestibular y lengua, es una membrana fibrinosa de color amarillo que cubre la ulcera. Los granulomas pueden ser pediculados o tener una base amplia, su tamaño varía de pocos milímetros a varios centímetros, se presentan a cualquier edad y ocurren en mayor frecuencia en mujeres que en hombres.

Diagnostico Diferencial: Granuloma periférico de células gigantes y el fibroma periférico.

Tratamiento : Consiste en extirpar la lesión, incluyendo el tejido conectivo.

4.5.3.5 Hemangioma.

Etiología : Conocido como nevé cavernoso. De origen congénito, neoplasia congénita benigna de células endoteliales.

Características Clínicas: Ocurre en el periodo perinatal, las lesiones presentan variaciones cromáticas desde rojo hasta azul, palidecen al comprimirlas, pueden ser planas, nodulares ó abombadas. Se localizan con mayor frecuencia en labios, lengua y mucosa vestibular, en una lesión puede encontrarse un solo tipo de vasos o combinación de dos o más.

Diagnostico Diferencial: Malformación vascular.

Tratamiento : Abordaje quirúrgico, también se puede incluir embolización arterial selectiva y terapéutica esclerosante.

4.5.3.6 Psoriasis.

Etiología : Se desconoce su causa pero se sabe que tiene un componente hereditario.

Características Clínicas: Ocurre en cualquier edad, pero en mayor frecuencia durante la juventud, los trastornos pueden variar desde placas rojas o blancas hasta úlceras.

Tratamiento : Gran variedad de fármacos proporcionados por el dermatólogo.

4.3.5.7 Sarcoma De Kaposi.

Etiología : Enfermedad maligna que se origina en las células epiteliales, predisposición genética, infecciones, factores ambientales y alteración inmunitaria.

Características Clínicas: Se presenta en pacientes afectados de SIDA u otros trastornos relacionados con inmunodeficiencia, afecta a pacientes jóvenes, la evolución clínica es rápida y agresiva, las lesiones se localizan en cualquier región de la cavidad bucal aunque se presentan con mayor frecuencia en el paladar y varían desde lesiones planas de apariencia trivial hasta lesiones nodulares exofíticas de mal aspecto. La enfermedad puede ser unifocal o multifocal, es por lo general rojo o azul.

Diagnostico Diferencial: Hemangiomas, eritoplasia, melanoma y granuloma piógeno.

Tratamiento : La cirugía es útil solo en lesiones localizadas; en las multifocales se emplea la radioterapia o quimioterapia.

4.6 LESIONES VERRUGOPAPILARES.

4.6.1 Lesiones De Etiología Desconocida.

4.6.1.1 Xantoma Verrugiforme.

Etiología : Lesión mucosa benigna de etiología desconocida, pero se asocia a enfermedades autoinmunitarias.

Características Clínicas: Lesión bien circunscrita de superficie granular o papilar cuyo tamaño varía de 2 mm a 2 cm, el color depende de la queratinización de la superficie y varía de rojo a blanco, se presenta en sujetos de raza blanca, no tiene predilección por sexo y la edad promedio es de 45 años.

Diagnostico Diferencial: Papiloma escamoso, carcinoma papilar escamoso y condiloma acuminado.

Tratamiento : Extirpación quirúrgica.

4.6.2 Lesiones Reactivas.

4.6.2.1 Condiloma Acuminado.

Etiología : Lesión verrugosa que se relaciona con los subtipos 6 y 11 de PVH.

Características Clínicas: Nódulos múltiples color de rosa que forman un crecimiento papilar blando, exofítico, pedunculado o sesil que puede o no ser queratinizado.

Diagnostico Diferencial: Hiperplasia epitelial focal.

Tratamiento : Extirpación quirúrgica.

4.6.2.2 Condiloma Latum.

Etiología : variada expresión de la sífilis.

Características Clínicas: Las lesiones son papilares o polipoides, exofíticas, en ocasiones friables y contienen una gran variedad de microorganismos, se puede presentar en cualquier región de la cavidad bucal.

Tratamiento : Administración de antibióticos.

4.6.2.3 Hiperplasia Epitelial Focal.

Etiología : Se desconoce la causa, pero diferentes teorías la asocian con deficiencias vitamínicas.

Diagnostico Diferencial: Verruga vulgar y papilomas escamosos múltiples.

Tratamiento : Extirpación quirúrgica.

4.6.2.4 Hiperplasia Papilar.

Etiología : Llamada también papilomatosis del paladar, se relaciona con las dentaduras artificiales, que ajustan mal o se mueven por lo que posibilitan el crecimiento c. albicans.

Características Clínicas: Se presenta de manera exclusiva en el paladar duro y casi siempre tiene que ver con el uso de una prótesis removible, son múltiples excrecencias papilares eritematosas y edematosas que forman agregados compactos que parecen verrugas granulares.

Diagnostico Diferencial: Estomatitis nicotínica.

Tratamiento : Extirpación quirúrgica.

4.6.2.5 Papiloma Escamoso O Verruga Vulgar Bucal.

Etiología : Se asocia con el papilomavirus subtipo de virus del papiloma humano que causa las verrugas cutáneas y con enfermedades del epitelio escamoso.

Características Clínicas: Se localizan en la región cutánea de los labios, paladar duro, blando y úvula. La lesión mide menos de 1 centímetro y se presenta con alteraciones superficiales exofíticas granulares o en forma de coliflor, suelen ser únicas y asintomáticas.

Diagnostico Diferencial: Xantoma verrugiforme, el disqueratoma verrugoso y el condiloma acuminado.

Tratamiento : Extirpación de la lesión.

4.6.3 Neoplasias.

4.6.3.1 Carcinoma Verrugoso.

Etiología : Se relaciona con el consumo de tabaco.

Características Clínicas: Se presentan en la mucosa y en la encía mandibular más que en la maxilar, es más frecuente en hombres, se presentan como leucoplasias de bordes bien delineados, pero con el transcurso del tiempo los bordes se hacen irregulares y bien indurados.

Diagnostico Diferencial: Las leucoplasias y el carcinoma escamoso papilar.

Tratamiento : Quirúrgico.

4.6.3.2 Queratoacantoma.

Etiología : Lesión benigna de origen desconocido, cuando se presenta en boca se origina en glándulas sebáceas ectópicas.

Características Clínicas: Pueden ser únicos o múltiples, se inicia como una pequeña mácula roja, que luego se convierte en una paula firme, la cual presenta

descamación fina en el punto de mayor elevación. En la base de la lesión puede observarse un halo eritematoso paralelo al borde.

Diagnostico Diferencial: Queratosis solar, verruga vulgar, y disqueratoma verrugoso.

Tratamiento : Extirpación quirúrgica o curetaje de la base.

4.7 PIGMENTACIÓN DE LOS TEJIDOS BUCALES Y PERIBUCALES.

4.7.1 Lesiones Benignas De Origen Melanocítico.

4.7.1.1 Efelides.

Etiología : Áreas de piel expuestas al sol.

Características Clínicas: Manchas pequeñas de color oscuro o café que se oscurecen con la exposición de la luz ultravioleta y aclaran durante los periodos sin exposición solar.

Tratamiento : No hay indicación de tratamiento.

4.7.1.2 Lentigo.

Etiología : Exposición al sol y edad.

Características Clínicas: máculas cutáneas de color café, se presentan en adultos y ancianos y no requieren como en el caso de las pecas, estimulación por luz ultravioleta para aparecer.

Tratamiento : No requiere.

4.7.1.3 Mácula Melanótica Bucal.

Etiología : Lesión pigmentada que puede corresponder a varias enfermedades entre las que se incluyen la mancha pigmentada ideopática, pecas o lentigos intrabucales.

Características Clínicas: Se presenta con mayor frecuencia en labios y encía, son asintomáticas, no presentan un potencial maligno.

Diagnostico Diferencial: Melanoma maligno superficial en la etapa inicial, nevó azul o tatuaje por amalgama.

Tratamiento : No está indicado ningún tratamiento.

4.7.1.4 Manchas Café Con Leche.

Etiología : Aparecen como fenómeno esporádico o forman parte del síndrome de Albright.

Características Clínicas: Máculas cutáneas grandes, ocurren en la infancia, presentan bordes irregulares, oscurecen con la exposición de la luz ultravioleta y no desaparecen al suspenderla.

Tratamiento : No requiere, excepto cuando hay un problema estético.

4.7.1.5 Melanosis Relacionada Con Él Habito De Fumar.

Etiología : Asociada al habito de fumar.

Características Clínicas: Se localiza en la encía labial anterior.

Diagnostico Diferencial: Pigmentación fisiológica y la mácula melanótica.

Tratamiento : Suspender el cigarrillo.

4.7.1.6 Pigmentación Fisiológica.

Etiología : Melanocitos.

Características Clínicas: Pigmentación simétrica, que no altera la arquitectura de la encía, se presenta en pacientes de cualquier edad, no tiene predilección por ningún sexo y se localiza en cualquier sitio.

Diagnostico Diferencial: Melanosis relacionada al habita de fumar, los síndromes asociados con melanosis bucal (síndrome de Peutz - Geghers y la enfermedad de Addison.

