



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

MALFORMACIONES CONGENITAS

Handwritten signature or initials

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

JULIO CESAR PARRA VENTURA



México, D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I. MALFORMACIONES DE LOS MAXILARES

- A) Disostosis Cleidocraneal
- B) Disostosis Craneofacial
- C) Disostosis Mandibulofacial
- D) Fisura Mandibular
- E) Fisura Palatina
- F) Macrognatia Micrognatia y Agnathia
- G) Osteogénesis Imperfecta
- H) Osteopetrosis
- I) Querubismo
- J) Síndrome de Pierre Robin

CAPITULO II. MALFORMACIONES DE LOS DIENTES

- A) Amelogenesis Imperfecta
- B) Anodoncia
- C) Concrecencia
- D) Dentición Pretemporaria
- E) Dentinogénesis Imperfecta

- F) Dens in Dente
- G) Dientes en Cáscara
- H) Dientes de Hutchinson
- I) Dientes Pospermanentes
- J) Dientes Supernumerarios
- K) Displasia Ectodérmica:
- L) Geminación
- LL) Hipocalcificación del Esmalte
- M) Macrodoncia y Microdoncia
- N) Molares en Mora
- Ñ) Odontodisplasia
- O) Taurodontismo

CAPITULO III. MALFORMACIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

- A) Anquiloglosia
- B) Enfermedad de Fordyce
- C) Epulis Congénito
- D) Fístulas o Fositas Congénitas del Labio
- E) Fisura del Labio Superior
- F) Glositis Rómbica Media
- G) Labio Doble

- H) Lengua Fisurada
- I) Lengua Hendida
- J) Macroglosia
- K) Microglosia y Aglosia
- L) Nevo Blanco Esponjoso
- LL) Perlas de Epstein
- M) Quistes Branquiales
- N) Quistes del Conducto Tirogloso
- Ñ) Quiste Dermoide
- O) Tiroides Lingual

CONCLUSI ON.

BIBLIOGRAFIA.

I N T R O D U C C I O N

Para un pleno conocimiento de las diversas - malformaciones existentes, es preciso que el Odontólogo tenga conocimientos básicos de Embriología - e Histología, ya que las anomalías aquí tratadas - tienen un origen congénito, aunque pueden ser de - origen hereditario también.

Los trastornos genéticos se manifiestan en el momento del nacimiento o pueden presentarse antes - del nacimiento; los trastornos hereditarios pueden tener lugar en el nacimiento o después de él.

Es importante conocer aquellas anomalías que - pueden tener un origen no genético, adquiridas a - través de alguna enfermedad infectante; ya que si - no son diferenciadas oportunamente por el Odontólogo, tanto la anomalía local como la enfermedad sis - témica seguirán su avance.

La labor desempeñada por el C.D. está fundada en la reparación estética, funcional y fonética, - de aquellos pacientes con anomalías de desarrollo.

Mi interés en la elaboración de esta tesis es lograr que se tenga especial cuidado al estudiar - estas enfermedades y que el Odontólogo diferencia - aquellas anomalías que pueden ser tratadas oportu - namente.

CAPITULO I
MALFORMACIONES
DE LOS
MAXILARES

MALFORMACIONES DE LOS MAXILARES

Las Malformaciones de los Maxilares ocasionan alteraciones en la forma y fisiología del hueso; - estos trastornos son irreversibles y los efectos - sobre el hueso son típicos.

Estas alteraciones son congénitas, transmitidas por herencia en su mayoría, las cuales pueden ser ocasionadas en un 50% de los casos que se presentan.

Estas malformaciones podrían dar un dato de diagnóstico para cualquier C.D.; ya que en la vida del profesionalista Odontológico, se llega uno a encontrar con casos extremadamente raros y a la vez desconocidos y es aquí donde se deben aportar todos los conocimientos para diferenciar estas anomalías.

A continuación se hace mención de algunas de las anomalías de los maxilares que se presentan con mayor frecuencia.

A) DISOSTOSIS CLEIDOCRANEAL. (ENFERMEDAD DE-SAINTON).

DEFINICION: Es una enfermedad del cráneo, -- dientes y maxilares, y con ausencia de las clavículas.

ETIOLOGIA: Este síndrome es de etiología des-

conocida, que se transmite con un carácter dominante autosómica; afecta tanto a mujeres como hombres.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS-BUCALES. Se puede apreciar anomalía del cráneo, maxilares y dientes. El paciente presenta un aspecto característico del cráneo con los siguientes signos; el cráneo presenta una hendidura frontal y parietal que le proporciona a la cara un tamaño pequeño.

Las suturas del cráneo se encuentran abiertas y casi siempre no llegan a cerrarse; en las líneas de sutura aparecen centros secundarios de osificación formándose los huesos wormianos.

Existe una ausencia de las clavículas o su incompleta formación, que le proporciona al paciente la movilidad de los hombros hasta juntarlos entre sí.

Además existe afectación de los huesos de la columna vertebral, de la cadera, huesos largos y huesos de los dedos.

Se puede apreciar un subdesarrollo del maxilar en relación con la mandíbula; el paladar tiene un arco muy pronunciado y estrecho que puede llegar a fisurarse. Se ha observado una falta del cierre de la sinfisis mentoniana; existe un prognatismo falso debido al poco desarrollo del maxilar superior.

Los dientes desiguales tienen una prolongada re-tención, y el retardo de la erupción de los dientes permanentes es muy común en esta enfermedad. - Las raíces dentales se hallan cortas y delgadas - con una ausencia o escasez del cemento radicular - ocasionada por la falla en la erupción.

Una característica importante es la aparición de dientes supernumerarios en gran cantidad en estos pacientes.

TRATAMIENTO: No existe un tratamiento real pa-ra esta enfermedad.

Los dientes primarios se deberán restaurar, - ya que su extracción no implica la erupción de un diente permanente.

B) DISOSTOSIS CRANEOFACIAL. (ENFERMEDAD DE - CROUZON).

DEFINICION: Es una enfermedad de deformación del cráneo y la cara y con alteraciones oculares.

