

96
20/2/11

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**SEMINARIO DE TITULACION
AREA PATOLOGIA BUCAL**

- 1.- QUISTES DE CABEZA Y CUELLO
- 2.- LESIONES BENIGNAS, CANCERIZABLES Y NEOPLASIAS
MALIGNAS DE ORIGEN EPITELIAL
- 3.- ALTERACIONES DIVERSAS QUE AFECTAN LOS ORGANOS
DENTARIOS

*Vo bo
Ramos*

**TESINA EN
AUDIOVISUAL**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

ERIC CAMPUZANO LOPEZ

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 está 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.

EL MATERIAL DE ESTA TESIS EN

AUDIOVISUAL

SE ENCUENTRA A SU DISPOSICION EN

LA BIBLIOTECA DE LA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNAM

1993

QUISTES DE CABEZA Y CUELLO

OBJETIVOS:

- 1.- DIAGNOSTICAR LAS LESIONES QUISTICAS BASANDOSE EN SUS MANIFESTACIONES CLINICAS, Y ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- 2.- CORRELACIONAR LOS DATOS CON EL ESTUDIO PATOLOGICO.

CONTENIDO TEMATICO

I .- CONCEPTOS BASICOS

II.- MECANISMOS EN LA FORMACION DE QUISTES

III- QUISTES DEL DESARROLLO:

A) TEJIDOS BLANDOS

- QUISTE NASOALVEOLAR, QUISTE EPIDERMOIDE Y DERMOIDE, QUISTE LINFOEPITELIAL Y QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

B) INTRAOSSEOS

- QUISTE GLOBULOMAXILAR, QUISTE PALATINO MEDIO, QUISTE NASOPALATINO Y QUISTE MANDIBULAR MEDIO

IV.- QUISTES ODONTOGENICOS:

- QUISTE DENTIGERO O FOLICULAR, QUISTE LATERAL PERIODONTAL, QUISTE PRIMORDIAL, (QUERATOQUISTE) [SINDROME DE GORLIN-GOLTZ, QUISTE GINGIVAL DEL NIÑO Y DEL ADULTO Y PERIAPICAL INFLAMATORIO].

V .- PSEUDOQUISTES:

- OSEO ANEURISMATICO, OSEO TRAUMATICO, CAVIDAD DE STAFNE, DEFECTO OSTEOPOROTICO FOCAL DE MEDULA OSEA.

VI.- IATROGENICOS:

- QUISTE CILIADO QUIRURGICO Y QUISTE RESIDUAL.

VII- BIBLIOGRAFIA

I. - CONCEPTOS BASICOS

- A. - EL DESARROLLO DENTAL INICIA EN LA 6ª SEMANA DE VIDA INTRAUTERINA, EN LA CUAL SE LOCALIZA PROLIFERACION DE EPITELIO ORAL EN LA REGION LATERAL DE LOS PROCESOS MAXILARES (1)
- A.1 CORTE HISTOLOGICO DE LOS MAXILARES DE UN FETO MOSTRANDO EL DESARROLLO DE UN GERMEN DENTAL (1)
- A.2 DESARROLLO DE UN GERMEN DENTARIO, EN EL ESTADIO DE CAMPANA (1)
- A.3 GRAN ACERCAMIENTO DEL ESMALTE EPITELIAL INTERNO (1)
- A.4 CORTE HISTOLOGICO DE UN AVANZADO ESTADIO DE CAMPANA [CERCA DE LOS 18 MESES DE VIDA INTRAUTERINA] (1)
- A.5 CORTE HISTOLOGICO QUE MUESTRA UN GRAN ACERCAMIENTO DE UN ESTADO DE CAMPANA AVANZADO EN EL CUAL SE MUESTRA LA DISPOSICION DEL ESMALTE (5)
- A.6 QUISTE: ES UNA CAVIDAD PATOLOGICA CUBIERTA DE EPITELIO QUE CONTIENE LIQUIDO O RESTOS CELULARES(7,8)

II. - MECANISMOS EN LA FORMACION DE LOS QUISTES

- A.1 PROLIFERACION EPITELIAL : EL CRECIMIENTO PERIFERICO SE ATRIBUYE A LA DIVISION CELULAR ACTIVA DEL REVESTIMIENTO (2)
- A.2 ACUMULACION DEL CONTENIDO CELULAR: ES LA PRODUCCION Y ACUMULACION DE ESCAMAS DE QUERATINA DENTRO DE LA LUZ QUISTICA, DE MANERA CONSTANTE .(2)
- A.3 CRECIMIENTO HIDROSTATICO: ES LA DISTENCION DE LA PARED POR ACUMULACION DE LIQUIDOS: Y PUEDE SER POR: SECRECION, EXUDACION Y TRANSUDACION (2)
- A.4 ESQUEMA QUE MUESTRA COMO LA OBSTRUCCION DE LA ERUPCION DENTAL ORIGINA UN AUMENTO EN LA PERMEABILIDAD VASCULAR Y TRANSUDACION, CON ACUMULACION DE EL LIQUIDO ENTRE LA CORONA Y EL FOLICULO DENTAL (2)
- A.5 LA LIBERACION DE FACTORES DE RESORCION OSEA, PRINCIPALMENTE PROSTAGLANDINAS A PARTIR DE DIVERSOS ELEMENTOS TISULARES PRODUCE ACTIVACION DE OSTEOCLASTOS (2)
- A.6 EXPANSION QUISTICA FAVORECIDA POR ACUMULACION DE LA QUERATINA Y AUMENTO EN LA DIVISION CELULAR EN ALGUNAS AREAS DEL REVESTIMIENTO EPITELIAL DE QUERATOQUISTE(2)

III.- QUISTES DEL DESARROLLO:

A) TEJIDOS BLANDOS

- A.1 QUISTE NASOLVEOLAR (NASOLABIAL): ES UN QUISTE FISURAL SITUADO EN LA APOFISIS ALVEOLAR CERCA DE LA BASE DE LA NARIZ. (3)
- A.2 CARACTERISTICAS CLINICAS : AUMENTO DE VOLUMEN EN LA MUCOSA LABIAL DEL MAXILAR A ALTURA DEL "ALA" DE LA NARIZ (3,4,5,6,7,8,9) CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS : REVESTIDO DE EPITELIO ESCAMOSO SEUDOESTRATIFICADO, Y PUEDE SER CILIADO O RESPIRATORIO, O DE AMBOS (3,5)
- A.3 SECUENCIA DE CLINICA, RADIOGRAFIA E HISTOLOGIA DE UN QUISTE NASOLABIAL (4, 6, 3).
- B.1 QUISTE DERMOIDE: SON CRECIMIENTOS NODULARES, LENTOS VISTOS BAJO LA SUPERFICIE MUCOSA (4,5)
- B.2 CARACTERISTICAS CLINICAS: LOCALIZAN EN PERICRANEO, EN CUELLO Y TRONCO. TIENEN FORMA DE NODULOS DE COLOR NORMAL, USUALMENTE LIMITADOS POR LA PIEL. COLOR AMARILLO SUBMUCOSO (4,5)
- B.3 SECUENCIA DE CLINICAS (5)
- B.4 ETIOLOGIA: ESPONTANEO Y TRAUMATICO. HISTOLOGIA ES UN EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO CON CAPA DE CELULAS GRANULARES Y FORMACION DE ORTOQUERATINA. SI SE INFECTA SE PUEDE TRANSFORMAR EN HIPERPLASIA SEUDOCARCINOMATOSA. (4,5)
- B.5 TRATAMIENTO: QUIRURGICO CONSERVADOR. (1,4,5,7)
- C.1 QUISTE DERMOIDE: ES UN TERATOMA QUISTICO, SE LOCALIZA EN AREA DE CABEZA Y CUELLO, TAMBIEN EN PISO DE BOCA (REGION SUBMENTONEANA). [1,4,5,6]
- C.2 CLINICA (5)
- C.3 HISTOLOGIA: E.E.E. CON O SIN GLANDULAS SEBACEAS, FOLICULOS PILOSOS, GLANDULAS SUDORIPARAS. PARED: HUESO, MUSCULO Y RECUBRIMIENTO GASTROINTESTINAL (5)
- D.1 QUISTE LINFOEPITELIAL: SURGE A PARTIR DEL EPITELIO ATRAPADO DENTRO DE TEJIDO LINFOIDE. LA MASA SUBMUCOSA SUPERFICIAL ES DE COLOR AMARILLO O BLANQUISCO (4,5)
- D.2 CARACTERISTICAS CLINICAS: LOCALIZACION.- PISO DE BOCA BORDE VENTRAL DE LENGUA, NO ES RARO EN PALADAR BLANDO Y OROFARINGE. (4,5,6,8)
- D.3 SECUENCIA DE CLINICAS (5)
- D.4 HISTOLOGIA: CONTENIDO QUISTICO E.E.E. PARAQUERATINIZADO. PARED QUISTICA: TEJIDO LINFOIDE MADURO CON CENTROS GERMINALES CON LUMEN LLENO DE PARAQUERATINA DESCAMADA. (5)

- E.1 QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO: AUMENTO DE VOLUMEN EN LA LINEA MEDIA A PARTIR DEL ATRAPAMIENTO DE REMANENTES DEL CONDUCTO TIROGLOSO (1,4,5,6,7,8)
- E.2 CARACTERISTICAS CLINICAS: LOCALIZACION ENTRE EL CECUM LINGVAE HASTA LA TIROIDES CERVICAL. ARRIBA Y ABAJO DEL HUESO HIOIDES (5)
- E.3 CLINICA (5)
- E.4 HISTOLOGIA E.E.E. O SEUDOESTRATIFICADO, EPITELIO COLUMNAR CILIADO. PARED: CELULAS INFLAMATORIAS, GLANDULAS MUCOSAS O FOLICULOS TIROIDEOS. (4,5)

B) INTRAOSEOS

- A.1 QUISTE GLOBULOMAXILAR: QUISTE FISURAL, LOCALIZADO EN EL INTERIOR DEL HUESO. ENTRE EL INCISIVO LATERAL Y CANINO DEL MAXILAR SUPERIOR. (3)
- A.2 RADIOGRAFIA (5)
- A.3 RADIOGRAFICAMENTE: ZONA RADIOLUCIDA EN FORMA DE PERA INVERTIDA. HISTOLOGIA: REVESTIDO DE E.E. CUBICO O CILINDRICO CILIADO, SOBRE UN TEJIDO CONECTIVO EL CUAL ES FIBROSO Y HAY PRESENCIA DE INFLAMACION CRONICA (1,3,4,5,6,7,8).
- A.4 CORTE HISTOLOGICO (3).

- B.1 QUISTE PALATINO MEDIO: QUISTE FISURAL QUE DESARROLLA A PARTIR DE EPITELIO ATRAPADO A LO LARGO DE LA LINEA DE FUSION DE LOS PROCESOS PALATINOS DEL MAXILAR (3)
- B.2 RADIOGRAFICAMENTE: RADIOLUCIDO UNILOCLAR EN LINEA MEDIA DEL PALADAR (LLEGA A LOS APICES DE INCISIVOS SUPERIORES). HISTOLOGIA: LLENO DE E.E.E. Y SE PUEDE ENCONTRAR EPITELIO COLUMNAR SEUDOESTRATIFICADO CILIADO (3,4,5).
- B.3 SECUENCIA RADIOGRAFICA (3,5)

- C.1 QUISTE DEL CONDUCTO NASOPALATINO (CONDUCTO INCISIVO) QUISTE FORMADO A PARTIR DE LOS RESTOS EPITELIALES DEL CONDUCTO NASOPALATINO (INCISIVO) [1,3,5,6,7,8]
RADIOGRAFIA: LESION RADIOLUCIDA BIEN DEFINIDA EN FORMA OVOIDE O DE CORAZON. (3,5,6,7)
- C.2 RADIOGRAFIA E HISTOLOGIA (3)
- C.3 HISTOLOGIA : REVESTIDO DE E.E.E. O DE EPITELIO CILINDRICO CILIADO SEUDOESTRATIFICADO O DE AMBOS TIPOS. PUEDE EXISTIR EN CAVIDAD ORAL: EPITELIO ESCAMOSO O EN CAVIDAD NASAL EPITELIO RESPIRATORIO (3)
- C.4 SECUENCIA DE CORTES HISTOLOGICOS (3)

- D.1 QUISTE MEDIO MANDIBULAR (ES LA VARIANTE MANDIBULAR DEL QUISTE ANTERIOR) [raro] (6,7,8,9)

IV. - QUISTES ODONTOGENICOS:

- A.1 QUISTE DENTIGERO O FOLICULAR: ORIGINADO EN EL ORGANOS DEL ESMALTE DE UN DIENTE QUE AUN NO HA ERUPCIONADO(3)
- A.2 LOCALIZACION: TERCER MOLAR INFERIOR Y SUPERIOR, EL CANINO SUPERIOR Y SEGUNDO MOLAR INFERIOR. RADIOGRAFICAMENTE: ZONA RADIOLUCIDA BIEN DEFINIDA, ADYACENTE A LA CORONA DE UN DIENTE.(3,6)
- A.3 SECUENCIAS RADIOGRAFICAS E HISTOLOGICAS (3)
- A.4 HISTOLOGIA: PARED.- TEJIDO CONECTIVO REVESTIDA DE E.E. DE 2 - 3 CELULAS DE GROSOR (REVESTIMIENTO ES QUERATINIZADO). PUEDE CONVERTIRSE EN AMELOBLASTOMA.(3,5,8)
- A.5 CORTES HISTOLOGICOS (3)

