

89
2 Eje

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA**



U. N. A. M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

**LESIONES DE LA CAVIDAD ORAL DIAGNOSTICAS Y
TRATADAS EN LA ASIGNATURA DE CIRUGIA BUCAL
DURANTE UN SEMESTRE EN LA CLINICA
ODONTOLOGICA ARAGON.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N:

CONTRERAS MONTIEL GLORIA JOSEFINA

PATIÑO ARANZA LUCIA



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
* * * * *

Págs.

CAPITULO I. DIAGNOSTICO

1.1	HISTORIA CLINICA Y EXAMEN CLINICO DEL PACIENTE.	1
1.2	EXAMEN RADIOLOGICO	14
1.3	ESTUDIOS DE LABORATORIO	17

**CAPITULO II. RESUMEN DE LESIONES
ORALES.**

- TABLA 1.	LESIONES BLANCAS DE LA MUCOSA ORAL.	50
- TABLA 2.	LESIONES VESICULARES DE LA MUCOSA ORAL	62
- TABLA 3.	ULCERACIONES DE LA MUCOSA ORAL	72
- TABLA 4.	LESIONES PIGMENTADAS DE LA MUCOSA ORAL	84
- TABLA 5.	CRECIMIENTO DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD ORAL QUE NO SANGRAN	92
- TABLA 6.	CRECIMIENTO DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD ORAL QUE PRESENTAN SANGRADO	99

- TABLA 7. CRECIMIENTO DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD ORAL COMPRIMIBLES	105
- TABLA 8. CRECIMIENTO PAPILAR DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD ORAL QUE SEMEJAN UNA COLIFLOR.	111
- TABLA 9. LESIONES RADIOLUCIDAS DE LOS MAXILARES	116
- TABLA 10. LESIONES RADIOPACAS DE LOS MAXILARES.	138
- TABLA 11. LESIONES RADIOLUCIDAS Y RADIOPACAS.	147
- TABLA 12. LESIONES DE LAS GLANDULAS SALIVALES.	150

CAPITULO III. INFORME DE LA INVESTIGACION CLINICA.

3.1	INTRODUCCION	156
3.2	MATERIAL Y METODOS	156
3.3	RESULTADOS	183
	COMENTARIOS CONCLUSIONES	187
	GLOSARIO	191
	BIBLIOGRAFIA	199

CAPITULO 1. DIAGNOSTICO

1.1 HISTORIA CLINICA Y EXAMEN CLINICO DEL PACIENTE.

DIAGNOSTICO.

Conjunto de signos que sirven para determinar el carácter peculiar de una enfermedad.

Calificación que da el médico a la enfermedad según los signos y síntomas que advierte.

En la Industria, en las leyes, en las actividades militares, etc; se debe de hacer una planeación de los métodos que se emplean en cada una de las ramas para llegar a un correcto funcionamiento. En las artes y ciencias médicas estos métodos son la historia clínica del paciente. Estos procedimientos abarcan muchas preguntas y actividades, incluyendo el examen clínico y otros que ayudan a complementar el diagnóstico. Realizar apropiada y concienzudamente la historia clínica y el examen clínico, serán la mejor forma de llegar a un diagnóstico correcto. De lo contrario si se realiza la historia clínica incomprensible y un examen clínico mal realizado el C.D. llegará a convertirse en un experto. En el procedimiento del diagnóstico se incluye lo siguiente:

HISTORIA CLINICA

- DATOS DE IDENTIFICACION.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

- ANTECEDENTES SOCIALES

- ANTECEDENTES OCUPACIONALES

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

- HISTORIA MEDICA ANTERIOR
- ANTECEDENTES FAMILIARES
- ANTECEDENTES DENTALES

REVISAR LOS SINTOMAS POR APARATOS Y SISTEMAS

- EXAMEN CLINICO
- EXAMEN RADIOGRAFICO
- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
- DIAGNOSTICO:
 - ESTUDIOS MEDICOS DE LABORATORIO
 - ESTUDIOS DENTALES DE LABORATORIO

HISTORIA CLINICA

Para la mayoría de los pacientes, una historia clínica completa no es necesaria. En el caso de pacientes que han gan caso omiso de su enfermedad, el C.D. debe estar consciente de la útil información que la historia clínica proporciona. Solamente a través de la práctica clínica se puede correlacionar el aprendizaje, la experiencia y llegar a una correcta información.

Durante el contacto con el paciente el C.D. debe ser hábil para identificar algunos signos que nos permitan un conocimiento mental del paciente, ya que al realizar la historia clínica y el examen clínico, el médico detecta problemas psíquicos en los pacientes.

Las lesiones mucosas, maxilofaciales crónicas y algu-

nos problemas miofaciales y cráneo faciales pueden ser referidos por depresiones motivacionales. Una historia nos puede ayudar a demostrar la causa psíquica y ayudar al médico a --prescribir el tratamiento provisional, pero si la historia clínica no está correcta nos puede llevar a un fracaso.

Un beneficio importante de la historia es el efecto --Terapéutico sobre el paciente a identificar en la clínica a su doctor. Frecuentemente se establece una armonía entre el paciente y el C.D. y la relación amigable se puede desarrollar.

Una actitud amigable por parte del C.D. Es esencial para la adquisición de una adecuada historia clínica y garantizar el beneficio del paciente y su terapia.

DATOS DE IDENTIFICACION.

Estos datos pueden ser muy útiles en el manejo dinámico de pacientes. Estos datos pueden ser obtenidos por una recepcionista atenta y amable, ella obtendrá datos administrativos de identificación de el paciente. Estos datos son los siguientes:

- 1.- Nombre y dirección
- 2.- Fecha de nacimiento
- 3.- Sexo
- 4.- Raza o antecedentes étnicos
- 5.- Ocupación y dirección
- 6.- Nombre y dirección de:
 - a) Otra persona que informen del paciente

- b) Procedencia
- c) Médico familiar
- d) Dentista familiar o dentista actual
- e) Centro de salud

7.- Otros datos (éstos pueden ser de su ocupación, o una práctica en particular que contribuye a la salud del paciente).

Las relaciones médico-legales, y las formas de consentimiento en cualquier procedimiento que puede ser necesario. Es recomendable que el paciente dé su consentimiento para operaciones específicas. Este consentimiento debe ser en términos comprensibles para el paciente incluyendo los riesgos o peligros.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

ANTECEDENTES SOCIALES

La historia social puede ser de gran ayuda para la identificación y el balance psicosomático del paciente que de otra manera puede ser reconocido por los síntomas somáticos.

Prácticamente todas las enfermedades máxilo-faciales son reflejadas en mayor o menor grado en pacientes con problemas psíquicos y en los pacientes que generalmente identifican su imagen con personas más fuertes. Así el paciente puede ir al dentista por un tratamiento somático, durante la realización de la historia clínica, el dentista puede exponer y hacer énfasis a las depresiones físicas y factores significativos que contribuyen a las enfermedades psíquicas.

y pueden ayudar a la identificación de depresiones: perturbación del sueño, perturbación del apetito, constipación o diarreas, dolor en la espalda, fatiga, disminución del gusto, -- ulceraciones y descamación de la mucosa oral, quemaduras en la lengua, xerostomía y alteración del gusto.

En la historia clínica y la examinación clínica del paciente se observará si el paciente presenta signos de tristeza, si se considera una persona inútil o ve la vida de una manera negativa, entonces la identificación de una depresión llegará a ser más verdadera. En otros casos el paciente puede tener evidencias de depresión o tener una pequeña depresión y tomar la actitud cooperativa y hacer muchas cosas muy bien realizadas incluyendo la descripción de su principal problema de las lesiones orales y enfermedades, él ve de una manera racional y balanceado su problema principal de las lesiones orales y enfermedades, lo cual simplificará su tratamiento.

Los tratamientos dentales o terapia oral, pueden aumentar la enfermedad en aquellos pacientes que se encuentran -- con problemas psicosomáticos y probablemente estos tratamientos serán un fracaso.

Se debe consultar con el psiquiatra, médico o psicólogo familiar del paciente y ellos generalmente nos indicarán el grado de problema psicológico en que se encuentra el paciente.

ANTECEDENTES OCUPACIONALES.

Los antecedentes ocupacionales son importantes cuando-

el medio ambiente puede producir lesiones orales óseas, como en la industria minera. Además si la ocupación produce fuertes emociones y stress éstos se pueden reflejar en la cavidad oral con una variedad de inflamaciones gingivales y en la mucosa oral.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

HISTORIA MEDICA ANTERIOR.

La historia médica anterior le puede ser de gran utilidad al C.D.; algunas de estas formas pueden ser usadas en cualquiera de los pacientes que den una información clara y solamente el C.D. debe seguir la secuencia de la historia clínica, extenderse en aquellos puntos que requieran una ampliación usando preguntas directas al paciente. Algunas de estas historias médicas anteriores son o se pueden combinar al revisar aparatos y sistemas. La historia médica anterior debe incluir lo siguiente:

- 1.- Salud general del paciente antes de la enfermedad principal o padecimiento principal.
- 2.- Historia previa y resultado de un examen clínico.
- 3.- Alergias, incluyendo las sensibilidades de antibióticos, analgésicos, anestésicos, sedantes, tranquilizantes y agentes tópicos.
- 4.- Idiosincrasia o agentes farmacoterapéuticos.
- 5.- Operaciones previas y resultados.
- 6.- Enfermedades previas y resultados.
- 7.- Hospitalizaciones previas y resultados.

8.- Otras historias (familiares, sociales, ocupacional, dental).

ANTECEDENTES FAMILIARES.

Los antecedentes familiares son importantes en el caso de aquellos pacientes que sospechan o que tienen antecedentes de diabetes, tuberculosis, hemofilia, cáncer, anemias, enfermedades alérgicas, cardiovasculares, respiratorias, enfermedades del sistema nervioso, genitourinario, digestivo y sistema esquelético.

ANTECEDENTES DENTALES.

Como el paciente lo interpreta la historia dental nos revela tratamientos dentales previos y los planes de tratamiento que se le han realizado al paciente.

PADECIMIENTO ACTUAL.

El padecimiento actual debe ser registrado si es posible con las propias palabras del paciente. Si hay dos o más enfermedades numerarlas todas en la historia clínica y entonces aplicar una historia a cada una de las enfermedades, si una de éstas predomina en la mente del paciente, debe ser tratada como tal.

INICIO DEL PADECIMIENTO.

Se anotará en término de días o el tiempo de inicio antes de la cita de admisión, cuando la enfermedad se presentó. Usar un calendario, no escribir, "El paciente notó dolor, sangrado de encía el pasado jueves", registrar en su lugar "seis días antes de su admisión o cita (se anotará fecha) el paciente notó..." Incluir una nota de qué estuvo haciendo -

el paciente en ese tiempo de inicio y que precipitaron los signos y síntomas.

CURSO.

Un resumen de la exposición de la enfermedad debe ser incluida, que describa el progreso e inicio de la enfermedad principal. Por ejemplo, los síntomas pueden ser descritos como intermitentes, periódicos, constantes, aumentados o disminuidos en severidad provocando y aliviando factores que pueden ser identificados. Si el dolor del padecimiento principal puede describirse, permitirle al paciente que lo exprese en términos familiares. El C.D. será muy cuidadoso de no influenciar su descripción, algunos términos pueden ser sugeridos para permitirles una adecuada expresión.

Adjetivos que pueden ser usados para describir el dolor:

Palpitante	Vivo
Pesadez	Taladrante
Cosquilleo	Mordisqueo
Estallamiento	Calabrante
Molesto	Contractil
Embotado, sordo	Estrujante
Apremiante	Desgarrante
Dolorido	Tirante
Intenso	Picante
Lancinante	Caliente
Cortante	Quemante

TRATAMIENTOS PREVIOS

Determinar los tratamientos realizados, cuándo, dónde, por qué y por quién se efectuaron y anotar el éxito de los -- tratamientos previos. Las preguntas directas en los anteriores formatos deben ser empleados si es necesario para prescribir adecuadamente el padecimiento actual. Esto se realiza espontáneamente por el paciente que simplemente dice su relato con algunas observaciones por parte del C.D. para ayudarlo a seguir su relato proporcionando una información pertinente y verdadera.

REVISION DE LOS SINTOMAS POR SISTEMAS Y APARATOS.

Hay un número de formas que se pueden emplear para revisar los síntomas por aparatos y sistemas. Cada forma es para revisar los síntomas en base a una región, actualmente se revisa el sistema mayor del cuerpo, pero esto no es recomendable, tal vez pueden ir juntos la cara, el cuello, tórax, abdomen y los miembros; entonces considerar el corazón y -- pulmones, el tracto digestivo, genitourinario en otros sistemas.