ETIOLOGIA: Esta enfermedad tiene una etiolo--gía desconocida, se creía que era hereditaria; pero muchos pacientes con esta enfermedad no presentaban antecedentes familiares.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Se manifie-sta una gran variedad de malformaciones de la cara-

y del cráneo así como anomalías oftálmicas.

El cráneo se halla prominente en la región - frontal; la fontanela anterior permanece abierta.

La malformación facial consiste en un aplana- miento de la misma, con un relativo prognatismo - mandibular y la nariz en forma de pico; dentro de- las alteraciones oculares se halla que el paciente presenta Exoftalmía, Hipertelorismo y en algunos - pacientes hay atrofia óptica y estrabismo divergen te. El paciente puede o no tener retardo mental.

El arco dental superior tiene forma de "V" y- los dientes están apiñonados; en algunos pacientes se ha apreciado hendidura en el paladar. Se apre- - cia un prognatismo mandibular o hipoplasia del ma- xilar.

TRATAMIENTO: No existe un tratamiento para es te tipo de enfermedad y los pacientes no presentan complicaciones graves.

C) DISOSTOSIS MANDIBULOFACIAL. (SINDROME DE FRANCESCHETTI).

DEFINICION: Es un síndrome con alteraciones - del ojo, anomalías del oído externo y medio e hipo- plasia de la mandíbula.

ETIOLOGIA: Este síndrome parece haber sido he

redado como carácter dominante autosómico; esta -
 caracterizado por anomalías oftálmicas, anomalías-
 oftálmicas, anomalías del oído externo y medio e -
 hipoplasia de la mandíbula.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. El aspecto-
 facial del paciente es muy llamativo, las fisuras-
 palpebrales están inclinadas hacia abajo y existe
 un Coloboma en el tercio externo del párpado infe-
 rior, con ausencia de pestañas en esta zona; el -
 oído medio suele tener anomalías y el pabellón
 auricular está deformado.

Existe una hipoplasia en la mandíbula, el án-
 gulo de la misma es anormalmente obtuso y el borde
 inferior del cuerpo es muy cóncavo; el paladar es-
 alto y en ocasiones hendido. La maloclusión es muy
 frecuente y los dientes pueden estar separados, -
 desplazados o hipoplásicos.

El paciente tiene un crecimiento atípico del-
 pelo, una mandíbula pequeña que le proporciona un-
 aspecto de cara de pájaro o de pez.

TRATAMIENTO: No hay tratamiento para este sín-
 drome sin embargo la mayoría de los pacientes vi-
 ven por períodos normales.

D) FISURA MANDIBULAR.

DEFINICION: Es una hendidura del labio infe--

rior, pudiendo interesar el hueso.

ETIOLOGIA: No parece existir una base genética en esta anomalía siendo una enfermedad muy rara; esta hendidura mandibular parece originarla - una falta de desarrollo de la cópula impar que -- crece entre los procesos mandibulares pares primarios para formar el arco mandibular.

La profundidad y la extensión de esta fisura es variable, en ocasiones tan leves que sólo interesa el labio inferior y sin interesar el hueso. - En ocasiones el trastorno es más grave, que ocasiona un hundimiento completo de la mandíbula, lengua y estructuras centrales del cuello hasta el hueso hioides.

TRATAMIENTO: Es a partir de procedimientos - quirúrgicos para mejorar la estética.

E) FISURA PALATINA.

DEFINICION: Es la falta de fusión de los dos procesos palatinos, formando una hendidura entre - ambos.

ETIOLOGIA: No se conoce la causa exacta de la fisura palatina, pero se han observado predisponentes: la herencia, ya que se ha observado en hijos - cuyos padres padecen el mismo defecto; un aporte - sanguíneo deficiente en dichas zonas; substancias-

tóxicas y drogas o que circundan en esa zona; por infecciones o por falta de fuerza de desarrollo in trínseca.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Clínicamente se presenta un cuadro variable en la intensidad de la malformación, en grados mínimos como la úvula bífida y la hendidura submucosa del paladar - - blando; esta hendidura puede solamente limitarse - a labio superior, o puede extenderse dividiendo el paladar blando e incluso el paladar duro, existiendo una comunicación entre la cavidad bucal y nasal.

La fisura palatina puede ser unilateral o bilateral.

Los dientes suelen estar ausentes en la región de la hendidura o son supernumerarios; los dientes que faltan con mayor frecuencia son los premolares e incisivos laterales superiores.

Resulta difícil para el niño el comer y beber, debido a la regurgitación de los alimentos hacia la nariz; también hay problemas fonéticos.

TRATAMIENTO: En la mayoría de los casos la cirugía corrige este problema, y dicha operación deberá realizarse después de los 18 meses de edad y cuando el niño halla ganado peso y esté libre de infecciones. El pronóstico es favorable siempre y cuando la reparación se haga a través de un cirujano plástico experimentado.

F) MACROGNATIA.

DEFINICION: Significa maxilar grande.

ETIOLOGIA: Es un estado patológico muy raro, - se desconoce su origen aunque en algunos casos se ha observado una línea hereditaria.

Esta enfermedad se refiere a la alteración en que uno o ambos maxilares son anormalmente grandes.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Esta enfermedad sólo se observa en los maxilares pero puede estar asociado con otras lesiones, como es la enfermedad de Paget en la que hay un crecimiento excesivo en maxilar superior; como la Leontiasis - - Osea; en la que hay agrandamiento del maxilar superior, y la Acromegalia, en la que hay agrandamiento del maxilar inferior.

La manifestación clínica de esta enfermedad - se traduce en un prognatismo generalmente.

TRATAMIENTO: Se basa en la operación quirúrgica a través de la Ostectomía, de una parte de la - mandíbula para reducir la longitud de ésta. El resultado es excelente tanto funcional como estético.

MICROGNATIA.

DEFINICION: Significa maxilar pequeño.

ETIOLOGIA: La causa exacta no se conoce, pero se piensa que se deba a la falta de centros de crecimiento en el cóndilo. (Micrognatia Congénita), o a un trastorno de la zona de la articulación temporomandibular (Micrognatia Adquirida).

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Esta enfermedad puede afectar a cualquier maxilar y significa maxilar pequeño.