- B.1 QUISTE LATERAL PERIODONTAL: LOCALIZADO DE CANINO A PREMOLARES. CLINICAMENTE.- EL DIENTE ESTA VITAL ES DE HALLAZGO INCIDENTAL. RADIOGRAFICAMENTE: AREA RADIOLUCIDA BIEN DEFINIDA EN EL LADO LATERAL DE LA RAIZ(1,3)
- B.2 ESQUEMA (1)
- B.3 HISTOLOGIA: PARED.- E.E.E. DELGADO. EL EPITELIO QUE NO ESTA QUERATINIZADO PARECE EPITELIO REDUCIDO DEL ESMALTE. TRATAMIENTO: ENUCLEACION POR CURETAJE(3,5,7,8,9)
- B.4 SECUENCIA DE CORTES HISTOLOGICOS (1,3)

- C.1 QUISTE PRIMORDIAL (QUERATOQUISTE) (1,3,5): SE DESARROLLA EN LUGAR DE LOS DIENTES. GENERALMENTE TERCEROS MOLARES. SE LOCALIZA : ANGULO MANDIBULAR HASTA LA RAMA ASCENDENTE.(1,3,5)
- C.2 RADIOGRAFICAMENTE: UNILOCLAR O MULTILOCLAR, LOS ESPACIOS QUISTICOS CON EL BORDE FESTONEADO. HISTOLOGIA: CAPSULA.- FINA FIBROSA. REVESTIMIENTO .- E.E.E. QUERATINIZADO, NO EXCEDE EL GROSOR DE 5 CELULAS. (3,5)
- C.3 SECUENCIA HISTOLOGICA Y RADIOGRAFICA (3).
- C.4 EL TEJIDO CONECTIVO CONTIENE ISLOTES DE EPITELIO. " MANIFIESTAN CLARA TENDENCIA A LA RECURRENCIA".(3,5)

- D.1 SINDROME DE GORLIN - GOLTZ (SINDROME DE CELULAS BASALES NEVICAS) ES AUTOSOMICO DOMINANTE, PRESENTA MULTIPLES QUISTES PRIMORDIALES. Y CARCINOMA DE CELULAS BASALES ASOCIADO A NEVOS MULTIPLES (1)

- E.1 QUISTE GINGIVAL (QUISTE GINGIVAL DE LA ENCIA, PERLAS DE EPSTEIN, NODULOS DE BOHN [1])
COMUN DE LA ENCIA, A PARTIR DE RESTOS EPITELIALES. LOS QUISTES ADOPTAN LA FORMA DE NODULOS. EL EPITELIO DE REVESTIMIENTO, SUELE SER QUERATINIZADO. (1,3)
- E.2 SECUENCIA CLINICA E HISTOLOGICA (3,1).
- E.3 CARACTERISTICAS CLINICAS: EDAD 1 - 2 MESES DE VIDA LOCALIZADOS EN LINEA MEDIA DEL PALADAR, O EN PROCESOS MAXILARES. " A PARTIR DE LOS RESTOS DE SERRES". (1)
- E.4 CLINICA (1)
- E.5 QUISTE GINGIVAL DEL ADULTO: NO SON COMUNES, MENORES DE 1 CM. SE MANIFIESTAN COMO : INFLAMACION EN :
A. ENCIA LIBRE, ENCIA ADHERIDA, PAPILA INTERDENTAL ENTRE CANINOS Y PREMOLARES. (5)
- E.6 CLINICA (5)
- E.7 HISTOLOGIA: LLENOS DE E.E.E. QUE PUEDE ESTAR QUERATINIZADO. PATOGENESIS: RETOS ODONTOGENOS DE LA LAMINA DENTAL Y/O IMPLANTACION TRAUMATICA DE EPITELIO SUPERFICIAL (3,5)
- E.8 SECUENCIA HISTOLOGICA (3)
- F.1 QUISTE PERIAPICAL INFLAMATORIO: QUISTE FORMADO A PARTIR DE RESTOS EPITELIALES EN EL LIGAMENTO ALVEOLODENTAL COMO CONSECUENCIA DE UNA INFLAMACION PROCEDENTE DE LA PULPA DENTARIA. (3)
- F.2 SECUENCIA RADIOGRAFICA E HISTOLOGICA (3).

V. - SEUDOQUISTES

- A.1 QUISTE OSEO ANEURISMATICO: LESION INTRAOSEA BENIGNA CARACTERIZADA POR PRESENCIA DE ESPACIOS RELLENOS DE SANGRE (3)
- A.2 SECUENCIA RADIOGRAFICA (5) E HISTOLOGICA (3)
- A.3 RADIOGRAFICAMENTE: LESION RADIOPACA. PUEDE SER MULTIFOCULAR, ABOMBA LA CORTICAL. HISTOLOGICAMENTE: ESPACIOS CAVERNOSOS RELLENOS DE HEMATIES EN INTERIOR DE TEJIDO CONECTIVO. PRESENTA HEMORREGIAS RECIENTES Y ANTIGUAS (1,3,5,6,7,8)
- A.4 SECUENCIA RADIOGRAFICA (5) E HISTOLOGICA (3)
- B.1 QUISTE OSEO TRAUMATICO: QUISTE INTRAOSEO CON UN FINO REVESTIMIENTO DE TEJIDO CONECTIVO Y SIN EPITELIO. CARACTERISTICAS CLINICAS: EDAD PRESENTE 1ª y 2ª DECADA DE VIDA LOCALIZACION: MANDIBULA (3,5)
- B.2 RADIOGRAFICAMENTE: ZONA RADIOLUCIDA UNIFOCULAR, QUE FESTONEA A LAS RAICES. HISTOLOGIA: QUISTE OSEO SIMPLE, NO PRESENTA EPITELIO. PARED.- TEJIDO FIBROSO CELULAS GIGANTES MULTINUCLEADAS Y GRANULOS DE HEMOSIDERINA (3,5,8)
- B.3 SECUENCIA RADIOGRAFICA E HISTOLOGICA (3)