La forma más lógica de revisar los síntomas es sistema por sistema. Este método está esencialmente basado en -- las respuestas de los pacientes relacionados con la enfermedad y pueden ser las siguientes:

PESO

Datos del máximo y mínimo de peso

Causa del cambio del peso

Peso actual

FUERZA O VIGOR

Fatiga Inusual (inicio)

Cambio en la actividad física

OJOS

Presencia o ausencia de lentes o lentes de contacto

Cambios recientes en la visión

Cambios de inflamación o lagrimeo

NARIZ, GARGANTA Y OIDOS

Dolor

Cambios en la audición

Tinnitus

Lesión de los senos nasales

Secreción mucosa

Secreción sanguínea

Obstrucción nasal

Cambios en la voz

Irritación de la garganta

Amigdalitis

CAVIDAD ORAL

Inflamación

Neoplasias

Lesiones quísticas

Deformidades congénitas o en el desarrollo

Cambios oclusales

Inflamación en el cuello

Hábitos que pueden afectar labios, lengua, tejidos --
blandos y duros en la cavidad oral.

CORAZON Y VASOS SANGUINEOS

Vasos periféricos

SISTEMA RESPIRATORIO**ESTOMAGO E INTESTINOS**

Dieta usual y sustitutos en la dieta (alcohol, dulces, fécula o almidones)

Apetito

Náuseas y vómito

Eruptos inusuales

Diarrea y constipación

Consistencia y color de la evacuación

Antecedentes de ictericia

Cantidad de agua consumida por día

ORGANOS GENITOURINARIOS**SISTEMA HEMATOPOYETICO****PIEL**

Contusiones

Prurito y salpullido

EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES

Antecedentes de artritis

Fracturas espontáneas

SISTEMA NERVIOSO

Tumores

Convulsiones

Anestesia, parestesia y parálisis

Dolor muscular

SISTEMA ENDOCRINO

PSIQUICO

EXAMINACION FISICA

El examen de cada una de las porciones del cuerpo consisten en cuatro modalidades: inspección, palpación, percusión y auscultación. Estas cuatro palabras y los procedimientos que ellos representan doblan el tiempo de trabajo. Hay palabras que los C.D. usan para comunicarse con claridad. Ellos describen cada tipo de examen, así como un martillo depende de los brazos un automóvil depende de las piernas y las computadoras dependen del cerebro; también los estudios de laboratorio, las juntas médicas, las biopsias y los exámenes radiográficos dependen de estas cuatro modalidades básicas al realizar el examen físico.

El examen físico regional de la cavidad oral y de los tejidos máxilo-faciales y de las regiones contiguas pueden ser registrados en cualquiera de las formas u hojas de registro. Para simplificar esto, se estandarizan diferentes formas u hojas de registro que pueden ser usadas por muchos C.D.

Después de los datos de identificación ya reunidos se registran los signos iniciales y entonces se prosigue con la siguiente rutina: inspección, palpación, percusión y auscultación de varias regiones máxilo-faciales.

En años recientes la profesión dental ha tomado muy

en cuenta la presión arterial. Esto es particularmente necesario cuando se examinan nuevos pacientes quienes están en tratamiento de hipertensión. En la tabla se muestran los rangos normales generales de la presión arterial sistólica y diastólica en varios grupos de pacientes.

RANGO NORMAL DE PRESION ARTERIAL SISTOLICA Y DIASTOLICA

	Femenino (infantil)	Femenino (adulto)
	de 5 a 15 años	
Presión Arterial	105 (+16)/57(+9)	120(+18)/75(+14)
Pulso (por min)	75 - 100	60 - 90
Respiración (por min)	18 - 20	12 - 15
Temperatura oral (F)	97.8-98.6	97 - 99
Temperatura oral (C)	36.6-37	36.1 - 37.2
	de 5 a 15 años	
	Masculino (infantil)	Masculino (adulto)
Presión Arterial	105(+16)/57(+9)	126(+17)/79(+13)
Pulso (por min)	75 - 100	60 - 90
Respiración (por min)	18 - 20	12 - 15
Temperatura oral (F)	97.8 - 98.6	97 - 99
Temperatura oral (C)	36.6 - 37	36.1 - 37.2

1.2 EXAMEN RADIOLOGICO.

A través de la radiografía, muchos padecimientos pueden ser descubiertos; las primeras radiografías son para -- confirmar la impresión clínica. Consecuentemente el examen radiográfico debe complementar la historia clínica y examen clínico; solamente algunas radiografías contribuirán para - estar seguros en el reconocimiento de las enfermedades. Se debe hacer énfasis a lo siguiente: la radiografía nunca debe ser aceptada como un criterio para una intervención quirúrgica. Las radiografías son apropiadas para el estudio de las lesiones orales y periorales intraóseas. Dentro de éstas se incluyen las siguientes:

1.- Radiografías intraorales.

- a) Vista periapical
- b) Vista Interproximal (aleta mordible)
- c) Vista Oclusal

2.- Radiografías extraorales.

- a) Proyección transparietal
- b) De la articulación temporomandibular
- c) Proyección transfaringea
- d) Cara y cuello del cóndilo
- e) Proyección lateral simple y oblicua de la mandíbula
- f) Cuerpo posterior y rama de la mandíbula
- g) Panorámica de la mandíbula (ortopantomografía)
- h) Cuerpo anterior de la mandíbula
- i) Proyección cefalométrica

- j) Anteroposterior o posteroanterior
- k) Senos paranasales (seno maxilar), y huesos faciales laterales (Waters)
- l) Arco Zigomático (Hirts)
- m) Huesos nasales (Perfilograma)
- n) Glándulas salivales con líquido de contraste sialográfico).

Muchos de los consultorios dentales son equipados con rayos X para proporcionar vistas panorámicas de la mandíbula y de algunas porciones bajas de la misma. La interpretación de las radiografías debe hacerse con mucho cuidado porque en ellas hay defectos laminográficos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Después de realizar la intervención radiográfica, el diagnóstico debe ser registrado para compararlo con el primer diagnóstico.

En muchos casos el diagnóstico no es claro y el plan de tratamiento es basado en esta conclusión sin haberse hecho un diagnóstico adecuado adicional.

Si el diagnóstico final no es absolutamente claro; serán un fracaso los estudios médicos, de laboratorio, dentales, biopsias y la junta de médicos. Se debe hacer una revisión de la enfermedad principal, padecimiento actual, historia clínica y revisar los síntomas junto con el examen clínico nuevamente desde su inicio.

DIAGNOSTICO.

Después de completary acumular los datos anteriores-
el C.D. debe llegar a un diagnóstico diferencial para poste-
riormente llegar a un diagnóstico final adecuado.

1.3 ESTUDIOS DE LABORATORIO.

Los exámenes se deben de realizar después de la historia clínica y el examen clínico. Los resultados obtenidos de los exámenes ayudan a establecer el diagnóstico final. La suma e interpretación de los exámenes de laboratorio deben ser discutidos para posteriormente proporcionar una revisión de la información que puede ser obtenida de estos procedimientos.

RECUESTO SANGUINEO.

El recuento sanguíneo incluye algunos exámenes que revelan las condiciones sistémicas anormales, algunas de las cuales revelan las condiciones sistémicas anormales, algunas de las cuales pueden estar relacionadas con las lesiones orales. Un estudio de sangre simple puede ser realizado para el recuento diferencial de leucocitos, para la examinación de eritrocitos y la morfología de las plaquetas.

Las alteraciones de tamaño, forma y cantidad de hemoglobina en los eritrocitos se puede detectar; el número de plaquetas puede ser observado en el microscopio.

Cuenta total de Leucocitos.

Los leucocitos son importantes en la defensa del organismo al ser invadido por microorganismos, su función es la de combatir a las bacterias. Un aumento de leucocitos (leucocitosis) es la alteración más común y generalmente indica la presencia de infección sistémica. Eso se puede observar después de una anestesia general y en algunas condiciones como-

trastornos emocionales y discrasias sanguíneas, infecciones y al ingerir drogas y sustancias químicas.

Recuento diferencial de Leucocitos.

Varios tipos de leucocitos pueden ser identificados microscópicamente. Cada una de estas células normales, hacen un porcentaje total de leucocitos-el rango normal es de 5000/ml a 10,000/ml. El porcentaje normal de leucocitos individualmente en el rango diferencial es el siguiente:

Neutrófilos	54% a 62%
Linfocitos	25% a 33%
Monocitos	3% a 7%
Eosinófilos	1% a 3%
Basófilos	0% a 1%

Estos datos nos pueden ayudar para conocer los cambios de estas células en la sangre. Estos cambios se pueden identificar en algunos grupos de enfermedades en particular; por ejemplo: los neutrófilos están aumentados en enfermedades bacterianas; los eosinófilos están aumentados en infecciones parasitarias y en algunas alergias; los basófilos -- pueden aumentar en algunas discrasias sanguíneas; los linfocitos pueden estar aumentados en el sarampión y en infecciones bacterianas crónicas, los monocitos están aumentados en recuperaciones de enfermedades severas y en la enfermedad de Hodgkin.

Con frecuencia el tipo de agentes infecciosos y el -- curso de la enfermedad puede ser determinado por el recuen-

to de leucocitos y el valor diferencial será en los días sucesivos. Es reconocido que la leucocitosis es causada por un aumento moderado en los neutrófilos que indican una infección bacteriana aguda. En otros casos una leucocitosis puede ir acompañada de un aumento moderado de linfocitos (linfocitosis). Una elevación de los leucocitos sobre los 20 000/ml, puede indicar la presencia de leucemia.

Los siguientes métodos son usados para detectar y determinar el curso de los pacientes con infección aguda. Como se describió algunos pacientes pueden tener leucocitosis causado principalmente por un aumento de los neutrófilos:

1.- Generalmente puede haber un aumento de los neutrófilos inmaduros y cada uno de los neutrófilos, son descritos con un cambio opuesto a su imagen. Si el valor de los leucocitos es determinado en serie, diariamente habrá cambio en el recuento de los leucocitos y la diferencia será aparente.

2.- Si el recuento total de leucocitos se encuentra elevado habrá aumento en los neutrófilos, los cuales muestran un aumento en el porcentaje de leucocitos inmaduros. Los cambios se refieren a su regeneración, algunos de los pacientes están respondiendo favorablemente porque su médula es apta para producir un aumento en el número de leucocitos para combatir las infecciones.

3.- Si el recuento en los leucocitos está disminuido y aumentado en sus formas inmaduras, esto nos indica una de

generación en su forma. Las condiciones de algunos se encuentra deteriorada porque los procesos infecciosos están destruyendo los leucocitos y la médula produce rápidamente leucocitos inmaduros.

Recuento de Plaquetas.

El número de plaquetas está entre 150/000 ml. y 450 000/ml en la sangre. Muchas de estas funciones se continúan investigando. Las plaquetas son necesarias para la coagulación de la sangre y para la formación del coágulo. Cuando el recuento de plaquetas está disminuido el tiempo de sangrado puede ser prolongado. En otros casos un recuento de plaquetas nos da el número que se encuentra en la sangre, algunas alteraciones en la hemostasia pueden ser causadas por una alteración en el número de plaquetas. Aunque hay muchas alteraciones sanguíneas de interés dental en las cuales el recuento de plaquetas es normal, un aumento puede ser el resultado de una policitemia; habrá fracturas, anemias hemolíticas o leucemia mielocítica crónica y una disminución puede ser el resultado de una púrpura trombocitopénica, anemia perniciosa, anemia aplásica o leucemia crónica aguda.

Concentración de Hemoglobina.

La hemoglobina es el agente portador del oxígeno en la sangre. En personas adultas el rango normal, es de 12 a 18 gr/100 ml. En la mujer es generalmente menor que en el hombre. La hemoglobina disminuye en hemorragias y anemias;

encontrándose aumentada en hemoconcentraciones (aumento en el líquido). El aumento de eritrocitos o disminución en el plasma en la sangre se conoce como policitemia y es un ejemplo de exceso de eritrocitos en la sangre.

La concentración de hemoglobina y el recuento de eritrocitos siempre disminuye por igual. Este factor es importante con frecuencia en el diagnóstico diferencial de anemias. En una disminución de hierro (anemia micro-cítica) - las concentraciones de hemoglobina están más reducidas que el número de eritrocitos y en la anemia perniciosa el recuento de eritrocitos está reducido más que la concentración de hemoglobina. La anestesia general no se debe de administrar en pacientes con concentración de hemoglobina menor de los 10 gr./100 ml.

Hematócrito.

En este examen el porcentaje o volumen ocupado por los eritrocitos está en relación con el volumen total de la sangre. Los rangos normales son: del 40% al 54% en los hombres y el 37% al 45% en las mujeres. Los porcentajes aumentan en la policitemia, deficiencia de oxígeno y en deshidrataciones.

En la práctica dental se usa el hematócrito, la concentración de hemoglobina y el recuento de eritrocitos nos indica la capacidad que tiene de transportar oxígeno (solamente uno de estos exámenes está indicado).

Tiempo de sangrado.

Es la capacidad que tienen los vasos sanguíneos de --

contraerse o retraerse después de una herida y retener la sangre coagulada (taponamiento). Cuando existe una lesión en el hueso o en los tejidos con una gran cantidad de colágena, el tiempo de sangrado se puede prolongar hasta que los vasos sanguíneos de los tejidos puedan contraerse.