4.7.1.7 Vitiligo.

Etiología : La causa es desconocida, aunque se cree que se debe a una reacción inmune.

Características Clínicas: Máculas despigmentadas que varían de tamaño desde algunos milímetros hasta varios centímetros, son de color blanco y es posible que presenten bordes hiperpigmentados, se produce a cualquier edad y en ambos sexos por igual.

Tratamiento : Aplicación de cremas oscurecedoras, cremas pigmentadoras sobre la piel adyacente.



4.7.2 Neoplasias.

4.7.2.1 Melanomas.

Etiología : Derivan de la transformación maligna de los melanocitos o de células nevosas.

Características Clínicas: Ocurren en población de mayor edad, no presentan predilección por sexo, se localizan de manera predominante en paladar duro y encía, El conocimiento de fases de crecimiento radial y vertical determinan una clasificación:

Nodular : Lesión pigmentada oscura que ocurre en piel o mucosas, con un patrón de crecimiento vertical, hace metástasis.

Maligno superficial: Es la forma más frecuente, se desarrolla en el transcurso de varios años y aparece como una placa pigmentada bien definida, un poco elevada.

Lentigo maligno: Ocurre de carácter predominante en la piel expuesta al sol y en ancianos, placa plana con pigmentación irregular y con bordes bien definidos.

Acrolentigoso : Corresponde al grupo de melanomas bucales que comparten características clínicas y microscópicas con el melanoma maligno superficial.

Diagnostico Diferencial: Tatuajes por amalgama, pigmentación fisiológica y mácula melanótica.

Tratamiento : Quirúrgico, aunque se utiliza la quimioterapia y en ocasiones la inmunoterapia, como coadyuvante.

4.7.2.2 Nevos.

Etiología : Lesiones congénitas de varios tipos de células y tejidos como la epidermis, vasos o células pigmentarias, su origen no se conoce muy bien.

Características Clínicas: Lesiones papulares adquiridas, aparecen poco después del nacimiento o la infancia, se localizan en paladar duro.

Diagnostico Diferencial: Manchas melancólicas, tatuajes por amalgama y melanomas.

Tratamiento : Extirpación quirúrgica.

4.7.2.3 Tumor Neuroectodermico De La Lactancia.

Etiología : Neoplasia que se compone de células pigmentarias primitivas, células nevosas y melanocitos.

Características Clínicas: Se presentan en niños menores de seis meses y se localiza de manera típica en el maxilar superior, masa no ulcerada y en ocasiones con pigmentación oscura.

Diagnostico Diferencial: Neuroblastomas, sarcomas o tumores histiocíticos, quistes y tumores odontógenos.

Tratamiento : La extirpación quirúrgica.

4.7.3 Pigmentación Producida Por Depósitos Exógenos.

4.7.3.1 Pigmentación Por Metales Pesados.

Etiología : Ocurre después de exposición ocupacional a los vapores de arsénico, bismuto, plomo o mercurio.

Características Clínicas: Lesiones de color gris o negro de distribución lineal en los bordes de la encía.

Tratamiento: Eliminar la causa.

4.7.3.1 Pigmentación Por Tetraciclina.

Etiología: Después del tratamiento del acné con dosis altas de tetraciclina administradas por un tiempo prolongado.

Características Clínicas: Pigmentación difusa, se localiza en paladar y raíces dentarias.

Tratamiento: Estético (restaurar el diente).

4.7.3.3 Tatuaje Por Amalgama O Argirosis Focal.

Etiología : Después de la implantación traumática de partículas de amalgama en tejidos blandos.

Características Clínicas: Se presenta en tejidos blandos contiguos a un diente obturado con amalgama, se encuentran a veces signos clínicos de inflamación, las lesiones son maculares y no cambian con el tiempo.

Diagnostico Diferencial: Nevos y melanomas en etapas iniciales.

Tratamiento: Eliminar el factor etiologico.

4.8 TRASTORNOS ULCERATIVOS.

4.8.1 Enfermedades Bacterianas.

4.8.1.1 Actinomicosis.

Etiología : Enfermedad bacteriana causada por el Actinomyces israelí.

Características Clínicas: La lesión puede ser indurada y en ocasiones forma una o varias fistulas que drenan desde los espacios medulares de la mandíbula hasta la piel del cuello.

Tratamiento : Antibioticoterapia prolongada con dosis altas.

4.8.1.2 Gonorrea.

Etiología : Enfermedad bacteriana producida por el diplococo *Neisseria Gonorrhoeae*.

Características Clínicas: Ulceraciones múltiples y eritema generalizado, asintomático.

Diagnostico Diferencial: Ulceras aftosas, ulceras herpéticas, eritema multiforme, penfigo, penfigoide, erupciones por medicamentos e infecciones estreptococicas.

Tratamiento : Penicilina G.

4.8.1.3 Lepra.

Etiología : El bacilo *Mycobacterium leprae*.

Características Clínicas: Placas eritematosas o nódulos que corresponden a una reacción granulomatosa del bacilo.

Tratamiento : Quimioterapia con múltiples fármacos.

4.8.1.4 Noma.

Etiología : Llamado chancro bucal o estomatitis gangrenosa, ocurre a consecuencia de la invasión del bacilo fusiforme y espiroquetas de Vincent. , un factor predisponente es la desnutrición.

Características Clínicas: la lesión inicial es una ulcera dolorosa de la encía o la mucosa bucal que se extiende con rapidez y suele necrosarse, en las áreas

afectadas hay pérdida y exfoliación de dientes y en algunas ocasiones, lesiones necróticas fétidas de las mejillas, labios o paladar.

Tratamiento : Antibioticoterapia, eliminación de factores predisponentes.

4.8.1.5 Sífilis.

Etiología : Producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*, es una enfermedad adquirida por contacto sexual.

Características Clínicas: La lesión primaria consiste en una úlcera indolora, indurada, con bordes cilíndricos, se localizan en la boca y labios; cuando el paciente no es tratado presenta úlceras en las mucosas cubiertas por exudado mucoide; En su última etapa son lesiones inflamatorias destructivas que se localizan con mayor frecuencia en paladar.

Diagnostico Diferencial: Carcinoma de células escamosas, lesiones traumáticas crónicas y tuberculosis.

Tratamiento : Penicilina.

Diagnostico Diferencial: Carcinoma de células escamosas, úlcera traumática crónica y úlceras aftosas.

Tratamiento : Quimioterapia.

4.8.1.6 Tuberculosis.

Etiología : Bacilo aerobio Mycobacterium tuberculosis.

Características Clínicas: Se localiza mas frecuentemente en lengua y paladar, la lesión es una ulcera crónica, indurada, dolorosa, que no cicatriza, en cuya base se encuentra el microorganismo.

4.8.2 Enfermedades Relacionadas Con Alteraciones Inmunitarias.

4.8.2.1 Alergia Por Contacto.

Etiología : Reacción inmunitaria a una gran variedad de sustancias externas.

Características Clínicas: Las lesiones pueden ser eritematosas, vesiculares o ulcerativas.

Diagnostico Diferencial: Candidiasis crónica.

Tratamiento : Eliminación del agente causal.

4.8.2.2 Enfermedad Granulomatosa Crónica.

Etiología : Tiene un patrón de herencia ligado al cromosoma X.

Características Clínicas: Se inicia en la infancia, son úlceras múltiples que son recurrentes y persistentes.

Tratamiento : Medicamentos antimicrobianos específicos.

4.8.2.3 Eritema Multiforme.

Etiología: Se desconoce la causa, aunque se sospecha de una reacción de hipersensibilidad.

Características Clínicas: Es frecuente en adultos jóvenes, lesiones ulceradas que varían en número, se localizan en labios, mucosa bucal, paladar y lengua.

Diagnostico Diferencial: Úlceras aftosas, penfigo vulgar, penfigo cicatrizal y liquen plano erosivo.

Tratamiento : No requiere tratamiento ya que la enfermedad es autolimitada.

4.8.2.4 Granuloma De La Línea Media.

Etiología : Se desconoce, aunque se sospecha de una reacción hiperinmunitaria.

Características Clínicas: Se localiza en la línea media de la región buconasal, es una úlcera agresiva, progresiva que no cicatriza, es característica la perforación del tabique nasal y el paladar.

Diagnostico Diferencial: Granulomatosis de Wegener, infecciones y neoplasias.

Tratamiento : Altas dosis de radiación local.

4.8.2.5 Lupus Eritematoso.

Etiología : Enfermedad autoinmunitaria con posibles influencias genéticas y vírales.

Características Clínicas:

- Lupus eritematoso discoide: Enfermedad característica de mujeres de edad media, las lesiones se localizan en mucosa bucal, encía y labios, son placas o erosiones con estrías blancas delicadas que irradian desde la periferia.
- Lupus eritematoso cutáneo subagudo: Lesiones anulares o papuloescamosas que se presentan en encía y labios.
- Lupus eritematoso sistémico: En las lesiones puede observarse ulceración, eritema y queratosis, se localizan en mucosa bucal, encía y labios.

Diagnostico Diferencial: Liquen plano erosivo, penfigo vulgar, penfigo cicatrizal y reacciones medicamentosas.

Tratamiento : Esteroides ectópicos.