- C.1 CAVIDAD DE STAFNE: DEPRESION ANATOMICA EN LA PORCION MEDIA DEL HUESO MENDIBULAR. GENERALMENTE ES POSTERIOR E INFERIOR AL CONDUCTO DEL DENTARIO INFERIOR (9)
- D.1 DEFECTO OSTEOPOROTICO DE LA MEDULA OSEA: CUANDO EXISTE UNA SUSTITUCION DE LA MEDULA ROJA DE LA MANDIBULA. CARACTERISTICAS CLINICAS : LOCALIZACION MANDIBULA. SEXO -MUJERES. EDAD- 60 AÑOS EN ADELANTE. RADIOGRAFICAMENTE RADIOLUCIDA UNILOCLAR.(9)
- D.2 SECUENCIA RADIOGRAFICA E HISTOLOGICA (3)
- D.3 LOCALIZACION: ZONA ADYACENTE AL MAXILAR SUPERIOR. RADIOGRAFICAMENTE: RADIOLUCIDO UNILOCLAR (3,9)

VI.- IATROGENICOS

- A.1 QUISTE CILIADO QUIRURGICO: APARECE POSTERIOR A UNA CIRUGIA CADWELL- LUC MAL REALIZADA. EL EPITELIO DEL SENO MAXILAR ES ATRAPADO EN TEJIDO DEL MAXILAR. LAS CARACTERISTICAS CLINICAS: SE PRESENTA COMO AUMENTO DE VOLUMEN EN EL AREA ADYACENTE AL MAXILAR CON SENCIBILIDAD Y DOLOR.(5)
- A.2 RADIOGRAFIA (3)
- B.1 QUISTE RESIDUAL: APARECE POSTERIOR A UNA EXTRACCION DE UN DIENTE INFECTADO QUE TENIA ENFERMEDAD APICAL. REMANENTES EPITELIALES DE UN GRANULOMA QUEDAN ATRAPADOS EN EL ALVEOLO Y FORMAN UN QUISTE. (3,5)
- B.2 RADIOGRAFIA.(5)

VII.- BIBLIOGRAFIA

1. **CAWSON y EVESON:** ORAL PATHOLOGY AND DIAGNOSIS. Color Atlas with Integrated Text. Imago-Publishing Limited. Hong - Kong 1987. Reimpresion 1992
2. **MOSQUEDA y DEISTER:** LOS FACTORES DE EXPANSION EN QUISTES ODONTOGENICOS. Practica Odontologica. Julio - Agosto 1985 vol 6 No 7 p.13 - 20.
3. **O. M. S.:** TIPOS HISTOLOGICOS DE TUMORES ODONTOGENICOS Y QUISTES DE LOS MAXILARES Y LESIONES AFINES. Ginebra 1972.
4. **LANGLAIS y MILLER:** COLOUR ATLAS OF COMMON ORAL DISEASES. Lea & Febiger, Philadelphia 1992
5. **NEVILLE y DAMM:** COLOR ATLAS OF CLINICAL ORAL PATHOLOGY. Lea & Febiger Philadelphia - London 1991.
6. **TOMOMITSU:** ATLAS OF ORAL DIAGNOSTIC IMAGING Ishiyaku - Euroamerica Inc. 1990.
7. **GORLIN y GOLDMAN:** "THOMA" PATOLOGIA ORAL. Salvat Editores, Barcelona - España 1ª edición 1973. Reimpresión 1975.
8. **REGEZI y JSICIUBBA:** PATOLOGIA BUCAL Interamericana - Mc Graw - Hill 1ª Edición 1991.
9. **GIUNTA:** PATOLOGIA BUCAL , Interamericana-Mc graw Hill. 3ª Edición 1991.
10. **SHEAR MERVYN:** DEVELOPMENTAL ODONTOGENIC CYSTS - AN UPDATE. Lecture to the international Association of Oral Pathologists, thursday 30 July, 1992.

LESIONES BENIGNAS, CANCERIZABLES
Y NEOPLASIAS MALIGNAS
DE ORIGEN EPITELIAL

OBJETIVOS :

1. - DETERMINAR LA IMPORTANCIA DE CADA UNO DE LOS GRUPOS DE LESIONES
2. - RECONOCER LAS CARACTERISTICAS CLINICAS DE CADA ENTIDAD POR SEPARADO
3. - TOMAR BIOPSIA EN AQUELLOS CASOS EN QUE ESTE INDICADO
4. - REMITIR AL ESPECIALISTA CUANDO SEA NECESARIO

CONTENIDO TEMATICO

I. - CONCEPTOS BASICOS

II. - LESIONES BENIGNAS :

PAPILOMA, (SINDROME DE GOLTZ - GORLIN), VERRUGA VULGAR
Y QUERATOSIS FRICCIONAL.

III. - ATIPIA CELULAR, LEUCOPLASIA, ERITROPLASIA Y LESIONES
CANCERIZABLES

IV. - NEOPLASIAS MALIGNAS :

CARCINOMA "IN SITU", CARCINOMA EPIDERMOIDE, CARCINOMA
VERRUCOSO Y CARCINOMA BASO CELULAR

V. - BIBLIOGRAFIA

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

I. - CONCEPTOS BASICOS

A.1 EL EPITELIO FORMA MEMBRANAS DE RECUBRIMIENTO Y REVES TIMIENTO, ASI COMO TEJIDO GLANDULAR. LOS DIFERENTES TIPOS DE EPITELIO SON DEPENDIENDO DE LA FORMA DE SUS CELULAS Y SI TIENEN UNA O VARIAS CAPAS, COMO POR EJEMPLO: EPITELIO ESCAMOSO O PLANO SIMPLE, EPITELIO CILINDRICO SIMPLE, EPITELIO DE TRANSICION, EPITELIO CUBICO SIMPLE, EPITELIO COLUMNAR SEUDOESTRATIFICADO CILIADO, EPITELIO PLANO ESTRATIFICADO NO QUERATINIZADO (1,2,3,)

A.2 CORTES HISTOLOGICOS DEL EPITELIO NORMAL (4)

A.3 ALTERACIONES EN EL EPITELIO:

- a) QUERATOSIS. - ES LA APARICION DE UNA CAPA DE QUERATINA EN UN EPITELIO QUE NORMALMENTE NO ES QUERATINIZADO.
- b) HIPERQUERATOSIS. - AUMENTO DEL GROSOR DE LA CAPA DE QUERATINA EN UN EPITELIO QUE NORMALMENTE ES QUERATINIZADO
- c) HIPERPARAQUERATOSIS. - ES EL ENGROSAMIENTO DE LA CAPA PARAQUERATINIZADA.
- d) ACANTOSIS. - ENGROSAMIENTO DE LA CAPA ESPINOSA O ESCAMOSA DEL EPITELIO.
- e) HIPERPLASIA EPITELIAL. - ENGROSAMIENTO DEL EPITELIO A CAUSA DEL AUMENTO EN EL NUMERO DE CELULAS ESPINOSAS O BASALES.
- f) NEOPLASIA. - CRECIMIENTO DE TEJIDO NUEVO QUE SE ORIGINA DEL TEJIDO EXISTENTE PERO QUE CRECE INDEPENDIEMENTE Y A SU PROPIO RITMO. (3,4,9,10)