En general el tiempo de sangrado está relacionado con la manera en que fue producido el daño, el calibre de los vasos de los tejidos adyacentes y la presión arterial. Aunque un tiempo de sangrado no sea normal, no es necesario diagnosticar una alteración hemostática. Un paciente que necesite tratamiento dental con un tiempo de sangrado anormal requerirá de estudios hematológicos; en un paciente con hemofilia, el tiempo de sangrado puede estar dentro de los rangos normales porque la concentración y la retracción de los vasos sanguíneos es normal pero no tiene la capacidad de formar un coágulo maduro y la hemorragia persistirá en la herida.

El tiempo de sangrado determinado por la Técnica de Ivy, es de cuatro minutos; con procedimientos como en de Duke, que utiliza el método de lóbulo de la oreja es de 7 a 8 minutos y son considerados como normales.

Tiempo de Coagulación.

El potencial o capacidad de la sangre de formar un coágulo maduro dentro de un tiempo apropiado, indica un tiempo de coagulación de 6 a 17 minutos, determinado por el método de Lee-White es considerado normal. El resultado de-

un examen anormal puede indicar discrasias sanguíneas como:

1) Deficiencia de la globulina antihemofílica de la tromboplastina, que es componente del plasma.

2) Fibrinogenemia.- Es posible para la hematología -- la mezcla de factores que se encuentran actuando de una manera anormal en el mecanismo de coagulación, pero utilizando varios exámenes en la práctica clínica se puede corregir algunas de estas alteraciones en la coagulación administrando los factores que están deficientes.

El tiempo de Protrombina.

El PT es un examen que indica la capacidad que tiene la sangre de coagularse. En el proceso de coagulación la protrombina es convertida en trombina. Cuando el nivel de protrombina en la sangre está más bajo de lo normal, será administrada al coagularse la sangre. Un tiempo anormal puede indicar deficiencias en los siguientes factores: la cantidad de protrombina en la sangre en baja cantidad indica algunas enfermedades como hipoprotrombinemia del infante, deficiencia de Vit. K y después de una terapia con algunas drogas. En la mayoría de los casos la protrombina se encuentra baja como resultado de la administración de Dicumarol y algunas drogas similares. Estas sustancias pueden reducir el tiempo de coagulación de la sangre y entonces se evitará el fenómeno tromboembólico.

El examen del Pt es con frecuencia ordenado diariamente durante algunas enfermedades agudas o infartos al miocardio; cuando los resultados son precisos el médico podrá --

determinar la cantidad de dosis de anticoagulantes. - El PT es con frecuencia ordenado diariamente durante algunas enfermedades agudas o infartos al miocardio; cuando los resultados son precisos el médico podrá determinar la cantidad de dosis de anticoagulantes. El PT se reporta de 11 a 13 segundos con un control normal de 12 seg.

Tiempo Parcial de Tromboplastina (PTT).

Cuando en un examen se mezcla fosfolípidos (Tromboplastina parcial) con plasma, normalmente se formará un coágulo de 60 a 90 seg. comparándolo con el tiempo normal del PT que es de 11 a 13 seg. Un paciente con deficiencia de el factor VII tendrá un tiempo parcial de tromboplastina (PTT) y un prolongado PT., otro uso del examen de PTT es para demostrar la circulación de anticoagulantes en el plasma.

Como hay algunas variaciones en la técnica los rangos normales de PTT, varían entre algunos laboratorios y los resultados se expresan en seg.

Las pruebas del PT y PTT, van a examinar los sistemas intrínsecos y extrínsecos de coagulación. Estas pruebas no detectan alteraciones en plaquetas pero previenen una posible discrasia sanguínea.

PRESENCIA DE GLUCOSA EN SANGRE.

Esta prueba se realiza para descubrir las alteraciones en el metabolismo de la glucosa.

La concentración de glucosa en la sangre es normal entre 50 y 150 mg/100 ml/; 10% al 15% sobre el plasma. Un

aumento en el nivel de glucosa en la sangre será signo de:-- una diabetes sin control, una enfermedad crónica del hígado o un exagerado número de glándulas endocrinas.

En la diabetes leve el nivel de la glucosa puede ser normal, si se sospecha de diabetes es necesario realizar más pruebas, como el de la tolerancia a la glucosa.

Puede haber una disminución de la glucosa en la sangre en el caso de tumores en los islotes de Langerhans o bajo funcionamiento de las glándulas endocrinas, enfermedad de almacenaje del glucógeno (Van Gierke) y en sobretratamiento con insulina.

SANGRE, UREA Y NITRÓGENO (BUN).

La prueba del BUN es para observar la función de los riñones. Estos generalmente excretan urea que es el producto final de las proteínas. La concentración de urea en la sangre es regularmente baja. Una verdadera alteración en el riñón puede alterar o empeorar la excreción de urea y la concentración de la urea y nitrógeno en la sangre aumentará. El rango normal de Urea nitrogenada es de 9 a 20 mg/100 ml de sangre. Esta prueba se realiza para corregir la función renal. El examen del BUN no es específico, si se sospecha de una enfermedad renal, se hará una evaluación en el suero de creatina y la relación del BUN con creatinina (normal 10:1) ofrece un mejor conocimiento del aparato renal.

SEROLOGIA.

La prueba serológica de la sífilis, nos indica la cantidad de anticuerpos y de otras sustancias que se encuen

tran aumentadas en el suero, después de una infección con el Treponema Palidum. Existe una variedad de exámenes para la investigación de enfermedades venereas en el laboratorio.

Los exámenes serológicos son completamente sensitivos y son para producir defensas. Algunos resultados positivos indican la presencia de sífilis. La interpretación de los resultados de estos exámenes requerirán de mucha habilidad y experiencia así como de relacionarlos con los datos de la historia clínica. Las reacciones positivas deben ser confirmadas por el anticuerpo Treponema Fluorecente (FTA). En la sífilis temprana o primaria los exámenes serológicos son negativos; las lesiones sanan y la concentración serológica es alta después de un tratamiento en la sífilis primaria o temprana, el resultado de la concentración será no reactivo; después de un adecuado tratamiento en la sífilis tardía o secundaria, habrá restos activos indefinidamente o una disminución lenta después de algunos años.

ANALISIS DE ORINA.

Un análisis de orina incluirá una descripción de la apariencia macroscópica de la orina, un estudio microscópico, una determinación del PH de la orina, la gravedad específica del azúcar, albúmina y la cantidad de acetona en la orina.

Normalmente la orina simple es de color claro, la menor acidez pueda convertirse vaporosa por la precipitación de fosfatos. El olor de una orina normal es característica-

aromática y hay una amplia variación en el color, la orina altamente diluida es de color más claro, una orina concentrada puede ser de color rojo amarillento.

El examen microscópico de la sedimentación urinaria nos puede dar una importante información acerca de la condición del tracto urinario.

La sangre menstrual puede encontrarse en la orina de la mujer. En algunos pacientes cateterizados se pueden encontrar eritrocitos porque hay sangrado uretral provocado por el trauma de la inserción del cateter. Cuando un número inexplicable de eritrocitos son encontrados, se deben hacer estudios más amplios para determinar la causa exacta de la sangre.

Los leucocitos en la orina del hombre o en las muestras tomadas de mujeres cateterizadas nos indica la presencia de una infección del tracto urinario. La precipitación en la orina indica la existencia de una alteración del tracto urinario en los túbulo del riñón; una precipitación hialina puede ser de composición variable como de células sanguíneas o de sus desechos, lípidos, hemoglobina u otros desechos celulares.

Normalmente no hay más de 2 a 3 eritrocitos y algunos leucocitos en la orina del hombre y la orina de la mujer en su período menstrual gran cantidad de eritrocitos y leucocitos pueden encontrarse. Algunas precipitaciones pueden presentarse normalmente pero un aumento nos indica una enferme-

dad del riñón.

PRESENCIA DE SANGRE EN LA ORINA.

Macroscópicamente la presencia de sangre en la orina puede contener eritrocitos intactos (hematuria) o hemoglobina disuelta, derivada de la destrucción de eritrocitos (Hemoglobinuria). La hematuria puede ser el resultado de un sangrado en cualquier parte del tracto urinario entre la uretra y el glomérulo, el lugar y la causa del sangrado debe ser determinado por métodos más precisos. Las células rojas son hemolizadas y la hemoglobina disuelta en el plasma es excretada por el riñón. Esto se puede observar en quemaduras severas, reacciones a las transfusiones, malaria severa, intoxicaciones y en hemoglobinuria paroxismal.

En una orina normal no debe encontrarse sangre.

PH en la orina.

En PH es la cantidad del grado de acidez o alcalinidad de la orina. El PH varía ampliamente estos cambios nos indican una anormalidad. Los riñones pueden excretar orina con un Ph tan bajo como 4.5 y tan alto como 8.2, bajo condiciones extremas. El PH es el resultado de una mezcla de 24-hrs. y es alrededor de 6.0. Algunas veces es conveniente tener una acidez o alcalinidad en la orina y en algunos casos la cantidad de PH es importante.

Cuando algunas drogas son administradas como las sulfas o cuando hay una marcada hemólisis o destrucción del tejido muscular, una alcalinidad en la orina es conveniente.

Quando un paciente se ha estado tratando con antisépticos, una acidez en la orina es necesaria, pero cuando existe una infección en la vejiga, la orina puede llegar a tener una gran alcalinidad porque la bacteria transforma la urea en amoníaco.

Gravedad específica de la orina.

En la prueba de la gravedad específica de la orina se puede observar la habilidad de los riñones de concentrar o diluir la orina y así ver su capacidad funcional. La gravedad está sujeta a fluctuaciones bajo algunas condiciones. Generalmente la gravedad específica aumenta cuando la absorción del fluido es bajo y hay un descenso cuando la absorción del fluido es alto. Una inadecuada concentración o dilución de la orina indicará algunas alteraciones en los túbulos del riñón.

Azúcar en la orina.

La presencia de azúcar en la orina se puede encontrar en algunas enfermedades. Esto ocurre más frecuentemente en la Diabetes Mellitus pero puede ocurrir en algunas alteraciones metabólicas.

El examen o prueba de azúcar en la orina se utiliza como un procedimiento para descubrir la diabetes. La orina normalmente contiene una variedad de sustancias que disminuyen la reacción del azúcar y entonces pueden dar reacciones positivas o negativas. Si el examen es positivo, se deben ordenar otros exámenes para determinar la cantidad de

azúcar. La cantidad normal de glucosa es de 140 mg/24 hrs., pero puede haber una variación considerable. Normalmente no existe glucosa en la orina en sujetos que se encuentran en ayunas.

Albúmina en la Orina.

Generalmente la albúmina en la orina no pasa a través de la pared del glomérulo. En varias enfermedades como la hipertensión, en insuficiencias cardíacas severas y en la administración de drogas tóxicas, la albúmina puede aparecer en la orina. En un 5% al 15% puede presentarse en individuos normales. Esto ha sido denominado como albuminuria postural. Un resultado positivo nos indicará que es necesario realizar más pruebas y exámenes más precisos.

Acetona en la Orina.

La prueba de acetona en la orina es importante en el diagnóstico de cetosis que es un tipo de acidosis producido por la alteración del metabolismo. Normalmente no hay acetona en la orina. En algunas enfermedades como la diabetes, la azúcar no es utilizada adecuadamente y en personas obesas es metabolizada en exceso. El ácido graso rompe el ácido acetocético y el ácido β -Hidroxiacético, porque éstos no pueden ser depositados completamente en los tejidos por la presencia de una alteración en el metabolismo de carbohidratos y son convertidos en acetonas y excretados por los riñones. La presencia de acetona y excretados por los riñones. La presencia de acetona en la orina indica una altera-

ción general en el metabolismo. El paciente puede tener síntomas de depresión del sistema nervioso central.

EXAMEN RADIOGRAFICO Y ELECTROCARDIOGRAMA (ECG).

Un examen radiográfico y un ECG, debe ser ordenado en cualquier paciente con antecedentes de enfermedades cardiovasculares y pulmonares, especialmente si el paciente no ha sido examinado en seis meses. Los síntomas nos indican que estos exámenes deben ser realizados en cualquier paciente - con más de 40 años de edad, debe de realizarse exámenes radiográficos y ECG anualmente.

ESTUDIOS DE LABORATORIO DENTAL.

El análisis y la elaboración de los modelos de estudio articulados y registrados son parte integral del examen de - muchos pacientes. Enfermedades metabólicas, neoplasias, alteraciones odontogénicas, deformidades congénitas, desarrollo de malformaciones y en enfermedades adquiridas que afectan la configuración de la cavidad oral son visualizadas con frecuencia en los modelos de estudio.

BIOPSIA.

El C.D. en la práctica clínica tiene la oportunidad de aprender y reafirmar factores científicos y básicos que son importantes. Entonces es cuando se podrá entender mejor la - patología de los tejidos duros y blandos y establecer una comunicación con el patólogo.

La muestra de un área de la cavidad oral puede ser obtenida bajo anestesia local, con una sedación apropiada en

aquellos pacientes que no están hospitalizados. En algunas ocasiones por la localización natural y extensión de la lesión se requerirá la hospitalización del paciente para realizar la biopsia.

Los tipos de biopsia más frecuentes son: Escisional e Incisional.