4.8.2.6 Reacciones Medicamentosas.

Etiología : Mecanismos inmunitarios.

Características Clínicas: Lesiones eritematosas vesiculares o ulcerativas, se localiza en los labios.

Diagnostico Diferencial: Liquen plano.

Tratamiento : Identificación y eliminación del agente causal.

4.8.2.7 Síndrome De Behcet.

Etiología : Es desconocida, aunque se relaciona con una etiología viral.

Características Clínicas: Ulceras similares a las de la estomatitis aftosa menor en apariencia y distribución.

Tratamiento : Esteroides parenterales.

4.8.2.8 Ulceras Aftosas.

Etiología : Se desconoce, pero se asocia a factores inmunológicos, factores microbiológicos y factores nutricionales.

Características Clínicas: Ulceras dolorosas que se localizan en el vestíbulo, lengua, paladar blando y piso de boca.

Diagnostico Diferencial: Ulceras herpéticas secundarias, ulceras aftosas, penfigo vulgar, penfigoide cicatrizal y de manifestaciones de trastornos sistémicos como enfermedades de Corhn, neutropenia y esprue.

Tratamiento : Medicamentos que regulan las reacciones inmunitarias.

4.8.3 Enfermedades Micóticas.

4.8.3.1 Infecciones Micóticas Oportunistas - Ficomicosis.

Etiología : Llamada también mucormicosis, se origina por especies Mucor, Rhizopus y otros hongos.

Características Clínicas: Dolor y edema que precede a una ulcera, la necrosis histica del paladar a veces por perforación del mismo.

Diagnostico Diferencial: Necrosis gomatoso por sífilis terciaria, granuloma de la línea media, granulomatosis de Wegener y enfermedades malignas de la nariz o senos paranasales.

Tratamiento : Anfotericina B, sin embargo, con frecuencia se requiere debridación quirúrgica.

4.8.3.2 Enfermedades Micóticas Profundas.

Etiología : Diseminación hematógona desde el foco pulmonar primario.

Características Clínicas: Úlcera única o múltiple, que no cicatriza, indurada y con frecuencia dolorosa; las lesiones pueden ser además purulentas.

Diagnostico Diferencial: Carcinoma de células escamosas, úlcera traumática crónica, tuberculosis bucal y sífilis primaria.

Tratamiento : Quimioterapia.

4.8.3.3 Enfermedades Micóticas Subcutáneas Esporotricosis.

Etiología : El agente causal es *Sporothrix schenckii*.

Características Clínicas: Úlceras crónicas inespecíficas y puede presentar linfadenopatía.

Tratamiento : Solución de yoduro de potasio y cuando hay toxicidad o alergia puede administrarse Ketoconazol.

4.8.4 Neoplasias.

4.8.4.1 Carcinoma De Células Básales.

Etiología : Se origina en las células basales de la piel.

Características Clínicas: Afecta pacientes entre los 50 y 80 años de edad, con mas frecuencia hombres que mujeres, se presenta como nódulos, indurados, suaves, con apariencia de perla. En ocasiones se presentan placas superficiales de crecimiento circunferencia y lesiones pigmentadas.

· **Diagnostico Diferencial:** Melanomas y queratosis seborreica.

Tratamiento : Procedimientos quirúrgico variados.

4.8.4.2 Carcinoma De Células Escamosas.

Etiología : El tabaco y algunos estudios dan teorías sobre el alcohol.

Características Clínicas:

- Carcinoma labial: Ocurren con mayor frecuencia entre los 50 y 70 años y más en hombre con mujeres, las lesiones se originan en la parte exterior y pueden parecer úlceras crónicas que no cicatrizan.

- Carcinomas de la lengua: Se presenta en hombres de 50 a 80 años, aunque se puede presentar en jóvenes, asintomático, úlcera indurada que no cicatriza de bordes elevados.

- Carcinoma de piso de boca: Predomina en hombres ancianos, úlcera indolora, indurada, que no cicatriza, o como una placa blanca o roja, se produce disminución de la movilidad de la lengua.

- Carcinoma del paladar: Placas rojas o blancas asintomáticas o como una masa ulcerada.

Diagnostico Diferencial: Tuberculosis, sífilis o infecciones micóticas profundas.

Tratamiento : Cirugía y/o radioterapia.

5. LESIONES CON APARIENCIA RADIOGRAFICA.

5.1. RADIOLUCIDAS.

5.1.1 Bien Definidas.

5.1.1.1 Uniloculares.

5.1.1.1.1 Uniloculares De Origen Fisural.

5.1.1.1.1.1 Quiste Globulomaxilar.

En el pasado, se considero de tipo fisural, cuyo origen se creía por degeneración quística del epitelio embrionario, sin embargo mas recientemente se ha sugerido que se origina de epitelio odontogenico, localizado entre el incisivo lateral y canino. Varios quistes odontogenicos ocurren en estos sitios.

Los diagnósticos histologicos incluyen granulomas periapicales , quistes periodontales, queratoquistes odontogenicos, granuloma central de células gigantes, quiste odontogeno calcificante, mixoma, etc.

Características Clínicas: Lesión que puede ser asintomatica o presentar síntomas como expansión de corticales óseas, inflamación o dolor si se infecta secundariamente.

Características Radiograficas: Lesión radiolucida bien definida, que a menudo causa divergencia de las raíces de los incisivos laterales y caninos superiores, tiene una tendencia a tener semejanza con una pera invertida entre las raíces de canino y lateral.

Tratamiento: Enucleación del quiste y raspado del hueso circundante, si los dientes contiguos no son vitales es necesario en tratamiento endodóntico adecuado.

5.1.1.1.2 Quiste Mandibular Medio.

Al igual que el del glóbulo maxilar se considera un quiste fisural, sin embargo, no hay evidencia embriológica de fusión de los procesos embrionarios. Se presenta en la región de la sínfisis mentoniana de la mandíbula. Algunos autores sugieren la presencia de un quiste primordial originado por un diente supernumerario, otros favorecen la teoría de epitelio odontogénico de la lámina dental. Se puede encontrar en este sitio las siguientes lesiones: quiste radicular, quiste lateral periodontal, queratoquistes, granuloma central de células gigantes, quiste óseo traumático, etc.

Tratamiento: Enucleación quirúrgica de la lesión con curetaje óseo con margen de seguridad.

5.1.1.1.3 Quiste Del Canal Incisivo(Nasopalatino).

El quiste del canal incisivo y de la papila palatina son subclasificaciones de quistes nasopalatinos, originados en resto de epitelio que quedan remanentes después de la desintegración del conducto nasopalatino

Etiología: Por degeneración quística del epitelio que quedo atrapado embriologicamente a nivel del agujero nasopalatino se denomina del conducto incisivo, se relaciona con la presencia de restos epiteliales de los conductos nasopalatinos embrionarios en el conducto incisivo.

Características Clínicas: Tumoracion simétrica en la línea media del paladar, afecta con mayor frecuencia hombres y mujeres, asintomaticos, pero pueden presentar una Tumoracion a nivel de tejidos blandos, a nivel de papila palatina. Un quiste de la papila palatina puede ser evidente al examen clínico como masa fluctuante nodular involucrando el área de la papila.

Características Radiograficas: Radiolucido con bordes bien definidos que puede producir divergencia radicular a nivel de los incisivos centrales superiores; La espina nasal anterior se sobrepone produciendo una lesión característica en forma de corazón que no siempre es evidente.

Diagnostico Diferencial: Debe destacarse granuloma periapical, quistes odontogenicos, mediante pruebas de vitalidad. También el tamaño del conducto incisivo es variable.

Tratamiento: Enucleacion quirúrgica. En quistes muy grandes puede considerarse la marsurpializacion de la lesión antes de la enucleacion definitiva.

5.1.1.1.2 Uniloculares De Origen Odontogenico.

5.1.1.1.2.1 Ameloblastoma.

Etiología : El tumor se deriva del epitelio que se relaciona con la formación de los dientes; las posibles fuentes epiteliales incluyen el órgano del esmalte, restos odontogenos, epitelio reducido del esmalte y cápsula epitelial de los quistes odontogenos, en especial del quiste dentigero. Se desconocen los factores desencadenantes o estímulos necesarios para que se produzca la transformación neoclásica de estas estructuras epiteliales triviales.

Características Clínicas: Se presenta con mayor incidencia en adultos, en la cuarta y quinta década de la vida, es poco frecuente en niños; por lo general es uniuquístico y se manifiesta como quiste odontogeno. Se localiza en cualquier región de la mandíbula o el maxilar, pero con mayor frecuencia en la rama molar mandibular, pueden ser asintomáticos y se descubren durante exámenes rutinarios radiográficos o por expansión asintomática de la mandíbula. El signo inicial es la movilidad o maloclusión dental.

Características Radiográficas: Es un proceso osteolítico en las regiones dentales de los maxilares, puede ser unilocular o multilocular, los bordes radiográficos están bien definidos y escleróticos por el crecimiento lento del tumor.

Diagnostico Diferencial: Puede limitarse en las tres categorías de enfermedad.

5.1.1.1.2.2 Displasia Cementaria Periapical Primer Estadio.

Etiología : La causa precisa se desconoce pero se postula que puede deberse a un traumatismo o infección.