El aspecto clínico de esta enfermedad cuando se afecta el maxilar superior es una retracción -- del tercio medio de la cara; cuando se afecta la mandíbula se manifiesta por una retracción del mentón, un ángulo mandibular acentuado y una barbilla deficiente.

TRATAMIENTO: Se desconoce el tratamiento de la micrognatia.

AGNATIA.

DEFINICION: La falta de desarrollo de un maxilar se denomina agnatia.

ETIOLOGIA: Es un defecto congénito raro.

CARACTERISTICAS CLINICO BUCALES: Se caracteriza por la ausencia del maxilar superior o inferior; en el caso del superior, puede tratarse de una de las apófisis maxilares o aún del premaxilar; en la mandíbula puede haber ausencia parcial de la misma o únicamente el cóndilo o la rama.

G) OSTEOGENESIS IMPERFECTA.

DEFINICION: Es un defecto de los huesos que da como resultado un tejido óseo de mala calidad.

ETIOLOGIA: Esta enfermedad tiene una etiología desconocida aunque ha habido casos hereditarios, como carácter autosómico dominante.

El defecto principal es debido a una ausencia de la actividad Osteoblástica que da como resultado un tejido óseo de mala calidad, provocando múltiples fracturas que pueden restablecerse, pero el hueso nuevo formado es también de mala calidad y tiende nuevamente a la fractura.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Como principal característica de esta enfermedad es la propensión a la fractura debido a la fragilidad y a la porosidad de los huesos.

Afecta principalmente a los niños durante los primeros años de la vida y muchos de ellos mueren a poco tiempo, e inclusive pueden nacer muertos.

Se aprecian signos y síntomas en relación a esta enfermedad como sordera, anomalías dentales, piel delgada, escleróticas azules, articulaciones laxas.

Las alteraciones dentales son similares a las observadas a la dentinogénesis imperfecta; existe-

un cambio de color en los dientes especialmente in
cisivos inferiores.

TRATAMIENTO: No existe tratamiento para este tipo de enfermedad; el pronóstico es desfavorable ya que el niño puede morir en el útero, en el parto o durante la infancia; si el paciente sobrevive su constitución física se verá deformada.

H) OSTEOPETROSIS. (ENFERMEDAD DE ALBERS-SCHÖNBERG).

DEFINICION: Es una alteración de los huesos - por un considerable aumento de la aposición de hueso.

ETIOLOGIA: Es una enfermedad de etiología des
conocida, aunque puede ser hereditaria y existen - dos tipos de Osteopetrosis benigna y maligna.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. La enfermedad está caracterizada por una falta de absorción-ósea en presencia de una formación ósea normal que da como resultado la densidad ósea; afectando el - esqueleto pero en especial los huesos de las extre
midades.

La forma maligna de esta enfermedad se caracteriza, porque se presenta desde el nacimiento e - inclusive in útero, siendo la aposición de hueso - normal, no así la resorción ósea normal; los sig--

nos y síntomas en esta forma maligna son inflamación del hígado y bazo, sordera, abombamiento del hueso frontal y parálisis de diversos nervios; estos pacientes fallecen a corta edad a causa de una osteomielitis o anemia.

La forma benigna tiene un período de vida más elevado, las características clínicas son las mismas que en las malignas, existe hipoplasia del esmalte, formación incompleta de las raíces y los dientes no erupcionan a causa del esclerosamiento del hueso.

TRATAMIENTO: No hay tratamiento para la osteopetrosis y el pronóstico es desfavorable.

1) QURUBISMO.

DEFINICION: Es una tumefacción del maxilar superior produciendo un agrandamiento de la cara.

ETIOLOGIA: Es una enfermedad rara que afecta a los maxilares; en estudios realizados se determinó que esta enfermedad es hereditaria por medio de un gen dominante autosómico, afectándose más los hombres que las mujeres.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. El paciente se ve afectado entre los dos y cuatro años de edad, manifestándose esta enfermedad como una tumefacción indolora de ambos maxilares dándole al paciente un aspecto de querubín; la mayoría de las veces

se afecta sólo la mandíbula.

Los ganglios linfáticos submaxilares pueden estar inflamados; estos pacientes pueden tener limitaciones en los movimientos maxilares y dificultad al hablar, masticar y deglutir. El paladar puede estar agrandado; la dentición desidua puede caer prematuramente y espontáneamente. Los dientes permanentes suelen estar defectuosos con desplazamiento y en ocasiones existe ausencia de varios de ellos.

Los maxilares están firmes y duros a la palpación; la lesión suele detenerse después del séptimo año hasta la pubertad, en cuya etapa se observa una mejoría de la cara. Por lo general no quedan vestigios de la deformidad para la época en que el paciente llega a la edad adulta.

TRATAMIENTO: Debido a que la enfermedad muestra regresión al llegar a la pubertad, se descarta toda la posibilidad del tratamiento quirúrgico; cuando después de la pubertad las lesiones son muy notorias se aconseja la corrección quirúrgica.

J) SINDROME DE PIERRE ROBIN.

DEFINICION: Es una forma leve del mal desarrollo craneofacial.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS-BUCALES. El síndrome de Pierre Robin se caracteriza por Micrognatia, Glosoptosis (Retracción de la Lengua) y Fisura Palatina. La mandíbula pequeña ocasiona un desplazamiento de la lengua hacia abajo y atrás, que obstruye la epiglotis y dificulta la respiración. Además de esas deformidades, pueden presentarse otras anomalías, tales como mongolismo, atresia de los oídos y ausencia de la articulación temporo-mandibular.

CAPITULO II
MALFORMACIONES
DE LOS
DIENTES

MALFORMACIONES DE LOS DIENTES.

Las malformaciones dentarias son producidas - por diversos factores como son: de origen adquirido a través de enfermedades contagiosas; por herencia, por lesiones en las estructuras de formación de los dientes y por causas desconocidas; la mayoría de estas malformaciones no tienen una percusión seria que pueda dañar a los dientes, los cambios sólo existen en su forma, tamaño y número, - por lo que sólo son representaciones de casos raros.