A.4 NEOPLASIAS BENIGNAS:

- * CRECIMIENTOS ENCAPSULADOS O BIEN DELIMITADOS
- * CRECIMIENTOS LENTOS
- * NO PRODUCE METASTASIS
- * GENERALMENTE NO PRODUCE LA MUERTE DEL PACIENTE (3,11,12,13,14)

A.5 NEOPLASIAS MALIGNAS:

- * CRECIMIENTOS INFILTRANTES, RAPIDOS
- * SI PRODUCEN METASTASIS
- * SI NO SE TRATAN GENERALMENTE PRODUCE LA MUERTE DEL PACIENTE. (3, 11, 12, 13,14)

II.- LESIONES BENIGNAS :

- A.1 PAPILOMA: PROLIFERACION BENIGNA EXOFITICA DE TEJIDO EPITELIAL ESTRATIFICADO EN PROYECCIONES DIGITIFORMES CON CENTRO DE TEJIDO CONECTIVO. (3,4,9,11-14.)
RELACIONADO AL VIRUS PAPILOMA HUMANO (11, 12,14)
- A.2 CARACTERISTICAS CLINICAS: EXOFITICA - GRANULAR EN FORMA DE COLIFLOR ES SUPERFICIAL, MIDE MENOS DE 1 CENTIMETRO , GENERALMENTE SON UNICAS Y ASINTOMATICAS (3,4,5,9,11,12,14)
- A.3 CLINICAS DE PAPILOMA (3,11)
- A.4 HISTOPATOLOGIA: PROYECCIONES DE EPITELIO SOPORTADO POR CENTRO DE TEJIDO CONECTIVO DELGADO DESARROLLADO A PARTIR DE UNA BASE COMUN (3,4,5)
- A.5 CORTE HISTOLOGICO (3)
- A.6 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: * XANTOMA, * DISQUERATOMA VERRUCOSO, * CONDILOMA. TRATAMIENTO : QUIRURGICO CONSERVADOR (3, 11, 12, 13, 14)

- B.1 SINDROME DE HIPOPLASIA DERMICA FOCAL (GOLTZ-GORLIN) SE CONSIDERA UNA DISPLASIA MESOECTODERMICA AUTOSOMICA DOMINANTE CON PENETRACION INCOMPLETA.(3, 13,14)
- B.2 CARACTERISTICAS CLINICAS: PAPILOMAS MULTIPLES EN LA MUCOSA Y PIEL. ANOMALIAS DE LAS EXTREMIDADES: SINDACTILIA ,POLIDACTILIA ,ADACTILIA. ANOMALIAS EN LOS OJOS: COLOBOMA DEL IRIS Y LA COROIDES, Y ESTRABISMO (3, 13, 14).
- B.3 MANIFESTACIONES ORALES: PAPILOMAS MULTIPLES EN LABIO MUCOSA Y ENCIA. ANOMALIAS DENTARIAS: MICRODONCIA, HIPOPLASIA DEL ESMALTE. (3 ,11,13,14)
- B.4 TRATAMIENTO: NO PARA EL SINDROME, SI PARA ALGUNAS ANOMALIAS DENTARIAS, ORALES , OCULARES Y DE EXTREMIDADES. (13,14)

- C.1 VERRUGA VULGAR: LESION PAPILAR CON PROYECCIONES SUPERFICIALES, BLANCAS POR LA QUERATINA. CARACTERISTICAS CLINICAS: EDAD.- NIÑOS Y ADULTOS JOVENES. SEXO.- SIN PREDILECCION. LOCALIZACION.- FRECUENTE EN PIEL . (3,5,6,,11,12,13,14)
- C.2 CLINICAS (3,11)
- C.3 HISTOPATOLOGIA: EXCRECENCIA CON MULTIPLES PROYECCIONES DIGITIFORMES CUBIERTAS POR E.E.E. QUERATINIZADO O PARAQUERATINIZADO (3,4)
- C.4 CORTE HISTOLOGICO (3,4)
- C.5 TRATAMIENTO: BIOPSIA EXCICIONAL (11,13,14)

- D.1 HIPERQUERATOSIS FRICCIONAL: (QUERATOSIS FRICCIONAL) LESION BLANCA, ANALOGA A LAS CALLOSIDADES CUTANEAS (11) LOCALIZACION: LABIOS, BORDE ALVEOLAR DE MUCOSA ORAL Y PROCESOS DESDENTADOS. (3,11,12,13,14)
- D.2 CLINICAS (11)
- D.3 HISTOPATOLOGIA: APARECE COMO UNA LESION HIPERQUERATICA, CON POCAS CELULAS INFLAMATORIAS EN TEJIDO CONECTIVO SUBYACENTE, SIN CAMBIOS DISPLASICOS(3,4,7,9)
- D.4 CORTE HISTOLOGICO (3,4,9)
- D.5 TRATAMIENTO: CONTROL DEL HABITO CAUSAL (11,12,13,14)

III.- LESIONES CANCERIZABLES:

- A.1 LESIONES PRECANCEROSAS: UN TEJIDO DE MORFOLOGIA ALTE RADA MAS PROPENSO A CANCERIZARCE QUE EL TEJIDO EQUIVALENTE DE APARIENCIA NORMAL (8)
- A.2 ESTADO PRECANCEROSO: UN ESTADO GENERALIZADO QUE SE ASOCIA CON UN RIESGO SIGNIFICATIVAMENTE MAYOR DE CANCER (8)
- A.3 ATIPIA CELULAR: SON LOS CAMBIOS ANORMALES EN CELULAS INDIVIDUALES, ANTES USADO COMO SINONIMO DE DISPLASIA (CRECIMIENTO DESORDENADO) [8]
- A.4 CAMBIOS ANORMALES:
 - 1. BORDES EPITELIALES EN FORMA DE GOTA
 - 2. HIPERPLASIA DE LA CAPA BASAL
 - 3. ESTRATIFICACION IRREGULAR
 - 4. MITOSIS AUMENTADA
 - 5. QUERATINIZACION EN GRUPO O INDIVIDUAL
 - 6. PLEOMORFISMO CELULAR
 - 7. HIPERCROMATISMO CELULAR
 - 8. ALTERACION PROPORCION NUCLEO-CITOPLASMA
 - 9. PERDIDA DE POLARIDAD
 - 10. NUCLEOS AGRANDADOS
 - 11. PERDIDA DE ADHERENCIA EPITELIAL (8)
- A.5 CLINICAS (12)
- B.1 LEUCOPLASIA: MACULA BLANCA QUE NO PUEDE CARACTERIZAR CE CLINICA NI PATOLOGICAMENTE COMO NINGUNA OTRA ENFERMEDAD (8)
- B.2 CARACTERISTICAS CLINICAS: EDAD 45 - 65 AÑOS. SEXO: MAS EN HOMBRES QUE MUJERES (2 - 1). LOCALIZACION : PISO DE BOCA, CARA VENTRAL Y LATERAL DE LENGUA Y EL COMPLEJO UVULA - PALADAR. MACULA BLANCA, VARIABLE EN TAMAÑO, HOMOGENEIDAD Y TEXTURA. (3,9,10,11,12,13,14)
- B.3 ETIOLOGIA: APARECE DESPUES DE UN PROLONGADO CONTACTO CON UN AGENTE INDUCTIVO, Y PERSISTE TANTO TIEMPO COMO EL AGENTE ESTE PRESENTE (11,12,13,14)

- B.4 CONTINUACION DE ETIOLOGIA: EXISTEN LAS LEUCOPLASIAS EN SENTIDO AMPLIO Y PUEDEN SER HEREDITARIAS O ENDOGENAS IRRITATIVAS. TAMBIEN LAS LEUCOPLASIAS EN SENTIDO ESTRECHO, Y SON : EXOGENAS IRRITATIVAS Y CANCE- RIZABLES. (14)
- B.5 HISTOPATOLOGIA: HIPERQUERATOSIS, HIPERPARAQUERATOSIS ACANTOSIS, ATROFIA, INFILTRADO INFLAMATORIO CRONICO Y DISPLASIA (3,4,8,9,11,12,13,14)
- B.6 CORTES HISTOLOGICOS (4)
- C.1 ERITROPLASIA: LESIONES DE LA MUCOSA BUCAL, ATERCIOPE LADAS. ROJO BRILLANTE QUE NO PUEDEN CARACTERIZARSE CLINICA NI PATOLOGICAMENTE COMO DEBIDAS A OTRA CONDI- CION. (8)
- C.2 ETIOLOGIA: ES : A) DESCONOCIDA. B)FACTORES ETIOLOGI- COS MISMOS QUE LEUCOPLASIA. LOS FACTORES SON: TABACO ALCOHOL, DEFECTOS NUTRICIONALES E IRRITACION CRONICA (3, 8,11,12,13,14)
- C.3 CLINICAS (11)
- C.4 CARACTERISTICAS CLINICAS: MACULA ROJA DE MEDIDAS VARIABLES. LOCALIZACION ZONAS DE ALTO RIESGO: PISO DE BOCA, PALADAR BLANDO, ZONA RETROMOLAR Y BORDE LA- TERAL DE LENGUA. USUALMENTE ES ASINTOMATICA, AL ELI- MINARLA PRESENTA RARA (11,12,13,14)REGRESION.
- C.5 CLINICAS (11,12)
- C.6 HISTOPATOLOGIA: PRESENTA HIPERQUERATOSIS, HIPERPARA- QUERATOSIS, ACANTOSIS, ATROFIA, INFILTRADO INFLAMATO- RIO CRONICO Y DISPLASIA. (3,8,9,10,14)
- C.7 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CLINICO: CONTRA LENGUA GEO- GRAFICA, PSORIASIS, CANDIDIASIS ATROFICA, MUCOCITIS, QUEMADURA QUIMICA, HEMANGIOMA MACULAR, LIQUEN PLANO EROSIVO (11,12,13,14)
- C.8 TRATAMIENTO: EXTIRPACION QUIRURGICA Y EXAMENES FRE- CUENTES. (3,11,12,13,14)

IV.- NEOPLASIAS MALIGNAS

- A.1 CARCINOMA "IN SITU"
ES UN CARCINOMA NO INVASOR , PRESENTA ATIPIA CALULAR
- A.2 CORTES HISTOLOGICOS (4)
- B.1 CARCINOMA EPIDERMOCIDE: (CARCINOMA DE CELULAS ESCAMO- SAS), CARACTERISTICAS CLINICAS :EDAD 45 AÑOS EN ADE- LANTE, SI SE PRESENTA EN NIÑOS ES MAS AGRESIVO. SEXO MAS FRECUENTE EN HOMBRES. LOCALIZACION: PISO DE BOCA ZONA VENTRAL Y LATERAL DE LENGUA, PALADAR BLANDO Y PILAR DE LAS FAUCES(3,9,11,12,13,14)
- B.2 EN LABIO SE PRESENTA: UNA ULCERA CON AREAS DE COLOR ROJO CON BLANCO, RODEADAS POR UN HALO. LAS ULCERAS PUEDEN DESAPARECER APARENTEMENTE, PERO RECURREN (11, 12,13,14)

- B.3 CLINICAS (11,12)
- B.4 ETIOLOGIA: USO CRONICO DE TABACO-ALCOHOL, VIRUS Y LUZ SOLAR ULTRAVIOLETA (3,9,11,12,13,14)
- B.5 HISTOPATOLOGIA: SE CARACTERIZA POR LA INVASION DE CELULAS ESCAMOSAS ALTERADAS DENTRO DE TEJIDO CONECTIVO DE SOPORTE Y LAS ESTRUCTURAS ADYACENTES(3,9,11,14)
- B.6 CORTES HISTOLOGICOS: (3,4)
- B.7 TRATAMIENTO : CIRUGIA, RADIOTERAPIA O COMBINADAS Y DEPENDE DE : SITIO DE LOCALIZACION, TAMAÑO DEL TUMOR Y DE LA METASTASIS (11,12,13,14)
- C.1 CARCINOMA VERRUCOSO: CARACTERISTICAS CLINICAS: EDAD 60 - 80 AÑOS. SEXO: EN HOMBRES. LOCALIZACION : EN LA MUCOSA LABIAL, PALDAR, Y PROCESO ALVEOLAR.
- C.2 CLINICAS (11,12)
- C.3 SON DE CRECIMIENTO LENTO, EXOFITICO PAPILAR, INVADE AL TEJIDO CONECTIVO Y HUESO, PRESENTA RARA METASTASIS. (3,9,11,12,13,14)
- C.4 HISTOPATOLOGIA: MASA PAPILAR CON EPITELIO QUERATINIZADO, SEPARADO POR ESPACIOS GRANDES. LA MEMBRANA BASAL INTACTA Y USUALMENTE SE PRESENTA INFILTRADO INFLAMATORIO BAJO EL TUMOR (3,9,11,12,13,14)
- C.5 CORTE HISTOLOGICO (3)
- C.6 TRATAMIENTO: QUIRURGICO CONSERVADOR, ES IMPORTANTE EVITAR LA RADIOTERAPIA.
- D.1 CARCINOMA BASOCELULAR: CARACTERISTICAS CLINICAS: ES EL CANCER DE PIEL, LESION EXOFITICA, QUE DESARROLLA UN CRATER (LLENO DE QUERATINA) . ES DE CRECIMIENTO LENTO CON EXTENSION LATERAL Y PROFUNDA. (3,9,11,12,-13,14).
- D.2 CLINICAS (3,11)
- D.3 ETIOLOGIA: EXPOSICION CRONICA A RAYOS SOLARES. HISTOPATOLOGIA: BAJO LAS CELULAS APARECE UNA EPIDERMIS INTACTA, LA CAPA EXTERIOR SON CELULAS COLUMNARES SE FORMA UNA ULCERA CENTRAL CARACTERISTICA CON UNA INDURACION MARGINAL. (3,4,9,11,12,13,14)
- D.4 TRATAMIENTO : EXCISION COMPLETA DE LA LESION CON LOS BORDES LIBRES DE ELLA. (11,13,14)