Características Clínicas: Lesión frecuente que se localiza en el ápice de dientes vitales, en especial en mujeres de raza negra de edad mediana, afecta mas la mandíbula, en especial la región periapical anterior, a menudo involucra los ápices de dos o más dientes, asintomatica.

Características Radiograficas: Lesión periapical radiolucida que sé continua con el espacio del ligamento periodontal.

Diagnostico diferencial: osteomielitis crónica, fibroma osificante y quiste o granuloma periapical.

Tratamiento: La lesión no requiere tratamiento pues una vez que alcanza la etapa de opacidad se estabiliza y no produce complicaciones.

mandibular: tumores odontogenos, quistes y lesiones benignas no odontogenas.

Tratamiento: No hay un tratamiento único para el ameloblastoma, cada caso debe analizarse de forma individual. Los tumores sólidos multiquisticos requieren extirpación quirúrgica. En lesiones grandes se indica recesión en bloque, en lesiones unquisticas pequeñas enucleacion.

5.1.1.1.2.3 Fibroma Ameloblastico.

Etiología : Tumor benigno de origen odontogenico.

Características Clínicas: Predomina en niños y adultos jóvenes, se localiza en la rama mandibular aunque puede afectar cualquier región de los maxilares, no hay diferencia en la distribución por sexos.

Características Radiograficas: Lesiones bien delimitadas, por lo general rodeadas por un borde esclerotico, uniloculares o multiloculares y pueden relacionarse con la corona de un diente incluido.

Diagnostico Diferencial: Cuando el fibroma presenta las características típicas con respecto a la edad, localización, y patrón radiografico, él diagnostico no presenta problema, pero si las características son atípicas él diagnostico diferencial debe incluir ameloblastoma, mixoma, quiste dentigero, queratoquiste odontogeno de células gigantes e histiocitosis.

Tratamiento: Por la encapsulacion del tumor y la carencia de capacidad invasiva solo requiere tratamiento quirúrgico conservador como curetaje o extirpación. Es posible que se produzcan recurrencias pero son muy poco frecuentes.

5.1.1.1.2.4 Fibroma Central Odontogenico.

Características Clínicas: Se presenta en cualquier edad, se localiza en cualquier región de los maxilares. Esta lesión es poco frecuente y se considera una contraparte del fibroma odontogenico periférico.

Características Radiograficas: Se manifiesta como una lesión radiolucida, por lo general multilocular, que a menudo produce expansión cortical.

Diagnostico Diferencial: Tumores odontogenos, quistes y lesiones benignas no odontogenas.

Tratamiento: Es la nucleica o excisión la recurrencia es poco frecuente.

5.1.1.1.2.5 Mixoma.

Etiología : Este tumor odontogeno es de naturaleza y origen mesenquimatoso.

Características clínicas: afecta a individuos de 10 a 50 años, se localiza en ambos maxilares por igual, afecta ambos sexos, es expansivo y destruye los dientes.

Características Radiograficas: Radiolucido aunque puede variar de una lesión bien circunscrita a una difusa, a menudo multilocular con un patrón en sacabocados.

Diagnostico Diferencial: El hemangioma central es una consideración grave en las lesiones que tienen forma de panal

Tratamiento : Extirpación quirúrgica de la lesión. El pronóstico es bueno a pesar de la ligera agresividad y moderada tasa de recurrencia de algunas lesiones.

5.1.1.1.2.6 Queratoquiste.

Etiología: Se origina en restos de la lamina dental que se localiza en la mandíbula o maxilar superior; sin embargo hay evidencia que puede derivarse de una extensión del componente de células basales del epitelio bucal que lo cubre.

Características Clínicas: Ocurre con mayor frecuencia en la primera y la segunda década de la vida, afectan de forma predominante la mandíbula, generalmente en la parte posterior del cuerpo y la rama, en el maxilar superior predomina en la zona del tercer molar y con menos frecuencia en caninos.

Características Radiograficas: Lesión radiolucida bien circunscrita y presenta bordes radiopacos delgados, es unilocular y la lesión es adyacente a la corona de un diente sin erupcionar, puede producir expansión ósea.

Diagnostico Diferencial: Quiste dentigero, ameloblastoma, quiste odontogeno calcificante con calcificación reducida, toa, fibroma ameloblastico y otros.

Tratamiento : Excisión quirúrgica con raspado óseo periférico u osteotomía.

5.1.1.1.2.7 Quiste Dentigero.

Etiología : Se desarrolla por acumulación de liquido entre el órgano del esmalte remanente y la corona del diente subyacente. Si hay degeneración inicial parcial del órgano del esmalte el quiste puede desarrollarse por la separación de los elementos del epitelio del esmalte.

Características Clínicas: Se presenta en pacientes jóvenes, hay escasas manifestaciones pero la erupción dental tardía puede indicar la formación de un quiste. Afecta la región de los terceros molares superiores e inferiores, caninos superiores y premolares inferiores.

Características Radiograficas: Área radiolucida bien definida redondeada envolviendo la corona de un diente que todavía no ha erupcionado.

Tratamiento: Extirpación quirúrgica.

5.1.1.1.2.8 Quiste Lateral Periodontal.

Etiología : En el pasado se pensó que el quiste periodontal lateral se originaba en el epitelio reducido del esmalte o en los restos epiteliales de Malassez, en el interior del ligamento periodontal, sin embargo hay evidencias histológicas que refutan este concepto y sugieren que derivan de la proliferación de restos de la lamina dental.

Características Clínicas: Se presenta en la región premolar y canina mandibular, algunos en la zona incisiva, se presentan más en hombres de edad mediana, por lo general es asintomático.

Características Radiograficas: Zona radiolucida bien delimitada redondeada o en forma de gota, con un margen opaco a lo largo de la superficie lateral de la raíz dental, por lo general unilocular, pero puede ser multilocular.

Diagnostico Diferencial: Debe diferenciarse del radicular lateral, del quiste primordial y del tumor odontogeno radiolucido.

Tratamiento: Extirpación del quiste.

5.1.1.1.2.9 Quiste Primordial.

Etiología: Se presenta en lugar de un diente por degeneración quística del órgano del esmalte.

Características Clínicas: Se presenta en pacientes jóvenes en la parte posterior de la mandíbula o maxilar, generalmente no hay manifestaciones.

Características Radiograficas: Lesión radiolucida unilocular bien definida.

Tratamiento: Quirúrgico.

5.1.1.2.10 Quiste Sialodontogenico.

Etiología: También llamado Quiste Odontogeno Glandular, tienen características clínicas mixtas de Quiste Odontogenico Botrioide y un tumor de glándulas salivales con producción de moco.

Características Clínicas: Puede presentarse en mandíbula a una edad promedio de 54 años, la expansión mandibular es frecuente.

Características Radiograficas: La mayor parte de los casos es multilocular. Las lesiones presentan una variación amplia de tamaño, de menos de 1 cm hasta

aquellas que involucran la mayor parte de la mandíbula en sentido bilateral. Los márgenes radiograficos están bien definidos y escleroticos, las lesiones más agresivas muestran un borde periférico no definido.

Tratamiento: Esta lesión se considera de forma local agresiva, por tanto, el tratamiento quirúrgico se dicta con la extensión clínica y radiografica de la enfermedad. Es esencial el seguimiento a largo plazo dada la agresividad local y la posibilidad de recurrencia de esta lesión.

5.1.1.1.3. Otras.

5.1.1.1.3.1 Quiste Óseo Traumático.

Etiología: Se desconoce la etiología de esta lesión aunque se piensa que se relaciona con antecedentes de un traumatismo.

Características Clínicas: Se presenta con mayor frecuencia en la segunda década de la vida, el sitio más frecuente de incidencia es la mandíbula, en raras ocasiones se presenta bilateral, puede haber inflamación y dolor.

Características Radiograficas: Área radiolucida bien delimitada con un borde irregular pero definido, pueden haber hallazgos de resorcion radicular externa.

Tratamiento: Una vez que se completa la entrada a la cavidad se debe provocar sangrado antes de cerrarla, ya que después de la coagulación se produce reparación ósea y disminuye la posibilidad de recurrencia.

5.1.1.1.3.2 Quiste Estático De Hueso.

Etiología : El origen de esta alteración es la depresión embrionaria de la mandíbula.

Características Clínicas: En ocasiones este defecto es bilateral y raras veces se localiza en la región anterior al primer molar mandibular. La lesión es asintomática, la localización y características son patognomónicas, en raras ocasiones cambia de tamaño por eso se denomina estático.

Características Radiográficas: Lesión radiolúcida muy bien circunscrita abajo del conducto alveolar inferior, la lesión es redonda u oval y se delimita por un borde radiopaco.

Tratamiento: Se diagnostica por radiografía, no requiere biopsia, no requiere tratamiento.

5.1.1.1.3.3 Lesión Apical Crónica.

Etiología: Comprende un equilibrio huésped - parásito de la placa dental y la reacción del organismo a este. Cuando ese equilibrio se perturba, el padecimiento progresa.

Características Clínicas: Las características de la lesión periodontal establecida o avanzada son resistencia escasa a la sonda, tendencia pronunciada a la hemorragia, exudados, placa dentro del surco y cálculos subgingivales.