Las malformaciones que atentan con la integridad del diente, serán tratadas por el Odontólogo - para evitar la completa destrucción de los tejidos dentales y devolver la integridad, funcionalidad y estética perdidas.

A) AMELOGENESIS IMPERFECTA.

DEFINICION: Es una alteración en la formación del esmalte.

ETIOLOGIA: Es de origen genético, ocasionado por una disfunción del órgano del esmalte. Cuando la alteración ocurre durante la formación de la matriz del esmalte se le llama hipoplasia, es decir hay una reducción en la cantidad de esmalte siendo incompleta o defectuosa.

Cuando la alteración tiene lugar durante la mineralización de la matriz del esmalte se llama hipocalcificación.

Existen factores que predisponen a la hipoplasia como son: factores hereditarios, factores del medio ambiente como son la deficiencia de vitaminas A, C y D; lesiones traumáticas, cuando por alguna lesión se daña o lesiona el germen dentario.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Los dientes afectados de hipocalcificación adamantina, suelen tener una forma normal pero tienen un color anormal y de aspecto opaco; los dientes varían entre sí respecto a la pigmentación, acentuándose conforme avanza la edad; el esmalte es blanco y sufre de desgaste con gran facilidad, por lo que la dentina se expone y se desgasta con rapidez; estos dientes con esta anomalía no son necesariamente propensos a las caries.

Los dientes afectados de hipoplasia adamantina pueden tener o no cambios de color que va de un color amarillo al pardo oscuro; la superficie de la corona es dura y lisa y en ocasiones presenta depresiones profundas. Este tipo de dientes sufre un gran desgaste oclusal debido a la pérdida prematura o ausencia del esmalte.

TRATAMIENTO: El tratamiento para ambos tipos de alteraciones está limitado al mejoramiento de la estética a través de restauraciones de coronas de metal y jacket estéticos.

B) ANODONCIA.

DEFINICION: Este término indica la ausencia - de dientes.

ETIOLOGIA: La causa exacta de la anodoncia es desconocida pero existe una tendencia familiar hereditaria de este trastorno; puede predisponerla - ciertos factores exógenos como la infección con -- Rubéola durante el embarazo.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. La Anodon-- cia verdadera o ausencia congénita de dientes es - de dos tipos: Total y Parcial.

La Anodoncia Total es la falta íntegra de los dientes y puede afectar a la dentición desidia co- mo a la permanente; este trastorno es raro.

La Anodoncia Parcial afecta a uno o más dien- tes; puede afectar a cualquier diente pero existe- una tendencia de ciertos dientes a estar ausentes- con mayor frecuencia; se ha reportado que los ter- ceros molares están ausentes muy frecuentemente; - además se ha demostrado que los incisivos latera-- les superiores y los segundos premolares superio-- res faltan a menudo en forma bilateral.

C) CONCRESCENCIA.

DEFINICION: Es la fusión de dos o más dientes.

ETIOLOGIA: Se piensa que se deba a una lesión traumática dentaria o al apiñamiento de los dientes; esta anomalía se produce antes o después de la erupción de los dientes.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. La fusión de los dientes se realiza por medio del cemento radicular, pudiendo unirse hasta tres dientes; esta fusión solamente se puede comprobar sólo con cortes histológicos que demuestra que la unión es por cemento y no por dentina.

Se tendrá cuidado de hacer una valoración de los dientes cuando uno de ellos requiera ser extraído.

D) DENTICION PRETEMPORARIA.

DEFINICION: Son aquellos dientes que erupcionan antes de la dentición temporal.

ETIOLOGIA: La etiología es desconocida pero se ha observado una tendencia familiar hereditaria.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Estos dientes erupcionan durante el primer mes de vida; generalmente un 90% de estos dientes son complemento de la dentición temporal normal. En ocasiones sólo se trata de estructuras epiteliales calcificadas sin raíces que se hallan sobre la encía, y que deberán extraerse; se tendrá cuidado de distinguirlo de los dientes pretemporarios normales que no deberán extraerse.

No hay diferencia de sexo y los dientes que - suelen presentarse con más incidencia son los centrales inferiores.

E) DENTINOGENESIS IMPERFECTA.

DEFINICION: Es un trastorno que afecta el desarrollo normal de la dentina.

ETIOLOGIA: Es una enfermedad de origen desconocido con una tendencia hereditaria de carácter dominante; aparece tanto en varones como en mujeres.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Estos dientes presentan un color gris a un color pardo amarillento con una transparencia de ambar.

El esmalte desaparece tempranamente, ya que se fractura y se cae a pedazos a consecuencia de una mala unión amelodentinaria. Esta pérdida de esmalte hace que la dentina se desgaste con rapidez; los dientes afectados son menos susceptibles a la caries debido a la ausencia de túbulos dentinarios y quizás a la abrasión excesiva. La corona de los molares se hallan bulbosas y las raíces son cónicas y cortas, la cámara pulpar y conductos radiculares se hallan obliterados debido a la formación continua de dentina.

Esta malformación se presenta en ambas denticiones.

TRATAMIENTO: El tratamiento en los pacientes que sufren de esta alteración se enfoca hacia la prevención de la pérdida de esmalte y de la dentina, a partir de coronas metálicas de dientes posteriores y coronas estéticas en dientes anteriores.

F) DENS IN DENTE.

DEFINICION: Tal como lo indica el término, se refiere a un diente "dentro de otro diente".

ETIOLOGIA: Su causa es debido a una invaginación de la superficie del esmalte antes de que haya ocurrido la calcificación del diente.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. La invaginación puede abarcar hasta el ápice lo que provoca que los alimentos queden retenidos con producción de caries, los dientes afectados con más frecuencia son los incisivos laterales superiores y en menor frecuencia los incisivos centrales superiores.

La pulpa suele estar expuesta por lo tanto puede necrosarse o inflamarse.

TRATAMIENTO: Para impedir la formación de caries se deberán limpiar los conductos pulpares y efectuar la obturación.

G) DIENTES EN CASCARA.

DEFINICION: El término de Dientes en Cáscara-

se refiere a una estructura dentinaria muy delgada.