V. - BIBLIOGRAFIA

1. **MOSS Y SALENTIJJN:** DENTAL AND ORAL TISSUES AN INTRODUCTION: Lea & Febiger, Philadelphia - London 1990. -
2. **MJÖR:** EMBRIOLOGIA E HISTOLOGIA ORAL HUMANA; Editorial Salvat. 1989.
3. **CAWSON Y EVESON:** ORAL PATHOLOGY AND DIAGNOSIS. Color Atlas With Integrated Text. Imago- Publishing Limited. Hong Kong 1987, Reimpresión 1992.
4. **LEE K W:** A COLOUR ATLAS OF ORAL PATHOLOGY; Wolfe-Medical Publications L.T.D. 1985.
5. **SCULLY, PRIME Y MEITLAND:** PAPILLOMAVIRUSES: Their Possible role in oral Disease. Oral Surgery 1985. (3)60:2;166-74.
6. **GREEN, EVERSOLE Y LEIDER:** ORAL AND LABIAL VERRUGA VULGARIS: CLINICAL, HISTOLOGIC AND IMMUNO HISTOCHEMICAL EVALUATION; Oral Surgery 1986 (4-6)62:410-416.
7. **PRAETORIUS - CLAUSEN:** RARE ORAL VIRAL DISORDERS (Molluscum Contagiosum, Localized Keratoacanthoma, Verrucae Condyloma Acuminatum and Focal Epithelial Hiperplasia) Oral Surgery, 1972, 34:4/604-618.
8. **PINDBORG:** CANCER Y PRECANCER BUCAL: Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires, Argentina. 1981.
9. **PINDBORG:** ATLAS DE ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL Salvat Editores, 3ª Edición 1975.
10. **TYLDESLEY:** ATLAS A COLOR DE MEDICINA ORAL: Year Book Medical Publishers Inc. Chicago USA 1978.
11. **NEVILLE Y DAMM:** COLOR ATLAS OF CLINICAL ORAL PATHOLOGY. Lea & Febiger, Philadelphia - London 1991.
12. **LANGLAIS Y MILLER:** COLOUR ATLAS OF COMMON ORAL DISEASES. Lea & Febiger, Philadelphia, 1992.
13. **EVERSOLE:** PATOLOGIA BUCAL: Diagnostico y tratamiento; Editorial Medica Panamericana, Argentina 1ª Edición 1983. Reimpresión 1991.
14. **REGEZI Y JSICIUBBA:** PATOLOGIA BUCAL Interamericana - McGraw - Hill, 1ª Edición 1991.

ALTERACIONES DIVERSAS QUE AFECTAN LOS ORGANOS DENTARIOS

OBJETIVOS :

- 1.- RECONOCER LAS CAUSAS POR LAS QUE APARECEN ESTAS LESIONES.
- 2.- DIFERENCIAR LOS DIVERSOS TIPOS DE ENTIDADES.
- 3.- MENCIONAR EL TRATAMIENTO Y PRONOSTICO DE CADA UNA DE ELLAS.

CONTENIDO TEMATICO

- I .- ATRICION, ABRASION Y EROSION DENTARIAS.
- II .- DENTINA SECUNDARIA, DENTINA DE REPARACION, DENTINA ESCLEROSANTE, CALCIFICACIONES PULPARES Y RESORCION INTERNA Y EXTERNA.
- III.- HIPERCEMENTOSIS Y CEMENTICULOS
- IV .- BIBLIOGRAFIA

TEMA I :

- A.1 ATRICION: ES EL DESGASTE FISIOLÓGICO DE ESTRUCTURA DENTARIA, COMO RESULTADO DE EL CONTACTO ENTRE DIEN- TES ADYACENTES O CONTRA EL ANTAGONISTA. LAS SUPERFICIES QUE MAS SE DESGASTAN SON: CARA OCLUSAL, INCISAL E INTERPROXIMAL. (1,2,3,4,6,7)
- A.2 CLINICAS (1,2)
- A.3 DENTICIONES EN QUE SE PRESENTA: DECIDUA Y PERMANENTE ETIOLOGIA: BRUXISMO Y HABITOS SIMILARES(1,2,3,4,6,7)
- A.4 TRATAMIENTO: CORRECCION DEL HABITO CAUSAL PRONOSTICO: FAVORABLE. (1,2,3,4,6,7)
- B.1 ABRASION: DESGASTE PATOLOGICO DE LA ESTRUCTURA DENTA RIA, EL CUAL ES OCASIONADO POR UNA FUERZA MECANICA ANORMAL. CLINICAMENTE: EL DESGASTE ES TIPICO Y MUES- TRA EXPOSICION DE CEMENTO Y DENTINA EN LAS CARAS VES TIBULARES. (1,2,3,4,6,7)
- B.2 ETIOLOGIA: TECNICA DE CEPILLADO HORIZONTAL QUE PROVO CA EL DESGASTE EN EL TERCIO CERVICAL DE LAS CARAS VESTIBULARES DE LOS DIENTES. HABITOS OCUPACIONALES QUE PROVOCAN EL DESGASTE EN LAS CARAS INCISALES E INTERPROXIMALES DE LOS DIENTES. (1,2,3,4,6,7)
- B.3 CLINICAS (1)
- C.1 EROSION: ES LA PERDIDA PATOLOGICA SE LA ESTRUCTURA DENTARIA A PARTIR DE UNA ACCION QUIMICA QUE NO IN- CLUYE A UN AGENTE BACTERIANO. ETIOLOGIA: SUSTANCIAS ACIDAS, BULIMIA, QUIMIOTERAPIA, PH ALBERCAS, HERNIA HIATAL E IDEOPATICAS. (1,2,3,4,6,7)
- C.2 CLINICAS (1)