Características Radiograficas: La extensión de la pérdida de hueso alveolar se debe juzgar en proporción a la longitud y forma de la raíz. La ausencia de la lamina dura sobre la cresta alveolar sugiere inflamación que afecta al hueso en esta zona.

Tratamiento: El tratamiento sigue cuatro fases: sistémica, inicial o higiénica, correctiva y de mantenimiento.

5.1.1.1.3.4 Granuloma Central De Células Gigantes.

Etiología: Se desconoce la verdadera naturaleza del proceso, se piensa que es una lesión reactiva.

Características Clínicas: Predomina en niños y adultos jóvenes, afecta más a mujeres que a hombres. Las lesiones ocurren casi siempre en la mandíbula y tienden a comprometer las regiones anteriores a los molares.

Características Radiograficas: Se manifiesta como una lesión ósea radiolúcida multilocular con bordes bien delineados y por lo regular bien festoneados.

Diagnostico Diferencial: Puede confundirse con ameloblastoma, odontoma mixoide, queratoquiste odontogénico y quiste óseo aneurismático.

Tratamiento: Cirugía y curetaje agresivo del tumor.

5.1.1.1.3.5 Displasia Fibrosa.

Etiología: Es un trastorno ideopatico, en el que la medula ósea es reemplazada gradualmente por una proliferación de tejido conectivo fibrosos anormal.

Características Clínicas: Tiene un crecimiento lento y asintomatico, ocurre con mayor frecuencia en el maxilar que en la mandíbula, ocurre en igual proporción en hombres y en mujeres.

Características Radiograficas: Masa radiopaca con un gran numero de trabeculas óseas que le dan una apariencia de fondo de vaso.

Diagnostico Diferencial: Se debe considerar el fibroma osificante, la enfermedad de Paget.

Tratamiento : Es necesario hacer una biopsia para establecer él diagnostico y control periódico.

5.1.1.2 Multiloculares.

5.1.1.2.1 Propiamente Dichas.

5.1.1.2.1.1 Ameloblastoma.

Etiología: El tumor se deriva del epitelio que se relaciona con la formación de los dientes; las posibles fuentes epiteliales incluyen el órgano del esmalte, restos odontogénicos, epitelio reducido del esmalte y cápsula epitelial de los quistes odontogénicos, en especial del quiste dentigero. Se desconocen los factores desencadenantes o estímulos necesarios para que se produzca la transformación neoclásica de estas estructuras epiteliales triviales.

Características Clínicas: Se presenta con mayor incidencia en adultos, en la cuarta y quinta década de la vida, es poco frecuente en niños; por lo general es unicístico y se manifiesta como quiste odontogénico. Se localiza en cualquier región de la mandíbula o el maxilar, pero con mayor frecuencia en la rama molar mandibular, pueden ser asintomáticos y se descubren durante exámenes rutinarios radiográficos o por expansión asintomática de la mandíbula. El signo inicial es la movilidad o maloclusión dental.

Características Radiográficas: Es un proceso osteolítico en las regiones dentales de los maxilares, puede ser unilocular o multilocular, los bordes radiográficos están bien definidos y escleróticos por el crecimiento lento del tumor.

Diagnóstico Diferencial: Puede limitarse en las tres categorías de enfermedad.

5.1.1.2.1.2 Granuloma Central De Células Gigantes.

Etiología: Se desconoce la verdadera naturaleza del proceso, se piensa que es una lesión reactiva.

Características Clínicas: Predomina en niños y adultos jóvenes, afecta mas a mujeres que a hombres. Las lesiones ocurren casi siempre en la mandíbula y tienden a comprometer las regiones anteriores a los molares.

Características Radiograficas: Se manifiesta como una lesión ósea radiolucida multilocular con bordes bien delineados y por lo regular bien festoneados.

Diagnostico Diferencial: Puede confundirse con ameloblastoma, odontoma mixoide, queratoquiste odontogeno y quiste óseo aneurismatico.

Tratamiento: Cirugía y curetaje agresivo del tumor.

5.1.1.2.1.3 Queratoquiste.

Etiología: Se origina en restos de la lamina dental que se localiza en la mandíbula o maxilar superior; sin embargo hay evidencia que puede derivarse de una extensión del componente de células basales del epitelio bucal que lo cubre.

Características Clínicas: Ocurre con mayor frecuencia en la primera y la segunda década de la vida, afectan de forma predominante la mandíbula, generalmente en la parte posterior del cuerpo y la rama, en el maxilar superior predomina en la zona del tercer molar y con menos frecuencia en caninos.

Características Radiograficas: Lesión radiolucida bien circunscrita y presenta bordes radiopacos delgados, es unilocular y la lesión es adyacente a la corona de un diente sin erupcionar, puede producir expansión ósea.

Diagnostico Diferencial: Quiste dentigero, ameloblastoma, quiste odontogeno calcificante con calcificación reducida, toa, fibroma ameloblastico y otros.

Tratamiento: Excisión quirúrgica con raspado óseo periférico u osteotomía.

5.1.1.2.1.4 Querubismo.

Etiología: Trastorno autosómico dominante con mayor incidencia en hombres que en mujeres, se origina por la deficiente oxigenación, secundaria a fibrosis perivascular.

Características Clínicas: Afecta con mayor frecuencia ángulo, rama ascendente, así como la región posterior del maxilar, se manifiesta por agrandamiento indoloro y simétrico.

Características Radiograficas: Lesiones radiolúcidas, multiloculares bien definidas y los bordes nítidos y divididos por traveculas óseas.

Diagnostico Diferencial: Debe incluir hiperparatiroidismo, hipereostosis cortical infantil y queratoquistes odontogenicos múltiples.

Tratamiento: La intervención quirúrgica se basa en la necesidad de mejorar la función, evitar que se debilite el paciente y mejorar la estética.

5.1.1.2.1.5 Tumor Odontogenico Escamoso.

Etiología: Se origina por la transformación neoplasica de los restos de Malassez ya que afecta el proceso alveolar.

Características Clínicas: Compromete ambos maxilares, pero predomina en la región anterior del maxilar y la región posterior de la mandíbula, no hay predilección en cuanto al sexo, es asintomatico, pero puede producir sensibilidad y movilidad de los dientes.

Características Radiograficas: Lesión bien delimitada con forma semilunar y se relaciona con las raíces dentales.

Tratamiento: Extirpación o curetaje de la lesión.

5.1.1.2.2 En Pompas De Jabón.

5.1.1.2.2.1 Hemangioma.

Etiología: Congénito.

Características Clínicas: Lesiones planas nodulares o abombadas que se localizan con mayor frecuencia en labios lengua y mucosa vestibular.

Características Radiograficas: Lesión radiolucida multilocular o con forma de panal.

Diagnostico Diferencial: Mal formación vascular.

Tratamiento: Abordaje quirúrgico.

5.1.1.2.2.2 Mixoma.

Etiología : Este tumor odontogeno es de naturaleza y origen mesenquimatoso.

Características clínicas: afecta a individuos de 10 a 50 años, se localiza en ambos maxilares por igual, afecta ambos sexos, es expansivo y destruye los dientes.

Características Radiograficas: Radiolucido aunque puede variar de una lesión bien circunscrita a una difusa, a menudo multilocular con un patrón en sacabocados.

Diagnostico Diferencial: El hemangioma central es una consideración grave en las lesiones que tienen forma de panal

Tratamiento : Extirpación quirúrgica de la lesión. Él pronostico es bueno a pesar de la ligera agresividad y moderada tasa de recurrencia de algunas lesiones.

5.1.1.2.2.3 Quiste Óseo Aneurismatico.

Etiología: Se considera una lesión reactiva mas que neoplasica o quistica.

Características Clínicas: Afecta individuos menores de treinta años predomina en mujeres, afecta la mandíbula y el maxilar en las regiones posteriores, especialmente en las zonas molares, es sintomático.

Características Radiograficas: Lesión generalmente unilocular, con bordes irregulares, en algunos casos es multilocular.

Diagnostico Diferencial: Incluirá el ameloblastoma, en especial los quistes multiloculares y el granuloma central de células gigantes.

Tratamiento: curetaje con abordaje extrabucal acompañado de crioterapia.

5.1.2 Radiolucidas Difusas Y/O Múltiples.

5.1 2.1 Defecto Focal Osteoporotico De La Medula Ósea.

Etiología: Ideopatica.

Características Clínicas: Lesión poco frecuente generalmente da en mandíbula posterior, predilección por mujeres.

Características Radiograficas: de apariencia radiolucida en zonas lejanas a la medula ósea hematopoyética como ángulo de mandíbula y tuberosidad del maxilar.

Diagnostico Diferencial: incluye osteomielitis, quiste traumático de hueso, ameloblastoma.

Tratamiento: Biopsia para establecer el diagnostico después de lo cual no requiere tratamiento.

5.1.2.2 Fractura.

Existen diferentes tipos de fracturas según su localización y su etiología esto influye directamente en el tipo de tratamiento que se le dé a cada una de ellas.

5.1.2.3 Hiperparatiroidismo.

Etiología: Ideopática.