ETIOLOGIA: Es una anomalía muy rara aunque se piensa que es de carácter hereditario, pero aún no se ha comprobado.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Se observa una reducción de la cantidad de dentina por lo que la pulpa se halla muy agrandada; las raíces generalmente son cortas y debido al poco grosor de sus paredes probablemente se fracturen en ciertos casos. La dentina observada en estos dientes es similar a la dentinogénesis imperfecta.

H) DIENTES DE HUTCHINSON.

DEFINICION: Se denominan dientes de Hutchinson a aquellos dientes que sufren de hipoplasia - por Sífilis congénita.

ETIOLOGIA: Este tipo de alteración se presenta en los pacientes que sufren de sífilis congénita, aunque puede darse el caso de que se presenten estas alteraciones en pacientes que no padecen de sífilis.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Las manifestaciones en los dientes que padecen esta lesión - son los siguientes:

1.- Dientes incisivos en forma de destornilla

dor, por la convergencia de las caras laterales hacia incisal.

2.- Los caninos presentan una muesca en su borde incisal.

3.- Los molares tienen una inclinación de las cúspides, que dan al molar una forma de mora.

4.- Las alteraciones de la cara o los dientes ocasionan maloclusión, mordida abierta y la separación de los dientes anteriores superiores.

I) DIENTES POSPERMANENTES.

DEFINICION: Se define como la erupción de dientes después de la pérdida de la dentición permanente.

ETIOLOGIA: Este tipo de dentición es ocasionada por la erupción de dientes retenidos o supernumerarios después de la pérdida total de dientes permanentes, especialmente tras de haberse colocado una prótesis completa.

J) DIENTES SUPERNUMERARIOS.

DEFINICION: Son aquellos dientes que se exceden del número normal pero que presentan una configuración normal.

ETIOLOGIA: Se piensa que la causa es debida a una hiperactividad de la lámina dentaria o que se debe a hendiduras en los gérmenes dentarios.

CARACTERISTICAS CLINICAS-DUCALES. Existe un exceso extra de dientes en la dentición infantil de más de 20 y en la dentición adulta de más de 32; estos dientes supernumerarios pueden imitar la forma de los dientes normales o una diferencia en cuanto a tamaño o forma.

Los dientes supernumerarios encontrados en los incisivos centrales superiores se conocen como mesiodens, pero si se hallan situados bucalmente con respecto al arco se le llama peridents. Si el diente supernumerario se halla distalmente al tercer molar se le conoce como distomolar; si se halla situado en posición bucal o lingual en relación con los molares se le llama paramolar.

Los dientes supernumerarios son más comunes en el maxilar que en la mandíbula.

K) DISPLASIA ECTODERMICA.

DEFINICION: Este término indica un trastorno del desarrollo de las estructuras derivadas del ectodermo.

ETIOLOGIA: Se trata de una enfermedad hereditaria; es una mutación recesiva que se presenta con más frecuencia en hombres que en mujeres.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Se manifiesta ausencia de pelo (Hipotricosis), ausencia de -- glándulas sudoríparas (Anhidrosis) y ausencia de - muchos dientes (Oligodoncia). Existe elevación de temperatura a consecuencia de la falta de glándu-- las sudoríparas; suele existir malformaciones de - los huesos nasales (Puente Nasal Hundido) y el paciente suele presentar retraso mental.

Existe Anodoncia parcial o total tanto de los dientes temporales como de los permanentes; existe malformaciones de los dientes que pudieran existir, habiendo una corona en forma de clavija o de cono; además existe protusión de los labios.

L) GEMINACION.

DEFINICION: Es la división de un germen dentario para formar dos coronas.

ETIOLOGIA: No tiene una causa exacta, pero se cree que esta anomalía es de origen hereditario.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Se observa una estructura única con dos coronas separadas entre sí, teniendo una sola raiz y un mismo conducto pulpar. La formación de las dos coronas es producida por la invaginación del esmalte durante el desarrollo de los dientes.

Esta anomalía se observa tanto en dientes primarios como en dientes permanentes.

LL) HIPOCALCIFICACION DEL ESMALTE.

DEFINICION: Es una alteración en la mineralización del esmalte.

ETIOLOGIA: Existe una etiología de tipo local, sistémico, y de carácter hereditario.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. La hipocalcificación local es debido a factores locales - - afectando a un solo diente o parte de él, presentándose una zona blanca-opaca en la corona del - - diente.

La hipocalcificación sistémica se debe a un - trastorno de tipo general, afectando a un cierto - número de dientes; presentándose un esmalte moteado. La hipocalcificación hereditaria afecta a todas las coronas de los dientes.

Los dientes afectados de hipocalcificación en el esmalte tienen forma normal, pero tienen un color diferente de aspecto opaco; la pigmentación aumenta conforme avanza la edad. El esmalte es blando y se desgasta con facilidad y no necesariamente son propensos a la caries.

TRATAMIENTO: Se limita al mejoramiento de los dientes.

M) MACRODONCIA Y MICRODONCIA.

DEFINICION: El término significa un diente - más grande que lo normal. La Macrodoncia se clasifica en tres tipos:

1.- Macrodoncia Generalizada Verdadera.- Es una anomalía en la que todos los dientes son más grandes que lo normal, la causa que lo ocasiona es una hiperfunción de la hipofisis.

2.- Macrodoncia Generalizada Relativa.- Esta anomalía indica dientes de tamaño normal en maxilares pequeños y la herencia tiene un papel importante en la etiología de este trastorno.

3.- Macrodoncia Unidental.- El diente es normal pero no en su tamaño; la etiología es de tipo desconocido.

MI CRODONCIA.

DEFINICION: Denota dientes más pequeños que lo normal; también se conocen tres tipos:

1.- Microdoncia Generalizada Verdadera.- Es una anomalía en la que todos los dientes son de menor tamaño que lo normal, pero están bien constituidos. Se piensa que es debida a una hipofunción de la hipófisis.

2.- Microdoncia Generalizada Relativa.- Se re

fiere a dientes que tienen un tamaño más pequeño - que lo normal, pero en realidad se debe a que los maxilares tienen un tamaño más grande que el normal; la herencia es el factor que ocasiona esta alteración.