La biopsia escisional es realizada para remover la totalidad de la lesión y es sometida a un examen microscópico, este tipo de biopsias es recomendable en pacientes que necesitan de la cirugía obteniéndose el diagnóstico y el tratamiento de inmediato, se ahorra tiempo y problemas para el paciente.

La biopsia incisional significa la adquisición o presentación de una porción representativa de la lesión. En los casos de fácil acceso a las lesiones orales, la muestra debe ser angosta y profunda obteniéndose generalmente bajo anestesia local. La porción representativa debe ir unida si es posible con una parte de tejido normal. Las áreas necróticas deben evitarse. Las partes superficiales pueden mostrar reacción e inflamación en la mucosa.

La muestra debe ser manejada cuidadosamente para evitar lesionar los tejidos delicados.

La biopsia por punción, es un método adecuado para obtener una muestra de tejido representativo, especialmente cuando la lesión es profunda. Frable y Frable (1979), recomendaron esta técnica como un método para diagnosticar

las lesiones de los nódulos linfáticos, glándulas salivales y tiroideas así como otras lesiones de los tejidos blandos y duros. Ellos reportaron que en un estudio de 567 biopsias de lesiones de cara y cuello el resultado histopatológico, fue de un 98%, en casos específicos de tumores malignos y benignos.

La mayoría de las muestras de biopsia son métodos permanentes. El tejido es fijado por varias horas y posteriormente es deshidratado y decolorado.

En estos procedimientos el diagnóstico se obtiene en menos de 24 horas. Si el diagnóstico se necesita inmediatamente, puede ser obtenido por congelación. En el procedimiento por congelación la muestra fresca es sometida a temperaturas extremadamente bajas y estará preparada en 30 minutos. La muestra de biopsia (de forma estandarizada) deberá ir acompañada de una historia o descripción clínica. Con frecuencia el patólogo recibirá una pequeña muestra de tejido en un frasco con una descripción de los datos del paciente, así como su edad y sexo. Un diagnóstico será más preciso si el patólogo tiene una adecuada historia clínica.

La descripción clínica de la lesión debe incluir datos sobre la; duración, rapidez del crecimiento, síntomas, tratamientos previos, complicaciones linfáticas y factores etiológicos probables.

Una descripción de la apariencia de la lesión es muy importante, las siguientes características deben de incluir

se: localización, tamaño, color, forma, fijación, consistencia, movilidad y cambios secundarios.

Recomendaciones para la toma de muestra de la biopsia:

1.- No tardarse en mandar la muestra de tejido con el patólogo.

2.- Cuando sea necesario o apropiado mandar las radiografías con la muestra, el patólogo será más preciso en su diagnóstico si tiene la ayuda de las radiografías, las cuales le proporcionan una información adicional e importante, los comentarios de las radiografías pueden ser incluidos en la historia clínica, siendo de gran utilidad para el patólogo.

3.- Si es posible no usar agentes colorantes en la muestra de biopsia incisional porque puede afectar los colorantes empleados en la preparación histológica. Si el C.-D. utiliza colorantes para ayudar al contraste o perfil de la incisión se debe informar al patólogo para que pueda proteger sus soluciones.

4.- Cuando se emplean anestésicos locales, intentar inyectar alrededor de la lesión en lugar de inyectar directamente sobre la lesión, ya que podría distorcionar el tejido.

5.- Se deben de usar instrumentos cortantes. La electrocirugía causa alteraciones severas en los márgenes de la muestra, lo que no es recomendable este procedimiento.

6.- Inmediatamente después de ser tomada la muestra -- se debe poner en una solución fijadora con un volumen adecuado (un mínimo de 10 veces más que el volumen de la muestra).

7.- Se deben usar recipientes de boca ancha para evitar la posibilidad de que se pegue la muestra en el cuello del frasco. Con frecuencia el patólogo proporciona el fijador que es el más conveniente para sus preparaciones. Si el patólogo no proporciona el fijador, consultar con él para evitar la concentración de formalina, que es de un 10% la apropiada.

8.- Si el tejido está calcificado o presenta cuerpos extraños en la muestra, se advertirá al patólogo para que realice la descalcificación antes del seccionamiento, ya que es posible que la presencia de sustancias calcificadas o duras puedan dañar el microtomo o destruir la muestra durante el procedimiento de seccionamiento.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA.

Esta técnica ha dado buenos resultados como en las alteraciones del cuello uterino por dos factores:

1.- El cuello uterino es pequeño y suficiente para que un par de isopos aseguren el contacto con toda la superficie.

2.- La mucosa del cuello uterino normalmente está queratinizada. Cualquiera de estos factores están presentes en la cavidad oral; pero la citología exfoliativa en la cavi-

dad oral tiene limitado su uso y debe ser considerada como un procedimiento más. Además no es un procedimiento preciso para identificar lesiones malignas como en las biopsias.

Indicaciones de la citología exfoliativa en la cavidad oral:

1.- Una lesión difusa que cubra una zona extensa de la mucosa, donde varias biopsias incisionales podrían ser necesarias para determinar los cambios patológicos de la lesión.

2.- En lesiones que presenta un paciente que ha recibido pequeñas dosis de radiación donde una biopsia podría causar ulceraciones persistentes y la posibilidad de osteonecrosis.

3.- Pacientes que no aceptan la biopsia por razones psicológicas (cualquier paciente que es sometido a la citología exfoliativa con frecuencia posteriormente está de acuerdo en que se le practique la biopsia.

Contraindicaciones de la Citología exfoliativa:

1.- Lesión profunda cubierta con mucosa normal;

2.- Lesión queratósica;

3.- Lesión con gran necrosis.

El tratamiento definitivo nunca se basa en el reporte de una citología exfoliativa.

Al referir al paciente a un colega deberá incluirse dos elementos:

- 1.- La historia clínica del paciente y
- 2.- Una información exacta.

1.4 DIAGNOSTICO FINAL.

El diagnóstico final es el diagnóstico demostrado y comprobado, en el reporte patológico se hará la descripción de las manifestaciones y de la respuesta del paciente.

1.5 PLAN DE TRATAMIENTO.

Si el diagnóstico es correcto el tratamiento será el adecuado. Con los conocimientos sobre el diagnóstico el C.D. puede formular un plan de tratamiento y considerar sus grandes limitaciones que tiene, como el equipo necesario para operar. Teniendo en cuenta los aspectos del caso y la capacidad del C.D., se puede referir al paciente y el tratamiento será realizado por la persona ideal.

Firma:

Si todos los procedimientos han sido realizados correctamente el C.D., deberá con dignidad y responsabilidad firmar la historia clínica y el trabajo realizado.

CAPITULO II. RESUMEN DE LESIONES ORALES.

DIAGNOSTICO ORAL.

Uno de los más importantes propósitos de la patología oral es que el estudiante tenga la habilidad de diagnosticar correctamente las lesiones orales.

Hay más de doscientos tipos diferentes de lesiones -- que afectan la cavidad oral y muchas de éstas pueden ser -- diagnosticadas a través del examen clínico y microscópico.

A través de los conocimientos de las lesiones orales -- y con un examen clínico podemos obtener un diagnóstico de -- presunción y un plan de tratamiento para el paciente. El -- diagnóstico oral está basado fundamentalmente en los conoci -- mientos de la patología oral y esencialmente en la práctica clínica.

El propósito de esta tesis es presentar la patología oral de una manera que ha sido estudiada a través de la clínica. Las lesiones de la cavidad oral han sido clasificadas de acuerdo a su apariencia clínica y a la información que se obtiene por medio de la práctica que marca una distribución racional.

La patología de las lesiones orales serán presentadas en el siguiente orden.

LESIONES DE LA MUCOSA ORAL.

- 1.- Lesiones Blancas.
- 2.- Lesiones Vesiculares.
- 3.- Lesiones Pigmentadas.
- 4.- Ulceraciones.

CRECIMIENTO DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD ORAL.

- 1.- Crecimientos marcados que no presentan sangrado.
- 2.- Crecimientos marcados que sangran.
- 3.- Crecimientos comprimibles.
- 4.- Crecimientos papilares que semejan una coliflor.

LESIONES DE LOS MAXILARES.

- 1.- Lesiones Radiolúcidas.
- 2.- Lesiones Radiopacas.
- 3.- Lesiones Radiolúcidas y Radiopacas.

LESIONES DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

- 1.- Glándulas Tumefactas.

TABLA 1 LESIONES BLANCAS DE LA MUCOSA ORAL.

Los siguientes padecimientos son lesiones blancas que se presentan en la mucosa oral.

Gingivitis Descamativa.

Hiperqueratosis Benigna (Paquidermosis, Paquiderma Oral, --
Queratosis Focal).

Leucoplasia con Disqueratosis y Leucoplasia Verrugosa.

Carcinoma in Situ.

Carcinoma de Células Escamosas.

Nevo Blanco Esponjoso.

Disqueratosis Intraepitelial Benigna Hereditaria (ojos rojos)

Liquen plano.

Estomatitis Nicotínica

Lengua Blanca Vellosa (Lingua Villosa Alba).

Candidiasis, Moniliasis, afta.

Enfermedad de Fordyce.

Lesiones por Agentes Químicos.

Lengua Geográfica.

Nódulo de Bonh (Mononucleosis Infecciosa; Catarata de Eps--
tein).

Reacciones Alérgicas.

TABLA 2 LESIONES VESICULARES DE LA MUCOSA ORAL.

Lesiones vesiculares de la mucosa oral de corta duración. Estas vesículas se rompen antes de su formación causando úlceras superficiales. Las siguientes lesiones se inician como vesículas que forman rápidamente úlceras.

Gingivitis Herpética Primaria

Lesión Herpética Secundaria

Úlcera Aftosa

Periadenitis Mucosa Necrótica Recurrente (o Enfermedad de Sutton o Úlcera de Mikulicz).

Herpes Zoster.

Eritema Multiforme (Síndrome de Stevens y Johnson, Eptodermosis Erosiva Pluriorificiales).

Síndrome de Behcet.

Síndrome de Reiter.

Pénfigo Vulgar.

Pénfigo Benigno de la Membrana Mucosa (Penphigoid).

Viruela y Varicela

Herpangina

Fiebre Aftosa.

Epidermolisis Bulosa.

Reacciones Alérgicas (Estomatitis Medicamentosa, Estomatitis Venenata).

Mucocele.

TABLA 3 ULCERACIONES DE LA MUCOSA ORAL.

En presencia de una úlcera debe pensarse que la mayoría de las lesiones vesiculares de la mucosa oral terminan en úlcera. Incluyendo las siguientes:

Úlcera por Traumatismo.

Gingivitis Descamativa.

Estomatitis de Vincent (Gingivitis Ulcero-necrosante).

Granuloma Eosinofílico

Liquen Plano Erosivo

Candidiasis, Moniliasis, Afta.

Gingivitis Herpética Primaria

Lesión Herpética Secundaria

Úlcera Aftosa

Periadenitis

Necrótica Recurrente

Herpes Zoster

Eritema Multiforme

Síndrome de Reiter

Síndrome de Behçet.

Pénfigo Vulgar

Penfigo Benigno de la Membrana Mucosa (Penphigeid).

Viruela y Varicela

Herpangina

Fiebre Aftosa

Estomatitis Venenata.

Estomatitis Medicamentosa

Carcinoma de Células Escamosas y Tumores Epiteliales Malignos.

Linfomas y Leucemias.

Chancro (Sífilis)

Úlceraciones Causadas por la Sífilis.

Úlcera causada por Tuberculosis.

Histoplasmosis

Mononucleosis Infecciosa

Enfermedad de Riga-Federa

Úlcera Pterigoides (Afta de Bednar).

TABLA 4 LESIONES PIGMENTADAS DE LA MUCOSA ORAL.

Las pigmentaciones de la mucosa oral son producidas - en cualquiera de los siguientes padecimientos.

Lengua Negra Velloso

Tatuaje con Amalgama

Enfermedad de Addison.

Pigmentos Normales

Síndrome de Peutz - Jeghers

Mácula Melanótica

Nevo

Melanoma

Pigmentación de Metales Pesados (Bismuto, Plomo, Mercurio y Plata).

Estado Postmenopausico

Ingestión de Drogas (Tranquilizantes, Anticonceptivos Orales)

Varicosidades

Desnutrición.

TABLA 5 CRECIMIENTOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD ORAL QUE NO PRESENTAN SANGRADO.

El crecimiento de los tejidos blandos de la cavidad oral que no presentan sangrado, se observa en las siguientes lesiones.

Fibromatosis.

Torus (Exostosis, Osteoma Periférico y Lesiones relacionadas con este padecimiento).

Fibroma por Irritación.

Fibroma Periférico y Fibroma Periférico con calcificación

Mixoma (Fibroma con Degeneración Mixomatosa)

Neurofibroma y Neurilenoma.

Lipoma.

Mioblastoma de Células Granulares

Sialoadenitis

Tumor de Glándulas Salivales.

**TABLA 6 CRECIMIENTO DE LOS TEJIDOS BLANDOS QUE PRESENTAN --
SANGRADO.**

El crecimiento de los tejidos blandos de la cavidad oral que fácilmente sangran pueden presentarse en las siguientes lesiones.