Características Clínicas: Asintomático, malestar general.

Características Radiográficas: Lesiones radiolúcidas bien definidas que pueden ser uniloculares o multiloculares, algunos pacientes presentan pérdida de la lamina dura.

Tratamiento: Quirúrgico.

5.1.2.4 Histiocitosis X.

También denominada Histiocitosis Ideopática o Enfermedad de las Células de Langerhans.

Etiología: Ideopática.

Características Clínicas: Por lo general da en niños y adultos jóvenes, predomina en hombres, puede afectar cualquier hueso del cuerpo.

Por lo general el paciente presenta sensibilidad, dolor, tumoración, pérdida de los dientes de la zona afectada, inflamación, hiperplasia y ulceración de los tejidos gingivales.

Características Radiograficas: Lesiones radiolúcidas, múltiples o solitarias que afectan el hueso alveolar y provoca que los dientes parezcan “flotar en el espacio”, pueden dar lesiones óseas en forma de sacabocados.

Diagnostico Diferencial: Periodontitis juvenil, hipofosfatasa, leucemia, tumores malignos.

Tratamiento: Se aplican agentes quimioterapeúticos, a pesar de lo cual, la enfermedad es a menudo fatal.

5.1.2.5 Mieloma Múltiple.

Etiología: Es una enfermedad de los huesos que contiene médula hematopoyética, la mayoría de los pacientes tienen compromiso radiográfico de los maxilares.

Características Clínicas: La edad promedio es 63 años, con ligera predominancia en hombres, en los maxilares puede ser asintomático o causar dolor, tumoración, expansión, entumecimiento de la mandíbula, movilidad de los dientes o fractura patológica.

Características Radiograficas: Zonas radiolúcidas sin corteza y en forma de sacabocado, pueden ser expansivos y escleróticos.

Diagnostico Diferencial: Carcinoma metastásico, linfoma e histiocitosis ideopática.

Tratamiento: Administración de agentes quimioterapéuticos, alquitranes y esteroides, en lesiones óseas dolorosas se emplea radiación local directa, con mal pronóstico.

5.1.2.6 Osteolisis Masiva.

Etiología: También denominada enfermedad de hueso fantasma. Trastorno no neoplásico que consiste en una respuesta proliferativa vascular y del tejido conjuntivo.

Características Clínicas: Es poco frecuente, caracterizada por destrucción ósea lenta, progresiva y localizada.

Características Radiográficas: Inicialmente se presentan una o más lesiones radiolúcidas intramedulares subcorticales por lo general presenta límites difusos, radiopacos y delgados.

Tratamiento: No hay ningún tratamiento.

5.1.2.7 Osteomielitis Crónica Supurativa.

Etiología: Es secuela de la osteomielitis aguda, es decir, es infecciosa en la mayor parte de los casos.

Características Clínicas: Afecta con mayor frecuencia la mandíbula en especial la zona molares sintomática.

Características Radiograficas: Lesión radiolúcida que puede presentar pacificación focal, las lesiones pueden ser muy extensas y de bordes poco claros.

Tratamiento: Antibioticoterapia.

5.1.2.8 Osteoporosis.

Etiología: Factores genéticos o constitucionales, disminución de la actividad física

Características Clínicas: No presenta predominancia de sexo ni raza, ausencia de recesión ósea fisiológica, incluye retardo en la erupción dental, ausencia congénita de dientes y el índice de caries es elevado, es asintomática hasta que se encuentra avanzada.

Características Radiograficas: Masa radiolúcida en donde se ha perdido más del 30% de la masa ósea

Tratamiento: Se intenta controlar con una dieta rica en calcio y diferentes medicamentos a base del mismo.

5.1.2.9 Tumor Neuroectodermico Melanotico De La Infancia.

Etiología: Se origina en la cresta neural.

Características Clínicas: Se presenta en niños menores de 6 meses y se localiza de manera típica en el maxilar superior, aparece como una masa no ulcerada y en ocasiones con pigmentación oscura.

Características Radiograficas: Mancha radiolucida mal definida que puede contener dientes en desarrollo.

Diagnostico Diferencial: Con neuroblastomas, sarcomas o tumores odontogenos.

Tratamiento: Extirpación quirúrgica.

5.1.2.10 Tumores Malignos Que Involucran Hueso.

Entre los más importantes se cuentan el osteosarcoma, osteolisis masiva, queratoquiste, mieloma múltiple, síndrome del nevus basocelular.

5.2 LESIONES RADIOPACAS.

5.2.1 Bien Definidas.

5.2.1.1 Displasia Cementaria Periapical Tercer Estadio.

Etiología : Proceso reactivo, mas que neoplasico, ya que parece ser una respuesta habitual del hueso y del cemento periapical a algún factor local, la causa precisa se desconoce.

Características clínicas: Se localiza en el ápice de dientes vitales, afecta con mayor frecuencia a mujeres, en especial de raza negra y se presenta en la edad media de la vida, su localización más frecuente es la mandíbula.

Características radiograficas: El patrón radiográfico inicial simula un granuloma o quiste apical, cuando la lesión progresa se convierte en un patrón moteado o mixto debido a la reparación del hueso, y en el estado finales una masa sólida radiopaca que suele estar rodeada por un anillo radiolucido.

Diagnostico diferencial: osteomelitis crónica, fibroma osificante y quiste o granuloma periapical.

Tratamiento: No requiere tratamiento.

5.2.1.2 Hiper cementosis.

Son capas de cemento excesivas pero distribuidas de manera uniforme alrededor del tercio apical de una raíz dental, que con frecuencia originan una gran dificultad para la extracción. Es una lesión asintomática que se origina por trauma de oclusión, procesos infecciosos, enfermedad de Paget, su tratamiento es eliminar la causa.

5.2.1.3 Osteítis Condensante.

Etiología: Se cree que corresponde a la reacción inflamatoria de la mandíbula o el maxilar, en respuesta a un microorganismo poco virulento.

Características clínicas: Afecta individuos de cualquier edad, sexo o raza, aparece más en mujeres negras de edad media, Evolución crónica con exacerbaciones agudas en las que se presentan dolor, edema y en ocasiones fístulas.

Características radiográficas: Lesión difusa que afecta una gran parte de la mandíbula, la lesión está mal definida, pueden encontrarse zonas radiolúcidas con masas escleróticas.

Diagnostico diferencial: Displasia ósea florida.

Tratamiento : antibióticos

5.2.1.4 Osteoma.

Etiología: Se desconoce, aunque se postulan causas como traumatismos, respuesta a una infección y anomalías de crecimiento.

Características clínicas: Tumor que aparece con mayor frecuencia entre la segunda y quinta década, tiene predominancia en hombres, son solitarios, se localiza en mandíbula, maxilar, huesos faciales y senos paranasales.

Características radiograficas: Se manifiestan como masas radiopacas y bien definidas

Diagnostico diferencial: Exostosis de los maxilares.

Tratamiento : Extirpación quirúrgica.

5.2.1.5 Sialolito.

Calcificaciones en las glándulas salivares. Se localiza en la glándula submaxilar y parotida. Se forman cuando hay una salida muy viscosa y el conducto es muy tortuoso, entonces la saliva no puede fluir y se calcifica. Se depositan sales de calcio alrededor de una bacteria.

Cuando se acumula en la glándula sublingual o submaxilar se llama ranula.

Características Clínicas: Masa sesil, blanda, fluctuante, en piso de boca de color morado hay presencia de dolor al ver comida.

Tratamiento: Quirúrgico.

5.2.1.6 Torus Y Exostosis.

Etiología : No es clara, aunque hay evidencias que puede ser un trastorno hereditario

Características clínicas.

Torus palatino: masa ósea sesil, localizada en la línea media del paladar duro, mas frecuente en mujeres que en hombres, aparece durante la segunda y tercera época de la vida, de crecimiento lento y asintomático.

Torus mandibular: Son excrecencias óseas localizadas en la región lingual de la mandíbula, casi siempre bilaterales, aparecen en la región premolar, asintomático de crecimiento lento.

Exostosis : son excrecencias óseas múltiples, asintomáticos que se localizan a lo largo de la región vestibular del hueso alveolar, se presenta con mayor frecuencia en las porciones posteriores de los maxilares.

Características radiograficas: Lesiones radiopacas difusas.

Tratamiento : No requiere tratamiento, excepto por rehabilitación protésica.

5.2.2 Cuerpos Extraños.

Esquirlas de plomo, instrumentos, implantes metálicos, limas fracturadas dentro de los conductos, alambres de osteosíntesis etc.

5.2.3 Radiopacas Difusas Y/O Múltiples.

5.2.3.1 Displasia Fibrosa.

Etiología : Trastorno ideopático.

Características clínicas:

Monostótica : Ocurre con mayor frecuencia en el maxilar que en la mandíbula y las lesiones pueden extenderse hasta el seno maxilar. , El crecimiento es lento, progresivo y por lo general bilateral. Hay desplazamiento de dientes.

Poliostótica : Es poco frecuente, los pacientes presentan lesiones de cráneo, huesos faciales o maxilares.

Características radiográficas: Varían de una lesión radiolúcida hasta una masa densa radiopaca, de bordes mal definidos.