3.- Microdoncia Unidental.- Esta alteración - es muy frecuente y afecta con mayor proporción a - los incisivos laterales superiores y terceros molares superiores.

N) MOLARES EN MORA.

DEFINICION: El término indica un molar con la forma de mora.

ETIOLOGIA: La anomalía de estos molares, es a consecuencia de Sífilis Congénita.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. El primer molar es el más afectado, tomando una forma "comprimida" o de mora; es de tamaño menor que el normal, existiendo una disminución de la corona en sentido cérvico-oclusal. En ocasiones se observa hipoplasia del esmalte.

TRATAMIENTO: Esta anomalía puede evitarse si se aplica el tratamiento afín a la Sífilis Congénita antes del cuarto mes de vida intrauterina.

Ñ) ODONTODISPLASIA.

DEFINICION: Es un trastorno del desarrollo de la estructura dental, con coronas pequeñas distorsionadas y descoloridas.

ETIOLOGIA: Es de carácter desconocido.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Los dientes más afectados son los incisivos centrales, laterales y caninos superiores permanentes y los incisivos anteriores inferiores.

Estos dientes presentan aparte de su constitución defectuosa, tienen una deficiente mineralización tanto del esmalte como de dentina, presentando una cámara pulpar excesivamente grande.

TRATAMIENTO: Debido al estado deficiente de estos dientes se aconseja hacer la extracción de ellos, y realizar la restauración protésica adecuada.

O) TAURODONTISMO.

DEFINICION: El término deriva de la similitud que estos dientes tienen con los de los animales rumiantes.

ETIOLOGIA: No se conoce exactamente la causa que lo predispone, pero se han señalado causas como un carácter hereditario; debido a una mutación-

de la deficiencia Odontoblástica durante la dentinogénesis de las raíces; por un origen de tipo primitivo o porque, la vaina epitelial de Hertwin no se invagina en el nivel horizontal correcto.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Estos dientes presentan una configuración rectangular, debido a que la raíz se divide en el tercio medio conociéndosele como Mesotaurodontismo; o se puede dividir en el tercio apical o que no se divide conociéndosele como Hipertaurodontismo. Esta anomalía se presenta tanto en dentaduras primarias como permanentes; las piezas más afectadas son los molares teniendo una cámara pulpar demasiado grande.

TRATAMIENTO: No es necesario realizar un tratamiento en dientes con esta alteración.

CAPITULO III
MALFORMACIONES
DE LOS
TEJIDOS BLANDOS

MALFORMACIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

Los tejidos blandos son las estructuras más sensibles de la cavidad oral; las anomalías que trataré en este capítulo en su mayoría son de origen genético y raras por lo que resulta difícil en contrarlas en cada paciente.

Algunos tejidos blandos que presentan malformaciones tienen facilidad para corregirse, cuando las intervenciones quirúrgicas son correctas y acertadas.

Sin embargo otras anomalías por su origen genético no tienen corrección, por medios quirúrgicos.

Existe una gran cantidad de estas anomalías, sólo trataré aquellas que se presentan con mayor frecuencia.

A) ANQUILOGLOSIA.

DEFINICION: Es un estado en el cual la zona ventral de la lengua se halla adherida al piso de la boca.

ETIOLOGIA: Se ha observado un origen genético en algunos casos, pero se sugiere también una herencia dominante autosómica.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Se conocen dos tipos de Anquiloglosia, pueden ser Parcial o Total.

La Anquiloglosia Parcial (Lengua Atada). Es una anomalía frecuente que resulta de una inserción del frenillo lingual demasiado cerca o de la punta de la lengua, provocando una fusión parcial de la lengua al piso de la boca, evitando el libre movimiento de la lengua, existiendo dificultades fonéticas.

La Anquiloglosia Total. Es una anomalía rara que resulta de la fusión de la lengua al piso bucal.

TRATAMIENTO: En ocasiones la Anquiloglosia Parcial se corrige sola, pero en la mayoría de los casos son tratados por medios quirúrgicos como es la Frenillectomía o sea la sección del frenillo.

B) ENFERMEDAD DE FORDYCE.

DEFINICION: Esta enfermedad se caracteriza por elevaciones granulosas nodulares, de color amarillento en la mucosa bucal, a nivel de labios y carrillos.

ETIOLOGIA: Aún no existe una etiología exacta, pero se piensa que se debe a la acumulación heterotópica de glándulas sebáceas en la cavidad bucal, por la inclusión del ectodermo en la mucosa bucal.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Se caracteriza por la presencia de múltiples puntos amari-

lentos, circunscritos, separados o formando placas; su localización es en la zona retromolar, labios, carrillos y ocasionalmente en lengua, encía y paladar. En otros estudios se hallaron en el esófago, órganos genitales masculinos, pezones, laringe y palma de las manos.

Se presentan en un 30% de la población en ambos sexos; su incidencia es mayor en la edad adulta. Estos gránulos se abren en la superficie de la mucosa al degenerarse dejando salir el cebo, que consta de grasa, restos celulares y queratina.

TRATAMIENTO: Debido a que son indoloras e inofensivas no requieren tratamiento.

C) EPULIS CONGENITO.

DEFINICION: Es una excrescencia pedunculada de superficie lisa sobre la encía maxilar o mandibular.

ETIOLOGIA: El Epulis tiene un origen congénito, de ahí su nombre.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. El Epulis Congénito es un tumor benigno observado en niños recién nacidos. Este tumor tiene una semejanza con el Mioblastoma, de células granulares, pero el Epulis se presenta desde el nacimiento por lo que se diferencia del Mioblastoma. Este tumor se localiza en encía maxilar o mandibular; puede variar de ta-

maño de unos milímetros a varios centímetros de -- diámetro.

Se presenta más en mujeres que en hombres; es este tumor se presenta en la parte anterior de los -- maxilares principalmente el superior.

TRATAMIENTO: Se basa en la extirpación quirúrgica, esta lesión no tiene una recidiva.

D) FISTULAS O FOSITAS CONGENITAS DEL LABIO.

DEFINICION: Es una anomalía de los labios, -- consistente en fosas u hoyos.