TEMA II:

- A.1 DENTINA SECUNDARIA: ES LA APOSICION CONTINUA DE DEN- TINA (POR MEDIO DE LOS ODONTOBLASTOS) DESPUES DE TERMINADA LA FORMACION DE LA RAIZ, POSEE UN PATRON INCREMENTAL, ESTRUCTURA TUBULAR, EN TODO LO LARGO DE EL CONTACTO PULPO - DENTINARIO. (8,9)
- B.1 DENTINA DE REPARACION: SE PRODUCE COMO UNA REACCION A LOS ESTIMULOS NOCIVOS COMO: CARIES, O LOS PROCESOS DENTALES DE RESTAURACION. INTERVIENEN DIRECTAMENTE LOS ODONTOBLASTOS QUE ESTAN AFECTADOS POR EL ESTIMU- LO (8,9)
- B.2 LA DENTINA RESPONDE A LOS ESTIMULOS CONFORMANDO SU ARQUITECTURA Y PRODUCIENDO DENTINA, DEACUERDO A LA INTENSIDAD Y DURACION DE LOS ESTIMULOS. EL PATRON ES TUBULAR IRREGULAR Y DISPERSO (8,9)

- C.1 DENTINA ESCLEROTICA: ES LA DEPOSICION CONTINUA DE DENTINA PERITUBULAR Y LA OBLITERACION DEL TUBULO. APARECE CON LA EDAD, REDUCE LA PERMEABILIDAD DENTINARIA Y ALARGA LA VITALIDAD PULPAR (9)
- D.1 GRAFICA QUE MUESTRA LOS DIFERENTES TIPOS DE DENTINA (9)
 - E.1 CALCIFICACIONES PULPARES: ES UN FENOMENO FRECUENTE MANIFESTADO CON LA EDAD. (ALGUNOS LES LLAMAN DENTICULOS) PUEDEN SER DIFUSOS O NODULARES; LOS DIFUSOS O LINEALES SE ENCUENTRAN EN EL CONDUCTO RADICULAR, Y LOS NODULARES O POLIPOS SE ENCUENTRAN EN LA CAMARA PULPAR (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10)
 - E.2 LOS POLIPOS SE CLASIFICAN EN: LIBRES (QUE SE ENCUENTRAN RODEADOS POR TEJIDO PULPAR) Y LOS ADHERIDOS (QUE SE ENCUENTRAN INCORPORADOS A LA PARED DENTINARIA)[1,2,3,4,5,6,7,8,9,10]
 - E.3 CLINICAS (1)
 - F.1 RESORCION INTERNA: SE DESARROLLA EN EL INTERIOR DEL DIENTE DISOLVIENDO SU ESTRUCTURA. TAMBIEN LLAMADA "DIENTE COLOR DE ROSA". APARECE COMO RESULTADO DE LA ACTIVIDAD DE CELULAS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL (6,7)
 - F.2 CLINICAS (1)
 - F.3 TRATAMIENTO: ENDODONCIA
PRONOSTICO: DESFAVORABLE.
 - G.1 RESORCION EXTERNA: ETIOLOGIA: * INFLAMACION APICAL * QUISTES , * TUMORES BENIGNOS, * NEOPLASIAS MALIGNAS, * IDEOPATICO, * TRATAMIENTOS DE ORTODONCIA MAL REALIZADOS. SE ENCUENTRA RELACIONADO CON: - TRAUMATISMOS Y - TRASPLANTES DENTARIOS. (1,2,3,4,6,7)
 - G.2 CLINICAS (1)

TEMA III:

- A.1 HIPERCEMENTOSIS: ES LA PRESENCIA EXESIVA DE CEMENTO SECUNDARIO EN LA SUPERFICIE RADICULAR DE UN DIENTE. PUEDE SER UNI O MULTIDENTAL Y SE PRESENTA CON MAYOR INCIDENCIA EN LOS PREMOLARES (1,8,9)
- A.2 ESTA ASOCIADA A LA REPARACION DE UN DIENTE FRENTE A INFLAMACION. TAMBIEN ESTA SOCIADA A: * ENFERMEDAD DE PAGET, * ACROMEGALIA, *GIGANTISMO PITUITARIO, A * INFECCION PERIAPICAL CRONICA Y * PERIODONTITIS MARGINAL. (1,5,6,7,8,9,)
- B.1 CEMENTICULOS : SON CUERPOS CALCIFICADOS, LOCALIZADOS EN EL LIGAMENTO PERIODONTAL. EDAD.-ANCIANOS. PUEDEN LIBRES (EN TEJIDO CONECTIVO) O ADHERIDOS (UNIDOS AL CEMENTO) [8,9]

V .- BIBLIOGRAFIA

1. **NEVILLE Y DAMM:** COLOR ATLAS OF CLINICAL ORAL PATHOLOGY. Lea & Febiger Philadelphia -London 1991.
2. **LANGLAIS Y MILLER:** COLOUR ATLAS OF COMMON ORAL DISEASES. Lea & Febiger, Philadelphia 1992.
3. **CAWSON Y EVESON:** ORAL PATHOLOGY AND DIAGNOSIS. Color Atlas with Integrated Text. Imago-Publishing Limited. Hong Kong 1987. Reimpresion 1992
4. **EVERSOLE:** PATOLOGIA BUCAL: Diagnostico y Tratamiento. Ed. Medica Panamericana, Argentina 1ª edición 1983. 1ª reimpresion 1991.
5. **TOMOMITSU:** ATLAS OF ORAL DIAGNOSTIC IMAGING Ishiyaku - Euroamerica Inc. 1990.
6. **REGEZI Y JSICTUBBA:** PATOLOGIA BUCAL Interamericana - Mc graw -Hill 1ª edicion 1991
7. **GIUNTA:** PATOLOGIA BUCAL, Interamericana-Mc graw Hill ;3ª edición 1991.
8. **ORBAN:**HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCALES :1966 por the Mosby Company. Reimpresión 1981 La prensa Medica Mexicana.
9. **MJÖR A. I. :** EMBRIOLOGIA E HISTOLOGIA ORAL HUMANA; Editorial Salvat 1989.