Absceso Periodontal (Parulis, Flemón).

Granuloma Eosinofílico.

Epulis Fisurado.

Granuloma de Células Periféricas.

Granuloma Piógeno

Tumor en Estado de Gestación (Tumor Gravídico).

Carcinoma de Células Escamosas y otros Tumores Malignos.

Linfomas (Linfosarcoma, Sarcoma de Células Reticulares) y Leucemias.

**TABLA 7 CRECIMIENTO DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD --
ORAL COMPRIMIBLES.**

Las siguientes lesiones presentan crecimiento compri-
mible de los tejidos blandos de la cavidad oral.

Quiste de Erupción.

Mucocele (Quiste de Retención Mucosa, fenómeno de reten-
ción).

Ránula.

Quiste Gingival.

Quiste Nasoalveolar.

Quiste Epidermoide y Dermoido

Hemangioma Cavernoso y Capilar.

Higroma Quístico. (Linfoangioma Quístico).

**TABLA 8 CRECIMIENTO PAPILAR DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CA
VIDAD ORAL QUE SEMEJAN UNA COLIFLOR.**

Las siguientes lesiones papilares se presentan en la
cavidad oral.

Leucoplasia Verrugosa

Verruga Vulgar

Condiloma

Papiloma

Hiperplasia Seudoespiteliomatosa (Queratoacantoma)

Hiperplasia Papilar Inflamatoria

Carcinoma Verrugoso

TABLA 9 LESIONES RADIOLUCIDAS DE LOS MAXILARES.

Las lesiones radiolúcidas de los maxilares pueden ser divididas en ocho grupos y son las siguientes:

LESIONES QUE SE PRESENTAN EN EL APICE DE LOS DIENTES.

Granuloma dental.

Quiste Periapical.

Quiste Residual.

Absceso Periapical (Dentoalveolar).

Cicatriz Apical

Cementoma (Estadio Primario)

LESIONES EN LA LINEA MEDIA DEL MAXILAR.

Quiste Palatino Medio

Quiste Alveolar Medio

Quiste Glóbulo-Maxilar

Quiste Nasoalveolar

Quiste del Canal Incisivo

Quiste de la Papila Palatina

LESIONES QUE SE PRESENTA EN EL LUGAR DEL DIENTE AUSENTE

Quiste Primordial

LESIONES ALREDEDOR DE LOS DIENTES RETENIDOS

Quiste Dentífero.

Ameloblastoma

Tumor Odontogénico Adenomatoide (Adenomeloblastoma).

Fibroma y Mixoma Odontogénico.

RADIOLUCIDES QUE SEMEJA BURBUJAS.

Quiste Multilocular

Quiste Aneurismal del Hueso.

Ameloblastoma.

Granuloma Central de Células Gigantes

Inflamación Fibrosa Intraósea de los Maxilares (Querubismo)

Mixoma (No Odontogénico).

LESIONES RADIOLUCIDAS MULTIPLES, PERO SEPARADAS.

Inflamación Fibrosa Intraósea de los Maxilares (Querubismo)

Mieloma Múltiple

Granuloma Eosinofílico

Enfermedad de Han Shuler-Christian

Enfermedad de Letterers-Siwe

Hiperparatiroidismo

Tumor Metastático.

LESIONES QUE DESTRUYEN LA CORTICAL.

Tumor Metastático

Tumor Maligno Primario

Osteomielitis

DIVERSAS RADIOLUCIDEZES

Quiste Periodontal Lateral

Seudoquiste Traumático

Cavidad Idiopática del Hueso

Ostiomielitis

Hematopoyesis Medular

Quiste Gingival

Osteoporosis Fisiológica

Hemangioma Central

TABLA 10 LESIONES RADIOPACAS DE LOS MAXILARES.

Una zona radiopaca de los maxilares puede presentar - cualquiera de las siguientes lesiones.

Cementoma (Tercer Estadio).

Odontoma Compuesto.

Odontoma Complejo

Fibroma Osificante (Displasia Fibrosa)

Osteoma o Torus

Sarcoma Osteogénico

Condrosarcoma.

Tumor Metastático

Enfermedad de Paget.

Osteopetrosis, Enfermedad de Albert Schenberg.

Leontiasis Osea.

Enfermedad de Caffey (Hiperostosis de la Cortical).

Osteomielitis de Garre

Osteitis Condensante.

Fragmento de Raíz o Cuerpo Extraño.

Osteomielitis Crónica Esclerótica.

TABLA 11 LESIONES DE LOS MAXILARES RADIOLUCIDAS Y RADIOPACAS.

En las siguientes lesiones se observan zonas radiopacas y radiolúcidas.

Cementoma (Segundo Estadio).

Fibro-Odontoma Ameloblástico.

Odontoma Quístico

Fibroma Osificante (Displasia Fibrosa).

Sarcoma Osteogénico

Condrosarcoma

Metástasis del Carcinoma de Próstata o de Seno.

Enfermedad de Paget (Osteitis Deformante).

Osteitis Cóndensante.

Osteomielitis Esclerótica Crónica

TABLA 12 LESIONES DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

Las afecciones de las glándulas salivales en mayor o menor grado pueden estar representadas por las siguientes lesiones.

Mucocele.

Ránula.

Paperas (Parotiditis Infecciosa).

Enfermedad de Cat-Scotch.

Sarcoidosis (Enfermedad de Besnier-Boeck-Schaumann)

Enfermedad de Mikulicz (Lesión Linfoepitelial Benigna)

Síndrome de Sjogren

Infiltración de Tejido Adiposo

Hipertrofia

Sialoadenitis

Tumor Benigno

Tumor Maligno

LOS SIGUIENTES DATOS NO SON PRECISOS, PERO SIRVEN PARA UN DIAGNOSTICO CLINICO RAZONABLE.

TABLA 1 LESIONES BLANCAS DE LA MUCOSA ORAL.

Lesión	- GINGIVITIS DESCAMATIVA.
Localización	- En la encía libre e insertada.
Edad y Sexo	- Sobre los 40 años de edad; siendo -- más frecuente en el sexo femenino.
Caract. Clínicas	- Usualmente aparecen múltiples áreas de color gris en la mucosa que se <u>ne</u> <u>crossa</u> y desaparece, produciendo úlce ras superficiales; en algunos casos- su apariencia es roja y despellejada. Signo de Nikolsky positivo.
Caract. Microscóp.	- Separación del epitelio del tejido co nectivo y la membrana basal.
Tratamiento	- Sintomático (hormonas, corticoides - y vitaminas).
Pronóstico	- Favorable.
Lesión	HIPERQUERATOSIS BENIGNA (PAQUIDERMO- - SIS, PAQUIDERMA ORAL, QUERATOSIS FO- - CAL)
Localización	- En cualquier parte de la mucosa - - oral, especialmente en labios y ca-- rrillos.
Edad y Sexo	- En personas adultas, más frecuente-- en el sexo masculino.

- Caract. Clínicas** - Lesión blanca plana o elevada, puede estar fisurada. Superficie áspera, se presenta sola, puede durar algunas semanas o meses.
- Caract. Microscóp** - El epitelio de la mucosa muestra -- una capa gruesa de queratina las -- células epiteliales se encuentran -- normales.
- Tratamiento** - Si la causa de la lesión es elimi-- nada puede desaparecer en tres sema-- nas o puede ser extirpada.
- Pronóstico** - Excelente.
- Lesión** LEUCOPLASIA CON DISQUERATOSIS Y LEUCOPLASIA VERRUGOSA.
- Localización** - En cualquier parte de la mucosa - - oral principalmente en labios, lengua, carrillos y piso de la boca.
- Edad y Sexo** - En adultos de más de 40 años, principalmente en el sexo masculino, es más frecuente.
- Caract. Clínicas** - Lesión blanca plana o elevada, puede estar fisurada con superficie áspera o lisa, asintomática, puede -- ir aumentando de tamaño; se presenta como úlcera o como un area moteada - de color rojo; su duración es variada.

- Caract. Microscóp.** - El epitelio muestra una capa gruesa de queratina como en la hiperqueratosis benigna, aunque las células epiteliales muestren anormalidades llamadas disqueratosis; la membrana basal permanece intacta.
- Tratamiento** - Extirpación total de la lesión con margen amplio.
- Pronóstico** - Si no es tratada la lesión puede llegar a convertirse en Carcinoma de Células Escamosas, si es tratada por medio de extirpación de la totalidad de la lesión, el pronóstico es bueno. Hay un mejor pronóstico en labios y carrillos que en piso de boca y base de la lengua.
- Lesión** CARCINOMA IN SITU.
- Localización** - En cualquier parte de la mucosa oral.
- Edad y Sexo** - En personas adultas, más frecuentemente en el sexo masculino.
- Caract. Clínicas** - Igual a la leucoplasia.
- Caract. Microscóp.** - La diferencia entre esta lesión y la leucoplasia es la presencia de células disqueratóticas en casi todas las capas, la membrana está in-

	tacta; el Carcinoma in Situ difiere de la leucoplasia solamente en grados.
Tratamiento	- Extirpación total y amplia de la lesión.
Pronóstico	- Igual que en la Leucoplasia, favorable en lesiones de piso de boca y base de la lengua.
Lesión	CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS.
Localización	- En labios, lengua, piso de boca y carrillos, en este orden de frecuencia.
Edad y Sexo	- En personas adultas más frecuente en el sexo masculino.
Caract. Clínicas	- Cerca del 4 al 6% pueden presentarse como placas blancas, pueden estar aplanados, elevados o fisurados, pueden estar asociadas con nodos linfáticos (metástasis), provocando un agrandamiento en el cuello.
Caract. Microscóp.	- El epitelio muestra queratinización; numerosas células disqueratóicas, invaden los tejidos. La membrana basal está invadida.
Tratamiento	- Extirpación amplia de la lesión
Pronóstico	- Bueno para la lesión en labios y base de la lengua.

Lesión	NEVO BLANCO ESPONJOSO
Localización	- En algunas áreas de la mucosa oral - o en la totalidad de la mucosa - oral.
Edad y Sexo	- Se presenta en la infancia, en am- bos sexos.
Caract. Clínicas	- Lesión hereditaria, se presentan en los miembros de una misma familia.- Puede aparecer en un área de la ca- vidad oral y luego desarrollarse, - asintomática, la mucosa tiene aspec- to pálido y no puede ser aseada la- zona.
Caract. Microscóp.	- La lesión está cubierta por una - - gruesa capa de tejido epitelial que deja manchas.
Tratamiento	- Ninguno, las lesiones inofensivas no deben ser tratadas.
Pronóstico	- Excelente.
Lesión	DISQUERATOSIS INTRAEPITELIAL BENIGNA-- HEREDITARIA (OJOS ROJOS).
Localización	- Generalmente en la mucosa oral.
Edad y Sexo	- Se presenta durante la infancia, en- ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Mucosa esponjosa blanca, las comis- uras de la boca pueden estar involucra

das, existen placas blancas en la -
córnea y hay conjuntivitis, dando -
la apariencia de ojos rojos.

Caract. Microscóp. - Similar con el nevo esponjoso blan-
co, aunque hay la presencia de dis-
queratosis benigna.

Tratamiento - Ninguno

Pronóstico - Excelente.

Lesión LIQUEN PLANO.

Localización - En carrillos, lengua, labios o - -
cualquier parte de la mucosa oral.

Edad y Sexo - En edad adulta, ambos sexos.

Caract. Clínicas - Lesión blanca o blanca grisácea, --
puede estar asociada con pápulas --
de la piel, la lesión oral puede --
preceder a la lesión de la piel, --
creyéndose ser de origen psicosomáti
co.

Caract. Microscóp.- Epiteio irregular, puede presentar -
queratinización, el tejido conectivo-
muestra claramente la infiltración de
linfocitos; la membrana basal se en-
cuentra edematosa.

Tratamiento - Ninguno, la regresión espontánea en
algunas semanas.

Pronóstico - Excelente.

Lesión	ESTOMATITIS NICOTINICA.
Localización	- En el paladar más frecuentemente
Edad y Sexo	- En personas adultas, más frecuentemente en el sexo masculino.
Caract. Clínicas	- Color rojizo de la mucosa palatina - más tarde llega a ser de color blanco, sufriendo numerosas elevaciones. Se presenta en pacientes que fuman pipa.
Caract. Microscóp.	- El epitelio muestra una capa de queratina, las glándulas de la mucosa muestran infiltración y obstrucción de los conductos por metaplasia escamosa.
Tratamiento	- Eliminar el agente causal (tabaco)
Pronóstico	- Excelente.
Lesión	LENGUA BLANCA VILLOSA (LINGUA VILLOSA ALBA).
Localización	- En el dorso de la lengua.
Edad y Sexo	- En adultos, más frecuente del sexo masculino.
Caract. Clínicas	- Elongación de las papilas filiformes, de color blanco que semejan vellos, asintomático o acompañado de dolor y agrandamiento de la lengua.