ETIOLOGIA: Se han propuesto varias teorías pero ninguna ha tenido aceptación; pueden deberse a -- muescas producidas en los labios durante el desa-- rrollo o por la falta de unión de los surcos late-- rales embrionarios del labio.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Se caracte-- riza por una depresión unilateral o bilateral en -- la superficie del bermellón en cualquiera de los -- dos labios; en ocasiones estas fístulas están co-- nectadas con una glándula mucosa pudiendo secretar saliva, si hay acumulación de la misma puede exis-- tir inflamación.

TRATAMIENTO: Se aconseja realizar la excisión quirúrgica.

E) FISURA DEL LABIO SUPERIOR.

DEFINICION: Es una anomalía caracterizada por la fisura del labio.

ETIOLOGIA: La herencia es una de las causas - más importantes en el origen de esta lesión, pero hay evidencia de factores ambientales como causas-predisponentes. También existe un origen genético en algunos casos.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Esta lesión es la más común de las fisuras labiales; resulta - por la falta de fusión de los procesos maxilares, - nasales laterales y nasal medio. Puede ser unilateral o bilateral presentándose más en el labio iz--quierdo; la lesión se extiende entre la zona del - canino e incisivo lateral. Esta lesión es más fre--cuente en niños.

TRATAMIENTO: La mayoría de este tipo de mal--formaciones son tratadas quirúrgicamente, dando - resultado estético y funcionales satisfactorios; - se aconseja este tratamiento cuando el paciente alcanza su primer mes de vida.

F) GLOSITIS ROMBICA MEDIA.

DEFINICION: Es una placa rojiza situada en la parte media del dorso de la lengua.

ETIOLOGIA: Se pensó que era de origen genético, pero no se ha observado en niños; se produce - quizá por la falta de retracción del tubérculo impar antes de la fusión de las mitades de la lengua.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Se presenta como una elevación rojiza, romboide u ovoide en la cara dorsal de la lengua por delante de la "V"-lingual, esta parte de la lengua carece de papilas; tiene poca incidencia y se presenta con más frecuencia en hombres. En ocasiones se le puede confundir con el carcinoma del dorso de la lengua; pero en esta zona hay poca probabilidad de que exista un carcinoma.

TRATAMIENTO: No existe tratamiento para esta lesión, pero si se eleva y dificulta la función de la lengua deberá excidirse.

G) LABIO DOBLE.

DEFINICION: Es un exceso de tejido en la superficie lingual del labio.

ETIOLOGIA: La causa es desconocida, pero puede tener una base congénita o adquirida como resultado de un traumatismo del labio.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Es una masa de tejido situado en la parte lingual del labio superior, en ocasiones también en el inferior. Este-

repliegue no se observa cuando los labios están en reposo y sólo se observa cuando el paciente habla o sonríe.

Cuando se presenta el Labio Doble adquirido con Blefarocalasia con un agrandamiento atóxico se conoce como Síndrome de Ascher.

TRATAMIENTO: No se necesita tratamiento, sólo cuando se requiera la estética o la función correcta de la masticación y fonación.

H) LENGUA FISURADA.

DEFINICION: Es una malformación manifestada - por pliegues o surcos pequeños en la superficie - dorsal de la lengua.

ETIOLOGIA: Es una anomalía rara originada por un trastorno del desarrollo, pero se cree que pueda deberse a factores externos como traumas o deficiencias de vitaminas.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Se presentan múltiples pliegues a nivel de la línea media; - no presenta ningún síntoma por sí sola, excepto - cuando se acumulan alimentos en los surcos puede - producir irritación.

TRATAMIENTO: No existe tratamiento.

I) LENGUA HENDIDA.

DEFINICION: Es una bifurcación de la parte anterior de la lengua.

ETIOLOGIA: Es una anomalía rara, debida a la falta de fusión de las dos caras laterales de la lengua.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. No tiene importancia clínica, salvo que en la fisura pueden acumularse residuos de alimentos y depositarse microorganismos ocasionando irritación.

TRATAMIENTO: No hay tratamiento.

J) MACROGLOSIA.

DEFINICION: El término nos indica una lengua más grande que lo normal.

ETIOLOGIA: Puede tener su origen por un trastorno del desarrollo o como secuelas de enfermedades adquiridas, como la hipertrofia hemifacial, neurofibromatosis congénita, acromegalia por hiperpituitarismo, cretinismo o en glositis hipertrófica.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. La anomalía indica un agrandamiento de la lengua, ocasionando un desplazamiento de los dientes, provocando maloclusión. La lengua de esta forma no puede conte--

nerse dentro de la boca y se sale de ésta; la succión, deglución y masticación son difíciles, y las mordeduras de la lengua son muy comunes.

La fonación se hace ininteligible, la saliva es abundante y fluye fuera de la boca. Debido a la presión de la lengua sobre los dientes ésta se ulcera.

TRATAMIENTO: No hay tratamiento para la Macroglosia, excepto cuando el origen es adquirido; - - cuando es así, tras la eliminación del origen causal la lengua vuelve a su estado normal.

K) MICROGLOSIA Y AGLOSIA.

DEFINICIONES: La Microglosia nos indica una lengua más pequeña que lo normal, y la Aglosia nos indica la ausencia de ella.

ETIOLOGIA: Estas anomalías tienen un origen congénito y son muy raras.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Debido a la pequeñez de la lengua o a la ausencia de la misma es lógico encontrar dificultades al comer y al hablar.

TRATAMIENTO: No hay tratamiento para estas alteraciones.

L) NEVO BLANCO ESPONJOSO.

DEFINICION: Es una placa blanca situada en la mucosa bucal.

ETIOLOGIA: Es una afección rara hereditaria - de carácter autosómica dominante, que puede presentarse al nacer o durante la pubertad.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. La lesión - se extiende en carrillo, paladar, encía, piso de la boca y algunas partes de la lengua; la mucosa - se engrosa con una textura esponjosa de color blanco, estas lesiones son asintomáticas.

En algunos pacientes estas lesiones se pueden presentar en otras superficies mucosas como la vagina, labios, ano, recto y cavidad nasal.