Diagnostico diferencial: Fibroma osificante, la enfermedad de Paget y la osteomielitis crónica.

Tratamiento: Las lesiones pequeñas no requieren.

5.2.3.2 Displasia Osea Florida.

Etiología: Trastorno ideopático.

Características clínicas: Se manifiesta como un crecimiento lento y progresivo, asintomático.

Características radiograficas: Se puede encontrar una masa radiopaca con un gran número de trabeculas óseas.

Diagnostico diferencial: Fibroma osificante, enfermedad de Paget y osteomielitis crónica.

Tratamiento: No requiere tratamiento.



5.2.3.3 Enfermedad De Paget.

Etiología: Ideopatica.

Características Clínicas: Se presenta de manera bilateral y simétrica, se presenta con mayor frecuencia en el maxilar superior. Los síntomas iniciales se relacionan con deformidad o dolor en los huesos afectados y las molestias neurológicas que incluyen: cefalea, alteraciones auditivas o visuales, parálisis facial, vértigo o debilidad.

Características Radiograficas: Parches radiopacos denominados “ de algodón en rama”, perdida de lamina dura del espacio del ligamento periodontal y resorcion de las raíces.

Diagnostico Diferencial: Displasia ósea florida, osteomielitis esclerosante, osteosarcoma y osteopetrosis.

Tratamiento: Analgésicos.

5.2.3.4 Hiper cementosis.

Son capas de cemento excesivas pero distribuidas de manera uniforme alrededor del tercio apical de una raíz dental, que con frecuencia originan una gran dificultad para la extracción. Es una lesión asintomática que se origina por trauma de oclusión, procesos infecciosos, enfermedad de Paget, su tratamiento es eliminar la causa.

5.2.3.5 Osteomielitis Crónica Difusa Esclerosante.

Etiología: Reacción inflamatoria en respuesta a un microorganismo poco virulento.

Características Clínicas: Afecta individuos de cualquier edad, sexo o raza, pero hay tendencia a manifestarse en mujeres negras de edad mediana. La enfermedad se caracteriza con exacerbaciones agudas en las que se presenta dolor, edema y en ocasiones fistulas.

Características Radiográficas: Lesión difusa que afecta gran parte de la mandíbula. La lesión esta mal definida y puede encontrarse zonas radiolúcidas relacionadas con masas escleróticas.

Diagnostico Diferencial: Displasia ósea florida y osteomielitis esclerosante.

Tratamiento: Antibióticos.

5.2.3.6 Osteopetrosis.

Etiología: Trastorno óseo Hereditario

Características Clínicas: No presenta predominancia en sexo o raza, aparece desde el nacimiento, la erupción de los dientes es tardía que se debe a la anquilosis ósea, el índice de caries es elevado debido a la hipoplasia del esmalte.

Características Radiográficas: Incluye la apariencia de “ hueso dentro de hueso” por lo general, hay aumento de la densidad esquelética.

Diagnostico Diferencial: Osteomielitis.

Tratamiento: La terapia debe dirigirse hacia la búsqueda y tratamiento de las complicaciones (anemia, osteomielitis).

5.2.3.7 Osteosarcoma.

Etiología: Ideopatica.

Características Clínicas: Se localiza en los maxilares, aparecen con mayor frecuencia en la segunda década de la vida. Suelen causar Tumoración y dolor localizado, no produce ulceración de piel o de mucosa.

Características Radiograficas: Lesiones radiolúcidas moteadas o radiopacidades irregulares mal definidas.

Diagnostico Diferencial: Osteomelitis crónica.

Tratamiento: Extirpación quirúrgica.

5.2.3.8 Síndrome De Gardner.

Etiología : Trastorno hereditario, autosómico dominante.

Características Clínicas: Presencia de osteomas múltiples de los maxilares y de los huesos faciales, son masas duras, asintomáticas y de crecimiento lento.

Características Radiograficas: lesiones radiopacas bien densas y bien delimitadas.

Diagnostico Diferencial: Exostosis de los maxilares, osteoblastomas y osteomas osteoides.

Tratamiento : Extirpación quirúrgica.

5.3 LESIONES MIXTAS.

5.3.1 Lesiones Radiopacas Con Halo Radiolucido.

5.3.1.1 Cementoblastoma.

Etiología: Tumor benigno que deriva del cementoblasto.

Características clínicas: Predomina en la segunda y tercera década de la vida, no presenta diferencias en la distribución por sexos. Se localiza con mayor frecuencia en la parte posterior de la mandíbula, en ocasiones provoca dolor intenso e intermitente.

Características radiográficas: Lesión opaca que reemplaza la raíz dental y por lo general está rodeada de un anillo radiolucido.

Diagnostico diferencial: Odontoma, osteoblastoma, osteomielitis focal esclerosante hipercementosis.

Tratamiento: Extracción dental.

5.3.1.2 Diente Incluido.

Etiología: Es multifactorial asociada a factor hereditario, trauma, factores ambientales, evolución de la especie etc.

Características Radiograficas: Se observa una zona radiopaca rodeada por un halo radiolucido asociado generalmente con la corona del diente.

Tratamiento: Quirúrgico.

5.3.1.3 Fibrodontoma Ameloblastico.

Etiología: Ideopatica asociada a la proliferación atípica de la lamina dental primaria o permanente.

Características Clínicas: Predomina en niños y adultos jóvenes, se localiza en la zona retromolar de la mandíbula, no hay diferencia en la distribución por sexos.

Características Radiograficas: Lesiones bien delimitadas rodeadas por un borde esclerótico unilocular o multilocular que se puede relacionar con la corona de un diente retenido

Diagnostico Diferencia: Ameloblastoma, odontomas, mixoma odontogeno, quiste dentigero, queratoquiste odontogeno, granuloma central de células gigantes e histiocitosis.

Tratamiento : Cirugía conservadora.

5.3.1.4 Odontoma Compuesto Y Complejo.

Etiología: Tumor mixto de origen epitelial como mesenquimatoso.

Características Clínicas: Afecta niños y adultos jóvenes se localiza con mayor frecuencia en el maxilar que en la mandíbula, no produce sintomatología.

Se presentan 2 tipos el primero llamado compuesto en el que se encuentran múltiples dientes rudimentarios o en miniatura. Y el segundo en el que se observan conglomerados amorfos de tejidos duros se le conoce como odontoma complejo.

Características Radiograficas: Se localiza entre las raíces o sobre la corona de un diente retenido, las lesiones iniciales son radiolúcidas con zonas de opacidad que corresponden a la dentina y al esmalte.

Diagnostico Diferencial: Osteomielitis esclerosante focal, osteoma, displacia cementaria periapical, fibroma osificante y cementoblastoma.

Tratamiento: La enucleacion.

5.3.1.5 Osteoma - Osteoide.

Etiología: Lesión benigna Ideopatica.

Características Clínicas: Se presenta en la segunda y tercera década de la vida, predomina en hombres, las lesiones maxilares son poco habituales el síntoma principal es el dolor que aumenta de intensidad con el transcurso del tiempo.

Características Radiograficas: Lesión radiolucida pequeña, ovoide, rodeada por un borde de hueso esclerótico y de crecimiento limitado.

Diagnostico Diferencial: Osteoblastoma.

Tratamiento: Extirpación quirúrgica.

5.3.1.6 Tumor Odontogenico Adenomatoides.

Etiología: De origen odontogeno.

Características Clínicas: Afecta más a mujeres que a hombres, se localiza con mayor frecuencia en la región anterior de la mandíbula y el maxilar, a menudo se relaciona con las coronas de dientes retenidos.

Características Radiograficas: Lesión unilocular bien delimitada que se localiza alrededor de la corona de un diente retenido.

Diagnostico Diferencial: Quiste dentiger y quiste radicular lateral.

Tratamiento : Enucleación.

5.3.2 Mixtas.

5.3.2.1 Condrosarcoma.

Etiología : Es una neoplasia maligna de cartílago.

Características Clínicas: Afecta con más frecuencia la zona maxilar que la mandibular, ocurren con mayor frecuencia en regiones premolares y molares, sinfisis, y apofisis coronoides, predomina en adultos y ancianos, los signos habituales incluyen tumoración indolora y expansión de los huesos afectados que causa pérdida de los dientes.

Características Radiográficas: Varía desde lesiones radiolúcidas moteadas, solitarias o multiloculares, hasta lesiones opacas difusas,

Diagnostico Diferencial: Ameloblastoma, granuloma central de células gigantes, mixoma odontogeno, quiste óseo aneurismático y queratoquiste.

Tratamiento : Extirpación quirúrgica local o radical de la lesión.

5.3.2.5 Fibroma Odontogenico Central

Etiología : Ideopática.

Características Clínicas: Se presenta a cualquier edad, afecta por igual a ambos maxilares.

Características Radiográficas: Lesión radiolúcida, por lo general multilocular que a menudo produce expansión cortical.

Diagnostico Diferencial: Ameloblastoma.

Tratamiento: Extirpación de la lesión.

5.3.2.6 Osteomielitis De Garre.

Etiología: Proceso inflamatorio de origen pulpar que se ha diseminado. Se presenta especialmente en niños en el maxilar inferior por una lesión apical en 1 2 molar.