- Caract. Microscóp.** - Marcada elongación de las papilas filiformes, el tejido subepitelial se encuentra inflamado o infiltrado.
- Tratamiento** - Tratamiento, ninguno, Únicamente cepillar la lengua con mayor frecuencia.
- Pronóstico** - Excelente.
- Lesión** CANDIDIASIS, MONILIASIS, AFTAS.
- Localización** - En cualquier parte de la mucosa oral.
- Edad y Sexo** - En cualquier edad en organismos débiles y en personas bajo tratamientos prolongados con antibióticos de amplio espectro; en ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Múltiples placas blancas en la mucosa oral, que pueden ser eliminadas pero provocamos sangrado; las lesiones aparecen en cualquier parte de la mucosa oral, al sanar presentan un aspecto rojizo o descarnado.
- Caract. Microscóp.** - Las placas blancas formadas de epitelio necrótico en la cual numerosos fungus pueden ser observados.
- Tratamiento** - Aplicación tópica de Nistatina (Mycostatin).

- Pronóstico** - Generalmente excelente, la infección no es frecuente y usualmente secundaria.
- Lesión** ENFERMEDAD DE FORDYCE
- Localización** - En carrillos a nivel del plano oclusal de los dientes.
- Edad y Sexo** - Edad adulta, en ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Gránulos blancos o amarillos; asintomático, condición muy común.
- Caract. Microscóp.** - Aparecen algunas o muchas glándulas sebáceas en el tejido subepitelial, cada una de las glándulas clínicamente aparecen como gránulos.
- Tratamiento** - Ninguno
- Pronóstico** - Excelente.
- Lesión** LESION POR AGENTES QUIMICOS
- Localización** - En cualquier parte de la mucosa oral, usualmente en áreas retromolares, donde los pacientes colocan aspirinas para aliviar el dolor provocado por los terceros molares retenidos.
- Edad y Sexo** - En cualquier edad, en ambos sexos
- Caract. Clínicas** - Lesión necrótica blanca o blanca-grisácea; de muy corta duración, dolorosa; causada por la aspirina al-

- canfor o fenol, etc.
- Caract. Microscóp.** - Epitelio y parte de tejido subyacente está necrosado, hay edema periférico e infiltración de neutrófilos.
- Tratamiento** - Ninguno, excepto si es sintomático - el tejido sana rápidamente y el tejido necrosado desaparece.
- Pronóstico** - Excelente.
- Lesión** - LENGUA GEOGRAFICA
- Localización** - En el dorso de la lengua.
- Edad y Sexo** - Personas adultas, más frecuente en el sexo femenino.
- Caract. Clínicas** - Descamación irregular de coloración roja, que sana y en su lugar aparecen otras lesiones y como consecuencia en la lengua aparecen elongaciones de las papilas filiformes de coloración blanca; en algunas reacciones alérgicas en la lengua pueden presentarse lesiones similares.
- Caract. Microscóp.** - Las áreas descamadas muestran la pérdida de papilas y hay inflamación de las células de la lámina propia; aparecen áreas blancas como consecuencia de la elongación de las papilas filiformes.

Tratamiento	- Ninguno, excepto buena higiene.
Pronóstico	- Excelente.
Lesión	NODULO DE BOHN (MONONUCLEOSIS INFECCIOSA, CATARATA DE EPSTEIN)
Localización	- Cualquier parte de la mucosa oral, especialmente en la mucosa alveolar de la mandíbula y maxilar.
Edad y Sexo	- En recién nacidos, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Múltiples lesiones blancas que se parecen a arroz y se presentan en la membrana mucosa; esta lesión se observa en el 85% de los recién nacidos.
Caract. Microscóp.	- Cada una de las lesiones (que se parecen a arroz) contienen queratina y se encuentran muy cerca de la mucosa lesionada.
Tratamiento	- Ninguno
Pronóstico	- Excelente, las lesiones desaparecen espontáneamente en algunas semanas.
Lesión	REACCION ALERGICA
Localización	- En cualquier parte de la mucosa oral, principalmente en el cuello.
Edad y Sexo	- En cualquier edad, ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Placas blancas que se desprenden con solo presionar, generalmente

están asociadas a dentífricos y - -
enjuagues colutorios.

Caract. Microscóp. - Edema, descamación del epitelio, --
infiltración de linfocitos.

Tratamiento - Eliminar el agente causal.

Pronóstico - Excelente.

TABLA 2 LESIONES VESICULARES DE LA MUCOSA ORAL.

Lesión	GINGIVITIS HERPETICA PRIMARIA
Localización	- En toda la mucosa oral.
Edad y Sexo	- De 1 a 3 años, puede presentarse en edad adulta; en ambos sexos.
Carac. Clínicas	- Puede haber dolor de cabeza, boca -- irritada, abundante secreción salival, agrandamiento o inflamación de los nodos cervicales (ganglios), puede haber fiebre, la mucosa oral llega a tener numerosas vesículas que se rompen formando úlceras muy dolorosas.
Caract. Microscóp.	- Hiperemia y edema del tejido subepitelial, hay acumulación de líquido y formación de vesículas que más tarde se rompen dejando úlceras.
Tratamiento	- Sintomático.
Pronóstico	- Excelente, las úlceras sanan espontáneamente desapareciendo en algunos días.
Lesión	LESION HERPETICA SECUNDARIA
Localización	- Principalmente en labios, paladar <u>du</u> ro y <u>en</u> cia insertada.
Edad y Sexo	- Se presentan en edad madura, en <u>am</u> bos sexos.

- Caract. Clínicas** - Puede estar localizada sola o en grupos de vesículas, las cuales se rompen formando úlceras dolorosas. Las vesículas de la piel y de los labios se ulceran, pero se forman costras. Están asociadas con fiebre, stress, traumas, menstruación, etc.
- Caract. Microscóp.** - Las mismas características que en la gingivitis herpética primaria.
- Tratamiento** - Sintomático
- Pronóstico** - Excelente, las lesiones sanan espontáneamente de 7 a 14 días, pueden haber recidivas.
- Lesión** ULCERA AFTOSA.
- Localización** - En cualquier parte de la mucosa oral, excepto en la parte anterior del paladar duro y encía.
- Edad y Sexo** - En edad adulta, en ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Una o grupos de vesículas que se rompen, formando úlceras, en estas lesiones puede haber recidivas. Son más comunes en el invierno que en primavera; el stress emocional y físico contribuye a provocar esta lesión, probablemente causada por -

Estreptococo Alfa Hemolítico.

- Caract. Microscóp.** - Igual que en las otras vesículas.
- Tratamiento** - Sintomático, administración de 250-
mg de tetraciclina en 5 ml de agua,
como enjuagues 3 ó 4 veces en el --
día.
- Pronóstico** - Bueno
- Lesión** PERIADENITIS MUCOSA NECROTICA RECU- -
RRENTE (ENFERMEDAD DE SUTTON O ULCERA
DE MIKULICZ).
- Localización** - En glándulas salivales sobre áreas-
de la mucosa oral y laringea.
- Edad y Sexo** - En edad adulta, en ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Una o múltiples vesículas que se --
rompen produciendo úlceras ba stan-
te profundas, más profundas que ---
en las lesiones herpéticas; las - -
lesiones sanan con la formación de-
una costra y después aparece otra -
en cualquier lugar de la mucosa; su
causa, igual que en las úlceras af-
tosas.
- Caract. Microscóp.** - Ulceración y necrosis, infiltra- -
ción de las glándulas mucosas por -
neutrófilos, células plasmáticas y-
linfocitos.
- Tratamiento** - Sintomático, en casos severos, admi

- administración de 250 mg de tetraciclina en 5 ml de agua, usándolos como enjuagues 3 ó 4 veces al día.
- Pronóstico** - Desaparece de 3 a 6 semanas, cicatrizando la lesión favorablemente.
- Lesión** - HERPES ZOSTER.
- Localización** - Labios, lengua, paladar blando y en las áreas de distribución del nervio sensitivo.
- Edad y Sexo** - En edad adulta, en ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Las lesiones orales son extremadamente raras; las vesículas se parecen a las del herpes simple y se rompiendo formando úlceras.
- Caract. Microscóp.** - Igual que el herpes simple y otras vesículas.
- Tratamiento** - Sintomático.
- Pronóstico** - Bueno o favorable
- Lesión** - PENFIGO VULGAR
- Localización** - En cualquier parte de la mucosa oral.
- Edad y Sexo** - Entre los 40 y 70 años de edad en ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Múltiples lesiones orales, bulas que pueden preceder o ir acompañadas de lesiones en la piel, que al romperse provocan úlceras dolorosas, signo de Nikolski.

- Caract. Microscóp.** - Acumulación de fluido intraepitelial, degeneración de células epiteliales; inflamación y edema subvesicular benigno; células de Tzank observadas en forma de bulas.
- Tratamiento** - Sintomático.
- Pronóstico** - Desfavorable, enfermedad fatal en más del 50% de los pacientes.
- Lesión** - ERITEMA MULTIFORME (SINDROME DE STEVENS Y JOHNSON, ECTODERMOSIS EROSIVA PLURIORIFICIAL).
- Localización** - En cualquier parte de la piel y la membrana mucosa.
- Edad y Sexo** - Edad adulta, en ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Las lesiones orales consisten en múltiples máculas de color rojo. Pápulas y vesículas que se rompen provocando úlceras muy dolorosas; las lesiones aparecen de 1 a 2 días y sanan espontáneamente; las lesiones en piel usualmente se presentan y su diagnóstico no es difícil, la etiología de estas lesiones no es conocida definitivamente, pero puede ser de origen alérgico; existen otras variantes.

- Caract. Microscóp.** - Depende del grado de la lesión, esencialmente consiste en ulceraciones, edema e infiltración en la lámina propia por eosinófilos, células plasmáticas y linfocitos.
- Tratamiento** - Sintomático.
- Pronóstico** - Bueno, lesión limitada que se cura espontáneamente, pero pueden haber recidivas.
- Lesión** - SINDROME DE BEHCET.
- Localización** - En boca, genitales, ojos y piel.
- Edad y Sexo** - De los 10 a los 30 años, más frecuentemente en el sexo masculino.
- Caract. Clínicas** - Múltiples úlceras que semejan aftas, presentándose principalmente en la boca, ojos y genitales.
- Caract. Microscóp.** - Se observan úlceras no específicas.
- Tratamiento** - Sintomático.
- Pronóstico** - Bueno.
- Lesión** - SINDROME DE REITER
- Localización** - En piel y mucosa oral.
- Edad y Sexo** - Entre los 20 y los 30 años de edad, sexo masculino.
- Caract. Clínicas** - Se presentan vesículas y úlceras en la mucosa de la boca, puede existir uretritis, artritis y conjuntivitis.
- Caract. Microscóp.** - No específico, ulceración y células inflamadas.

Tratamiento	- Sintomático.
Pronóstico	- Bueno o favorable.
Lesión	- PENFIGO BENIGNO DE LA MEMBRANA MUCOSA.
Localización	- Mucosa oral y conjuntiva.
Edad y Sexo	- Sobre los 40 años de edad, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Lesiones bulosas que se convierten en úlceras; pueden presentarse en pacientes con buena salud, involucran otras partes de la membrana mucosa.
Caract. Microscóp.	- Acumulación de líquido subepitelial e intraepitelial.
Tratamiento	- Sintomático
Pronóstico	- Favorable, pero la lesión en los ojos puede producir ceguera.
Lesión	- VIRUELA Y VARICELA.
Localización	- En cualquier parte de la mucosa oral.
Edad y Sexo	- En niños, de ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Las lesiones orales pueden estar solas o ir acompañadas de pequeñas vesículas que se rompen dejando úlceras; las lesiones en la piel siempre se presentan y su diagnóstico no es difícil.
Caract. Microscóp.	- Vesículas y más tarde úlceras.
Tratamiento	- Sintomático.

Pronóstico	- Excelente, la enfermedad es autolimitada, las lesiones se alivian espontáneamente.
Lesión	- HERPANGINA
Localización	- Paladar blando, tonsilas, Gvula y <u>fa</u> ringe.
Edad y Sexo	- En niños de ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Las vesículas de la mucosa oral se rompen dejando úlceras, la lesión es <u>tá</u> asociada con fiebre y malestar <u>ca</u> racterístico.
Caract. Microscóp.	- Características de vesículas y más tarde de úlceras.
Tratamiento	- Sintomático.
Pronóstico	- Excelente, enfermedad autolimitada, las lesiones sanan espontáneamente.
Lesión	- FIEBRE AFTOSA I
Localización	- Paladar duro, lengua y mucosa bucal.
Edad y Sexo	- Se puede presentar a los cinco años de edad, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Múltiples vesículas y úlceras de la mucosa oral, las lesiones aparecen acompañadas de fiebre, malestar, -- anorexia y diarrea causada por el virus Coxakie.
Caract. Microscóp.	- No específico de vesículas y úlceras.