TRATAMIENTO: Debido a que esta lesión es benigna no requiere tratamiento y no hay complicaciones clínicas serias.

LL) PERLAS DE EPSTEIN.

DEFINICION: Son pequeños nódulos quísticos - conteniendo queratina encontrados a lo largo de la hendidura palatina media o la unión de paladar duro y blando.

ETIOLOGIA: Probablemente se deba a la incorporación de epitelio durante el proceso embrionario-

de la unión del paladar.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Estos quistes por lo general son pequeños, pero en ocasiones se agranda y son observados con más facilidad.

Se presenta en niños recién nacidos, siendo estas lesiones asintomáticas y parece no representar molestia a los niños.

Los nódulos son blancos o blanco amarillento de un tamaño de 1 mm; se hallan llenos de queratina y revestidos de epitelio escamoso estratificado. Estos nódulos se rompen durante los primeros meses de vida sin producir molestia.

TRATAMIENTO: No existe tratamiento para estas lesiones por su desaparición espontánea.

M) QUISTES BRANQUIALES.

DEFINICION: Son tumefacciones movibles y circunscritas situados a un costado del cuello.

ETIOLOGIA: Este quiste tiene su origen en la impactación de elementos de un conducto salival dentro de los ganglios linfáticos.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Se aprecia como un nódulo pequeño de color amarillo, circunscrito situado cerca del ángulo del maxilar superior y en ocasiones se encuentra en el piso de la-

boca.

Presenta un diámetro de 1 mm a 2 centímetros o más, su presencia es más frecuente en las mujeres a una edad promedio de 35 años; estas estructuras no están fijadas a tejidos adyacentes por lo que tienen movilidad, no hay predilección por sexo.

TRATAMIENTO: Consiste en la incisión quirúrgica del quiste.

N) QUISTES DEL CONDUCTO TIROGLOSO.

DEFINICION: Es un quiste del desarrollo que se forma a lo largo del Conducto Tirogloso embrionario entre el agujero ciego y la glándula tiroidea.

ETIOLOGIA: Se origina de los remanentes no obliterados de estos conductos, pero la causa de su formación es desconocida.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Es una masa quística situada en la línea media, casi por lo regular presenta movilidad y en algunos casos es sensible a la palpación; tiene un diámetro entre 1 a 10 centímetros.

Se presenta en personas jóvenes principalmente en mujeres. En ocasiones se sitúa en el piso de la boca por lo que puede producir molestia.

TRATAMIENTO: Se deberá hacer la excisión quirúrgica total, para evitar la recidiva.

Ñ) QUISTE DERMOIDE.

DEFINICION: Es una forma de teratoma quístico germinal embrionario.

ETIOLOGIA: Se piensa que se deriva del atrapamiento de restos epiteliales en la línea media durante el cierre de los arcos branquiales hioideo y mandibular.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Estos quistes se presentan en el piso de la boca entre el músculo geniano y el milohioideo, pudiendo provocar dificultad al hablar y comer por el desplazamiento de la lengua si el quiste se halla por encima de los músculos genianos, si se halla el quiste por debajo del milohioideo produce un abultamiento del mentón.

Estas lesiones varían de tamaño y son fluctuantes y blandos; en ocasiones pueden infectarse formando trayectos fistulosos que se abren por la boca o piel.

TRATAMIENTO: El Quiste Dermoide se deberá extirpar quirúrgicamente y no recidiva.

O) TIROIDES LINGUAL.

DEFINICION; Es una anomalía en la que se hallan folículos de tejido tiroideo en la lengua, - originados quizá por un esbozo embrionario que no se situó en su posición original.

ETIOLOGIA: Se piensa que se deba a insuficiencia funcional de la glándula tiroides principal.

CARACTERISTICAS CLINICAS-BUCALES. Se presenta como una masa nodular en la base de la lengua o - cerca de ella, su tamaño varía de 2 a 3 centímetros de diámetro; el paciente puede tener molestias como disfagia, disfonía, disnea y hemorragia con dolor.

Se presenta con mayor frecuencia en las mujeres a cualquier edad.

TRATAMIENTO: Consiste en la excisión quirúrgica, pero se deberá tener cuidado de que el paciente tenga tejido tiroideo normal en el cuello.

C O N C L U S I O N

Son diversos los trastornos genéticos observados en las estructuras bucales, que varían en diversos grados de gravedad; algunas no podrán ser tratadas quirúrgicamente para devolver las funciones perdidas o ausentes, otros mantendrán posibilidades de recuperación parcial o total de dichas funciones.

En sí la labor del C. D. es diferenciar y diagnosticar las anomalías presentes y realizar junto con especialistas las reparaciones que así se vean en la necesidad de ser realizadas.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- PATOLOGIA BUCAL: S.N. Bhaskar
Segunda Edición. 1977
Editorial "El Ateneo"
Buenos Aires, Argentina.

- 2.- PATOLOGIA ORAL THO
MA: Robert J. Gorlin
Henry M. Goldman
Reimpresión 1980
Salvat Editores, S.A.,
Barcelona (España).

- 3.- DIAGNOSTICO EN PATOLO
LOGIA ORAL: Edward V. Zegarelli
Austin H. Kutscher
George A. Hyman
Reimpresión 1976
Salvat Editores, S. A.,
Barcelona (España).

- 4.- TRATADO DE PATOLOLO
GIA BUCAL: William G. Shafer
Tercera Edición, 1977
Editorial Interamericana,
S. A. de C. V.

- 5.- MEDICINA BUCAL -
DIAGNOSTICO Y -
TRATAMIENTO: Lester W. Burket
Malcolm A. Lynch
Séptima Edición 1980
Editorial Interamericana.

- 6.- PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL: Stanley L. Robbins.
Tercera Edición,
Editorial Interamericana.
- 7.- ENFERMERIA PEDIATRICA: Dorothy R. Mariow
Cuarta Edición,
Editorial Interamericana.
- 8.- PATOLOGIA Y ANATOMIA Y FISILOGIA -
PATOLOGICA BUCO -
DENTAL: Oscar C. Alcayaga
Cuarta Edición,
Editorial "El Ateneo"
Buenos Aires, Argentina.