Signos y Síntomas Clínicos: Cambios dentales expansión de la cortical vestibular por lo general hacia el borde mandibular radiograficamente se observa radiopaca en capas de cebolla por haber una proliferación en el periostio.

Tratamiento: Tratar el diente afectado.

5.3.2.7 Osteomielitis Supurativa Crónica.

Etiología: Reagudización de una osteomielitis aguda, asociada también a procesos infecciosos.

Signos y Síntomas Clínicos: En los maxilares ocurre en un 90% de los casos, el resto son traumatismos. Es la infección e inflamación del hueso incluyendo la medula ósea. Produce parestesia, dolor intenso, inflamación facial, necrosis parcial del hueso, después de un tiempo comienza a formar fistulas, fiebre, malestar general.

Tratamiento: Lavar, sacar el hueso necrotico, terapia antibiótica.

5.3.2.8 Osteosarcoma.

Etiología: Ideopática.

Características Clínicas: Se localiza en los maxilares, aparecen con mayor frecuencia en la segunda década de la vida. Suelen causar tumoración y dolor localizado, no produce ulceración de piel o de mucosa.

Características Radiográficas: Lesiones radiolúcidas moteadas o radiopacidades irregulares mal definidas.

Diagnostico Diferencial: Osteomielitis crónica.

Tratamiento: Extirpación quirúrgica.

5.3.2.9 Quiste Odontogenico Calcificante.

Etiología: Se deriva de restos de epitelio odontogeno, situados en la encía en los maxilares.

Características Clínicas: Se presenta con mayor frecuencia en la segunda década de la vida, predomina en mujeres y se localiza en la mandíbula, es asintomático y la duración es de seis meses o menos.

Características Radiográficas: Lesión unilocular o multilocular con bordes discretos y bien delineados, puede tener calcificaciones que producen opacidades.

Diagnostico Diferencial: Quiste dentigero, queratoquiste odontogeno y el ameloblastoma uniuquístico.

Tratamiento : Enucleación.

5.3.2.10 Tumor Odontogenico Epitelial Calcificante.

Etiología: Ideopatica de origen odontogeno.

Características Clínicas: No presenta diferencia entre los sexos, más frecuente en mandíbula que en maxilar y predomina en la región molar de la rama mandibular.

Características Radiograficas: Pueden ser uniloculares o multiloculares relacionadas con dientes retenidos.

Diagnostico Diferencial: Si la lesión es radiolucida con quiste dentigero, queratoquiste odontogeno, ameloblastoma y el mixoma odontogeno. Cuando es mixto, con tumor odontogeno adenomatoide, fibrodontoma ameloblastico, el fibroma osificante y el osteoblastoma.

Tratamiento: Quirúrgico.

JUSTIFICACIÓN.

Esta presentación multimedia se justifica por:

- Hay ausencia en el área odontológica de programas de recopilación bibliográfica de patologías orales, lo cual hace necesario incursionar en este campo aprovechando la tecnología.

- Aprovechar los medios que nos ofrecen las diferentes redes de comunicación para tener facilidad al conocimiento rápido, actualizado y visual de las patologías orales, agrupándolas en un paquete informático.

- Dar un aporte tecnológico en el área odontológica que permita tener acceso a una mayor cantidad de bibliografía actualizada, relacionada con la patología oral, ocupando un menor espacio físico y a menor costo.

5. OBJETIVOS.

5.1 GENERAL.

Crear una presentación multimedia de acceso fácil y directo para el personal odontológico que contenga información acerca de las patologías orales básicas, su etiología, características clínicas, características radiográficas, diagnósticos diferenciales y tratamiento; para facilitar al odontólogo su labor profesional, y al estudiante una guía de búsqueda mas rápida y efectiva para la construcción del conocimiento.

5.2 ESPECÍFICOS.

- Recopilar la mayor cantidad posible de información bibliográfica actualizada de las patologías orales más frecuentes.

- Buscar el acceso a paginas de Internet de las diferentes universidades del mundo, para recoger imágenes clínicas, histopatológicas y radiográficas de patologías orales.

- Diseñar las paginas de hipertexto en las cuales se describe y visualiza cada patología.

- Aprovechar la rapidez en la búsqueda de patologías orales que nos ofrecen las paginas de hipertexto recopiladas en un disco compacto (CD).

- Orientar al estudiante y reafirmar los conocimientos del profesional en el campo del diagnostico lógico de la patología oral.

5.3 PROPÓSITO.

Esta presentación multimedia se realizo con los siguientes propósitos:

- Brindar un aporte a la odontología con el animo de hacer consciente al profesional de la salud oral, de la necesidad de aprovechar los avances tecnológicos para recopilar información en áreas tan complejas y extensas como lo es la patología oral.

- Servir como parámetro para que se realicen nuevos paquetes informáticos en otras áreas de la patología.

- Además de la utilidad que representaría, a nivel investigativo, e informativo, el presente trabajo tiene una fácil aplicación a nivel pedagógico, pudiendo convertirse en una guía de fácil acceso tanto para el profesional como para estudiantes, optimizando el trabajo y la capacidad de la biblioteca del Colegio Universitario Colombiano.

- Por ultimo, cabe esperar que sirviéndose de la red mundial de la información Internet, esta presentación multimedia de las patologías orales sea visitada y consultada por el personal de la salud no solo del país sino del exterior, ampliando los horizontes y el área de influencia de la labor pedagógica del Colegio Universitario Colombiano.

CONCLUSIONES.

- A menudo a partir de una buena prueba clínica y radiográfica se puede obtener un diagnóstico rápido y eficaz. Por lo tanto se ofrece este CD con información básica, la que es apropiada para el estudiante como una introducción al tema, y para el profesional como un texto de consulta.
- La ayuda de los computadores en la odontología es fundamental, ya que por medio de sistemas como el Internet y el correo electrónico se pueden investigar los últimos adelantos y procedimientos para diagnosticar y tratar todo tipo de casos que se presenten en el consultorio particular.
- Gracias a la tecnología se logró obtener una recopilación de gran cantidad de información en un reducido espacio tal y como lo es un disco compacto; para brindar una ayuda rápida y eficaz al profesional de hoy.

- Encontrar en una sola guía el conjunto de patologías básicas en odontología, ayudara a llenar el vacío existente en el estudiante y/o profesional que desee ser mejor, tanto en lo personal como en lo académico.

RECOMENDACIONES.

- La capacidad de información de un disco compacto es tan grande que resulta obvio suponer las posibilidades que tiene un trabajo como este, es decir una persona idónea en lo que a programación de paginas de hipertexto se refiere podría realizar periódicamente actualizaciones del CD. Seria bueno contar con videos y sonido ya que esto haría más interesante el trabajo.

- Es importante conocer que la consulta en la red (Internet) no es muy sencilla ya que los sitios que se encuentran son mantenidos por poco tiempo y además son pocos los gratuitos.

- En Internet es bueno visitar las paginas de las diferentes universidades ya que además de ser muy completas se pueden hacer amigos en otros países y conocer las diferentes terapias que se aplican estimulando así el colegaje que es tan importante para los profesionales.

- Es necesario que se realicen nuevos trabajos como este en los diferentes campos de la odontología, para ir de una forma paralela con los adelantos tecnológicos ya

que nos ofrecen una información rápida, completa y actual ocupando espacios mucho mas reducidos cada día.

- Se debe contar con los últimos programas en programación HTML ya que estos ofrecen muchas y muy variadas opciones con el fin de hacer las paginas de hipertexto más atractivas para el usuario estimulándolo a que acreciente su uso.

BIBLIOGRAFIA.

- Patología bucal. Joseph A. Regezy - James J. Sciubba.
- Patología estructural y funcional – Cotran Kumar Robbins vol. I y II 1994.
- Color atlas of oral disease in children and adolescent. Scully, Crispian 1994.
- Lesiones ulcerativas de la mucosa bucal. Practica Odontológica - México vol. 17, agosto 1996.
- Manifestaciones bucales y periodontales en pacientes con SIDA. Practica odontológica - México- vol. 17, octubre 1996.
- Gingivitis en el preescolar. Practica odontológica - México- vol. 17, septiembre 1996.
- Radiología oral: Principios e interpretación. Tercera edición, Goaz, Paul W. 1995.

- Clínica estomatológica: SIDA, cáncer y otras y otras afecciones. Ceccotti Eduardo Luis 1996.

- Endodoncia: diagnóstico y tratamiento. Guldener, Peter H. A. 1995.

- Los caminos de la pulpa. Cohen, Stephen – Burns Richard C. Quinta edición.

- Instrumentación en la enfermedad periodontal- Panamericana.

- Workshop 97, Periodoncia.

INTERNET.

- <http://www.ada.org/>

- <http://www.dentalsite.com/dentists/>

- <http://www.perio.org/journal/table.html>

- <http://www.gen.emory.edu/medweb/medweb.dental.html>

- <http://w3.dh.nagasaki-u.ac.jp/tf/atoz.html>

- <http://www.derweb.ac.uk/dilindex.html>
- <http://www.dentalcol.com/>
- <http://www.dentalsite.com/dentists/denstu.html>
- <http://odont.com/index.htm>
- <http://146.83.48.81/>