Tratamiento	- Sintomático.
Pronóstico	- Excelente.
Lesión	- EPIDERMOLISIS BULOSA.
Localización	- En la piel y en la mucosa oral.
Edad y Sexo	- Se presenta en la infancia, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Las bulas se presentan en la piel y mucosa, en algunos casos es fatal.
Caract. Microscóp.	- Igual que en las otras vesículas.
Tratamiento	- Sintomático.
Pronóstico	- Desfavorable a graves, dependiendo del tipo.
Lesión	- REACCIONES ALÉRGICAS (ESTOMATITIS MEDICAMENTOSA Y VENENATA).
Localización	- En cualquier parte de la mucosa oral.
Edad y Sexo	- Se presenta en cualquier edad y sexo.
Caract. Clínicas	- La estomatitis medicamentosa representa una reacción alérgica, considerando que las venenatas representan contactos alérgicos; las lesiones pueden consistir en áreas con vesículas y bulas, aparecen rápidamente de horas a días. Se cree que es causada por el contacto con alérgenos, en la estomatitis medicamentosa, las lesiones de la piel pueden estar presentes; las vesículas se rompen forman-

- do úlcera.
- Caract. Microscóp.** - Igual que en la Herpangina.
- Tratamiento** - Eliminar el alérgeno (droga, dentífrico, enjuagues, lápices labiales, etc.)
- Pronóstico** - Excelente.
- Lesión** - MUCOCELE (QUISTE DE RETENCION MUCOSA, FENOMENO DE RETENCION).
- Localización** - Generalmente en labios y lengua o -- cualquier parte de la mucosa oral.
- Edad y Sexo** - A cualquier edad, en ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Se presenta una vesícula comprimible, translúcida, algunas veces la lesión es azulada, cuando se rompe se demana secreción mucoide y vuelve a reinidir.
- Caract. Microscóp.** - Quiste de retención que contiene moco, cubierto por tejido de granulación, está asociada con las glándulas que presentan inflamación intersticial, en estado temprano, el moco se dispersa en el tejido conectivo.
- Tratamiento** - Escisional local, tratamiento quirúrgico.
- Pronóstico** - Excelente, las recidivas son muy probables.

TABLA 3. ULCERACIONES DE LA MUCOSA ORAL.

Lesión	ULCERA POR TRAUMATISMO.
Localización	- En cualquier parte de la mucosa oral, está relacionada con dentadura mal ajustadas, en la mucosa vestibular y del paladar.
Edad y Sexo	- En adultos, de ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Causadas principalmente por dentadura mal ajustada, lesión sola, dolorosa, de corta duración.
Caract. Microscóp.	- Pérdida de epitelio, exposición del tejido conectivo e infiltración de neutrófilos, células plasmáticas y linfocitos.
Tratamiento	- Eliminar la causa y sintomático.
Pronóstico	- Excelente.
Lesión	GINGIVITIS DESCAJATIVA. (50)
Lesión	ESTOMATITIS DE VINCENT (GINGIVITIS -- ULCERO NECROSANTE).
Localización	-En la encía.
Edad y sexo	- En adultos jóvenes, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Las lesiones se inician en las papilas interdentarias con una coloración rojiza y ulceraciones, las úlceras producen destrucción de la pa

- pila, necrosis, aliento fétido, dolor, fiebre y malestar general.
- Caract. Microscóp.** - Ulceración de la mucosa y necrosis de la capa superficial; el tejido ulcerado muestra edema e infiltración de neutrófilos y linfocitos.
- Tratamiento** - Exfoliación y mejoramiento de la higiene oral, debridación del área con la mano o ultrasonido, enjuagues, calmantes, reposo y líquidos.
- Pronóstico** - Favorable
- Lesión** **GRANULOMA EOSINOFILICO**
- Localización** - Encía
- Edad y Sexo** - En adultos; en el sexo masculino es cinco veces más frecuente que en las mujeres.
- Caract. Clínicas** - Lesión de tejidos blandos, generalmente asociada con lesiones en el hueso, de consistencia blanda, hay ulceración, necrosis y dolor en la encía, pérdida de los dientes que se encuentran vitales, aliento fétido, además de otros síntomas sistémicos.

- Caract. Microscóp.** - Infiltración en el area por histiocitos, leucocitos, eosinófilos.
- Tratamiento** - Quirúrgico o pequeñas dosis de radiación.
- Pronóstico** - Variable; de favorable a bueno, dependiendo de la involucración sistémica y esquelética; algunas veces hay recidivas.

Lesión**LIQUEN PLANO EROSIVO****Localización**

- En los carrillos

Edad y Sexo

- En adultos, en ambos sexos.

Caract. Clínicas

- Condiciones raras una o múltiples lesiones, aparecen como úlceras superficiales dolorosas con líneas o placas de color blanco del mismo tipo del liquen plano.

Caract. Microscóp.

- Ulceración y densa infiltración de linfocitos sobre la capa de la mucosa, el epitelio se observa rugoso.

Tratamiento

- Ninguno, excepto si es sintomático, sana espontáneamente en la lesión.

Pronóstico

- Excelente.

Lesión**CANDIDIASIS, MONILIASIS, AFTA.****(Pág. 57).**

- Lesión** GINGIVITIS HERPETICA PRIMARIA
(Pág. 62)
- Lesión** LESION HERPETICA SECUNDARIA
(Pág. 62)
- Lesión** ULCERA AFTOSA
(Pág. 63)
- Lesión** PERIADENITIS MUCOSA NECROTICA RECU- -
RRENTE (ENFERMEDAD DE SUTTON O ULCERA
DE MIKULICZ).
(Pág. 64)
- Lesión** HERPES ZOSTER
(Pág. 65)
- Lesión** ERITEMA MULTIFORME (SINDROME DE - -
STEVENS Y JOHNSON).
(Pág. 66)
- Lesión** SINDROME DE BEHCET.
(Pág. 67)
- Lesión** SINDROME DE REITER
(Pág. 67)
- Lesión** PENFIGO VULGAR
(Pág. 65)
- LESION** PENFIGO BENIGNO DE LA MEMBRANA
MUCOSA (PENPHIGOID).
(Pág. 68)
- Lesión** VIRUELA Y VARICELA
(Pág. 68)

Lesión	HERPANGINA
	(Pág. 69)
Lesión	FIEBRE AFTOSA
	(Pág. 69)
Lesión	ESTOMATITIS VENENATA
Localización	- En cualquier parte de la mucosa, especialmente en los labios.
Edad y Sexo	- A cualquier edad, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Se puede presentar una úlcera o múltiples úlceras de corta duración que pueden comenzar como vesículas. - - Reacción alérgica por aplicación local de sustancias en pacientes sensibles.
Caract. Microscóp.	- Ulceración e inflamación.
Tratamiento	- Eliminar el alérgeno (factor causal)
Pronóstico	- Excelente.
Lesión	ESTOMATITIS MEDICAMENTOSA
Localización	- En cualquier parte de la mucosa oral.
Edad y Sexo	- A cualquier edad, en ambos sexos.
Caract. Clínicas.	- Igual que en la estomatitis venenata. excepto que el alérgeno se adquiere en forma sistémica.
Caract. Microscóp.	- Igual que la estomatitis venenata.
Tratamiento	- Eliminar la droga que está afectando sintomático.

Pronóstico	- Excelente.
Lesión	CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS Y TUMORES MALIGNOS EPITELIALES.
Localización	- En cualquier parte de la cavidad oral; generalmente en el labio inferior; lengua y piso de la boca.
Edad y Sexo	- Aparece en la cuarta década de la vida o más tarde; siendo más frecuente en el sexo masculino.
Caract. Clínicas	- Ulceración de consistencia dura de larga duración. En el 60% de los pacientes se presenta como úlcera.
Caract. Microscóp.	- Se presenta ulceración en el tejido conectivo, se observa infiltrado. La Lámina del epitelio presenta disqueratosis pleomórfica; uno o más de los ganglios cervicales pueden estar agrandados por la metástasis.
Tratamiento	- Escisión amplia en todos los ganglios cervicales donde hay metástasis los procedimientos quirúrgicos radicales están indicados en los tejidos cervicales, en casos inoperables, se emplea la radioterapia.
Pronóstico	- Dependiendo de donde se localiza, el tipo de tumor y la edad del pacien-

te, así como su estado de salud.

Lesión

LINFOMAS Y LEUCEMIAS.

Localización

- En la encía

Edad y Sexo

- A cualquier edad, en ambos sexos.

Caract. Clínicas

- El linfoma puede comenzar en la cavidad oral y los tejidos son infiltrados en la leucemia; generalmente la encía se encuentra agrandada y con múltiples ulceraciones, sangrado, aliento fétido y hay pérdida de los dientes, los síntomas varían -- sistémicamente.

Caract. Microscóp.

- En las ulceraciones hay densa infiltración de los tejidos subepiteliales por células atípicas y linfocitos o mielocitos en serie.

Tratamiento

- En el linfosarcoma, el tratamiento será quirúrgico local, después de la amplia escisión, puede haber recidivas y metástasis; en leucemias, solamente mantener al paciente con tratamiento sintomático de la cavidad oral.

Pronóstico

- Desfavorable.

Lesión

CHANCRO (SIFILIS)

Localización

- En labios, generalmente en el superior y algunas veces en la lengua.

Edad y Sexo

- En personas adultas, en ambos sexos.

Caract. Clínicas

- Lesión que aparece sola, con duración de 1 a 4 semanas, las úlceras presentan bordes duros.

Caract. Microscóp.

- Ulceración de la membrana mucosa con infiltración muy densa de células plasmáticas y linfocitos, edema de los tejidos que se encuentran hacia arriba de las úlceras.

Tratamiento

- Local, solamente sistémico

Pronóstico

- Favorable

Lesión

ULCERACIONES CAUSADAS POR SIFILIS

Localización

- En cualquier parte de la mucosa

Edad y Sexo

- En personas adultas, en ambos sexos.

Caract. Clínicas

- Múltiples úlceras, pequeñas, de color gris, generalmente están asociadas con erupciones en la piel, fiebre, malestar y úlceras en la garganta.

Caract. Microscóp.

- Ulceración con manchas maculares

especialmente; numerosas espiroquetas pueden ser observadas.

- | | |
|---------------------------|---|
| Tratamiento | - Solamente local, sintomático. |
| Pronóstico | - Favorable |
| Lesión | - ULCERA CAUSADA POR TUBERCULOSIS. |
| Localización | - En el área tonsilar y en el paladar blando. |
| Edad y Sexo | - A cualquier edad, en ambos sexos. |
| Caract. Clínicas | - Raras, usualmente se presenta una úlcera crónica, con frecuencia secundaria a la tuberculosis pulmonar. |
| Caract. Microscóp. | - Ulceración, el tejido conectivo muestra áreas circunscritas por células gigantes; algunos granulomas muestran áreas centrales de necrosis, infiltración de linfocitos -- cerca de los gránulos (alrededor de los granulomas). |
| Tratamiento | - Solamente local, sintomático. |
| Pronóstico | - Favorable. |
| Lesión | - HISTOPLASMOSIS |

Localización	- Lengua y encía
Edad y Sexo	- En personas adultas, ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Múltiples nódulos que se ulceran y -- están asociados con fiebre, malestar general y agrandamiento de los nódulos linfáticos, hígado y bazo.
Caract. Microscóp.	- Bajo las úlceras se observa una den- sa colección de histiocitos con nume- rosas esporas e Histoplasma Capsula- tum.
Tratamiento	- Ninguno, excepto sintomático, Anfotericina B.
Pronóstico	- Desfavorable
Lesión	MONONUCLEOSIS INFECCIOSA
Localización	- En cualquier parte de la mucosa - - oral.
Edad y Sexo	- En la segunda y tercera década de - la vida, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Las lesiones orales son múltiples - consisten en numerosas úlceras peque- ñas que aparecen antes de que se ma- nifieste la enfermedad; el 80% de -- los pacientes muestran lesiones ora- les antes de cualquier otra manifes- tación.
Caract. Microscóp.	- Igual como en las úlceras.

Tratamiento	- Sintomático, poco después aparecen lesiones, los nódulos linfáticos -- se agrandan y otros aspectos de -- las características de la enferme-- dad llegan a manifestarse.
Pronóstico	- Favorable
Lesión	ENFERMEDAD DE RIGA-FEDE.
Localización	- En el frenillo lingual y en la punta de la lengua.
Edad y Sexo	- En la infancia, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Las ulceraciones se presentan en el frenillo lingual y en la punta de la lengua debido a los dientes neonatales y natales.
Caract. Microscóp.	- Las mismas características no específicas de las úlceras.
Tratamiento	- Eliminar los dientes temporales -- (sintomático).
Pronóstico	- Excelente.
Lesión	ULCERA PTERIGOIDES (AFTA DE BEDNAR)
Localización	- En el paladar blando.
Edad y Sexo	- En recién nacidos, ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Úlceras en el paladar Blando, cerca del foramen palatino.
Caract. Microscóp.	- Características no específicas.
Tratamiento	- Ninguno, desaparecen espontánea--

mente.

Pronóstico

- Excelente.

TABLA 4. LESIONES PIGMENTADAS DE LA MUCOSA ORAL.

Lesión	LENGUA NEGRA VELLOSA
Localización	- En el dorso de la lengua.
Edad y Sexo	- En personas adultas, ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Piloso de color café o negro que aparece en el dorso de la lengua.
Caract. Microscóp.	- Hipertrofia de las papilas filiformes; inflamación de la mucosa fundamental.
Tratamiento	- Cepillado de la lengua con más frecuencia.
Pronóstico	- Excelente.
Lesión	TATUAJE CON AMALGAMA
Localización	- En cualquier parte de la mucosa oral.
Edad y Sexo	- En cualquier edad, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Pequeñas pigmentaciones de color negro o azulado, usualmente cerca de la amalgama.
Caract. Microscóp.	- El tejido conectivo muestra numerosos gránulos microscópicos de color negro, depositados en las fibras y alrededor de los vasos sanguíneos, además partes de amalgama pueden estar alrededor.
Tratamiento	- Escisión de ser necesario.
Pronóstico	- Excelente.

Lesión	ENFERMEDAD DE ADDISON.
Localización	- En carrillo, encía y labios, pero - puede presentarse en cualquier lu- - gar.
Edad y Sexo.	- En adultos, ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Pigmentación de color negro o café- grisáceo, asociado de pigmentacio-- nes de la piel y otras manifestacio <u>n</u> es sistémicas de la enfermedad.
Caract. Microscóp.	- Pigmentos de la melanina en la capa basal del epitelio.
Tratamiento	- Ninguno para las lesiones orales.--
Pronóstico	- Desfavorable.
Lesión	PLACAS DE PIGMENTOS NORMALES.
Localización	- En la encía
Edad y Sexo	- A cualquier edad, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Múltiples áreas muestran pigmenta-- ción en la encía, se presentan en - la infancia, en individuos de raza- negra.
Caract. Microscóp.	- Pigmentos de melanina en la capa -- basal del epitelio.
Tratamiento	- Ninguno
Pronóstico	- Excelente.
Lesión	SÍNDROME DE PEUTZ - JEGHERS.
Localización	- En cualquier parte, especialmente en

	carrillos, paladar y labios.
Edad y Sexo	- En la infancia o más tarde, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Numerosas placas pequeñas de color negro que se presentan en la mucosa; asintomático, no aumenta de tamaño, asociadas con lesiones similares alrededor de la boca, nariz y ojos; síntomas de pólipos intestinales.
Caract. Microscóp.	- Pigmentos de melanina en la capa basal del epitelio.
Tratamiento	- Ninguno para las lesiones orales.
Pronóstico	- Depende de las lesiones intestinales.
Lesión	MACULA MELANOTICA.
Localización	- En cualquier parte, especialmente en labios, encía, carrillos y paladar.
Edad y Sexo	- En adultos, ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Se presenta solo de color café, gris, azul o negro; lesiones no elevadas o inflamadas, su tamaño es de 0.1 a 2 cm.
Caract. Microscóp.	- Pigmentos de melanina en la capa basal del epitelio y/o sobre la capa de la lámina propia.

Tratamiento	- Ninguno
Pronóstico	- Excelente
Lesión	NEVO
Localización	- En el paladar
Edad y Sexo	- A cualquier edad, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Generalmente las lesiones son lisas o elevadas.
Caract. Microscóp.	- Depende del tipo, intradérmico o azulado.
Tratamiento	- Escisional.
Pronóstico	- Favorable
Lesión	MELANOMA
Localización	- En la mucosa maxilar, mandibular, -- carrillos, lengua y piso de la boca, en este orden de frecuencia.
Edad y Sexo	- A los 30 años de edad o en personas de edad avanzada; dos veces más frecuente en hombres que en mujeres.
Caract. Clínicas	- Areas pigmentadas que aumentan de -- tamaño en semanas o años; pueden estar elevadas o no; generalmente dolorosas, en casos más graves la úlcera destruye el hueso y hay pérdida de los dientes, generalmente se presentan incidencias o signos de metástasis en los ganglios y hueso.

- Caract. Microscóp.** - Generalmente presenta una larga capa de células epiteliales en racimos pero sin adherirse, los pigmentos de melanina están presentes en ambos líquidos (intracelulares e intercelulares) que en el microscopio se observan muy bien apreciándose ampliamente.
- Tratamiento** - Amplia extirpación con procedimientos radicales en la garganta, están indicados.
- Pronóstico** - Grave.
- Lesión** PIGMENTACION POR METALES PESADOS (BISMUTO, PLOMO, MERCURIO Y PLATA).
- Localización** - En la encía libre pero puede presentarse en cualquier lugar, principalmente con la plata.
- Edad y Sexo** - En adultos, ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Pigmentación de color gris o negra en la encía libre, pero se puede presentar en cualquier otro lugar de la membrana mucosa, particularmente con la plata. La literatura indica que los metales pesados se usan como drogas. Síntomas sistémicos comunes, pigmentación de color gris sobre la

- piel, así como excesiva salivación puede ser observada con la plata.
- Caract. Microscóp.** - Disposición de finos gránulos de color café o negro en las fibras de colágena, particularmente alrededor de los vasos sanguíneos.
- Tratamiento** - Profilaxis, si es posible la eliminación del contacto con el metal -- que está causando el daño en la encía.
- Pronóstico** - Favorable
- Lesión** ESTADO POSTMENOPAUSICO.
- Localización** - Sobre la encía insertada.
- Edad y Sexo** - Sobre los 40 años, en el sexo femenino.
- Caract. Clínicas** - Pigmentación sobre la encía insertada de color café o negro.
- Caract. Microscóp.** - Los pigmentos de melanina en la capa basal del epitelio.
- Tratamiento** - Ninguno
- Pronóstico** - Favorable
- Lesión** INGESTION DE DROGAS (TRANQUILIZANTES)
- Localización** - En la encía insertada
- Edad y Sexo** - En adultos, ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Pigmentación de color café o negro, causada por tranquilizantes.

- Caract. Microscóp.** - Pigmentación de melanina en la capa basal del epitelio.
- Tratamiento** - Ninguno
- Pronóstico** - Favorable
- Lesión** **ANTICONCEPTIVOS (INGESTION ORAL)**
- Localización** - En la encía insertada
- Edad y Sexo** - Mas usual en adultos del sexo femenino.
- Caract. Clínicas** - Múltiples áreas de pigmentación de color café claro o gris.
- Caract. Microscóp.** - Pigmentación en la capa basal del epitelio.
- Tratamiento** - Ninguno.
- Pronóstico** - Favorable.
- Lesión** **VARICOSIDADES**
- Localización** - En la cara ventral de la lengua
- Edad y Sexo** - En edad avanzada; ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Areas azuladas, que pueden palidecer o blanquearse con la presión.
- Caract. Microscóp.** - Dilatación de las venas.
- Tratamiento** - Ninguno, excepto en algunos casos la extirpación quirúrgica o ligadura.
- Pronóstico** - Excelente.
- Lesión** **DESMUTRICION**
- Localización** - En cualquier parte de la mucosa --

oral.

- | | |
|---------------------------|---|
| Edad y Sexo | - A cualquier edad, en ambos sexos. |
| Caract. Clínicas | - Múltiples placas de color café o negro (se presentan también otras evidencias de desnutrición). |
| Caract. Microscóp. | - Están presentes pigmentos de melani-
na en la capa basal del epitelio. |
| Tratamiento | - Eliminar la causa |
| Pronóstico | - Favorable. |

TABLA 5. CRECIMIENTO DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD ORAL QUE NO SANGRAN.

Lesión	FIBROMATOSIS
Localización	- En la encía
Edad y Sexo	- A cualquier edad, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Múltiples agrandamientos generalizados en la encía, superficie lisa, lesiones firmes, cubriendo parte de los dientes; puede producir migración de los dientes; este padecimiento es de larga duración, puede ser hereditario o resultar de ingestión de Hidantofina.
Caract. Microscóp.	- Crecimiento de colágena, cubierto de epitelio escamoso estratificado.
Tratamiento	- Gingivectomía, puede haber recidivas.
Pronóstico	- Favorable
Lesión	TONUS (EXOSTOSIS, OSTEOMA PERIFERICO)- Y LESIONES RELACIONADAS.
Localización	- En la línea media del paladar y en la mandíbula a nivel de premolares - por su cara interna.
Edad y Sexo	- En adultos; sexo femenino (más frecuente).

- Caract. Clínicas** - Agrandamiento nodular duro en la línea media del paladar (torus palatino) en la mandíbula por lingual a nivel de premolares (torus mandibular) de larga duración, de crecimiento lento.
- Caract. Microscóp.** - Lesión exofítica en la periferia del hueso cortical y en el centro del hueso trabecular y médula fibrosa, la totalidad de la lesión está cubierta por la mucosa oral.
- Tratamiento** - Escisional.
- Pronóstico** - Excelente.
- Lesión** **FIBROMA (POR IRRITACION)**
- Localización** - En cualquier parte de la mucosa, especialmente en carrillos, lengua y labios.
- Edad y Sexo** - En la tercera década de la vida y más tarde, en ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Se presenta una lesión firme de superficie lisa pedicular o sesil de crecimiento elevado de larga duración. Generalmente está asociado con alguna irritación local y trauma persistente.

Caract. Microscóp.	- Lesión cubierta por tejido escamoso estratificado constituido de colágena densa.
Tratamiento	- Escisión local
Pronóstico	- Excelente.
Lesión	FIBROMA PERIFERICO Y FIBROMA PERIFERICO CON CALCIFICACION.
Localización	- En la encía
Edad y Sexo	- A cualquier edad, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Sesil solitario de consistencia dura y firme, puede tener una superficie lisa o áspera.
Caract. Microscóp.	- Tumor cubierto por epitelio escamoso estratificado, compuesto de tejido conectivo que muestra algunas veces calcificación.
Tratamiento	- La escisión local, generalmente cura este padecimiento, pero puede haber recidivas.
Pronóstico	- Excelente.
Lesión	MIXOMA (FIBROMA CON DEGENERACION MIXOMATOSA)
Localización	- En cualquier parte de la mucosa oral.
Edad y Sexo	- En cualquier edad, en ambos sexos.

- Caract. Clínicas** - El mixoma verdadero en la cavidad oral es extremadamente raro; el llamado mixoma (fibrosa con degeneración mixomatosa) presenta lesiones pediculadas o sesiles de larga duración.
- Caract. Microscóp.** - Las lesiones muestran tejido conectivo denso en las áreas donde hay degeneración mixomatosa.
- Tratamiento** - Escisión
- Pronóstico** - Excelente
- Lesión** **NEUROFIBROMA Y NEURILENOMA.**
- Localización** - En la lengua, labios, paladar y carrillos.
- Edad y Sexo** - A cualquier edad, en ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Sesil o profunda, se presenta la lesión sola, movable, excepto en neurofibromatosis múltiple, se presentan comúnmente en la piel y en la lengua, son de larga duración y de superficie lisa.
- Caract. Microscóp.** - Neurofibroma y Neurilenoma, pueden distinguirse en el microscopio pero esencialmente son lesiones similares, formadas por fibroblastos y proliferación de células de Schwan.
- Tratamiento** - Escisional

Pronóstico	- Excelente
Lesión	LIPOMA
Localización	- En carrillo y piso de la boca.
Edad y Sexo	- A cualquier edad, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- De crecimiento raro, de color amarillo o normal; pediculado o profundo, de larga duración.
Caract. Microscóp.	- Generalmente bien circunscrito, -- el crecimiento de las células es normal.
Tratamiento	- Escisional.
Pronóstico	- Excelente.
Lesión	MIOBLASTOMA DE CELULAS GRANULARES.
Localización	- En la lengua.
Edad y Sexo	- A cualquier edad, en ambos sexos.
Caract. Clínicas.	- Elevada, sesil, lesión profunda de larga duración.
Caract. Microscóp.	- Las lesiones están compuestas de - células granulares, el epitelio -- que las cubre muestra marcada hiperplasia y semeja un carcinoma.
Tratamiento	- Escisional
Pronóstico	- Excelente
Lesión	SIALOADENITIS
Localización	- En el piso de la boca

- Edad y Sexo** - En adultos, de ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - La causa del dolor y la inflamación (tumefacción) del área donde está la glándula submaxilar, está asociada con la presencia del aliento en la boca, evidencia de posibles cálculos. Agrandamiento firme del área de las glándulas submaxilar y sublingual.
- Caract. Microscóp.** - Las glándulas muestran fibrosis, atrofia de los acinos e infiltración de células plasmáticas y linfocitos.
- Tratamiento** - Escisional
- Pronóstico** - Excelente
- Lesión** **TUMOR DE GLANDULAS SALIVALES.**
- Localización** - En paladar duro, labios, carrillos y lengua, en este orden de frecuencia.
- Edad y Sexo** - A cualquier edad, en ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Varios tipos de tumores, lesiones elevadas o profundas de larga o corta duración, inflamación de los tejidos orales.

Caract. Microscóp.	- Depende del tipo.
Tratamiento	- Escisional, amplio.
Pronóstico	- Depende del tipo.

TABLA 6. CRECIMIENTO DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD ORAL QUE PRESENTAN SANGRADO

Lesión	ABSCESO PERIODONTAL (FLEMON, PARULIS)
Localización	- En la encía y mucosa alveolar
Edad y Sexo	- A cualquier edad, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Lesión sola blanda, roja, bien circunscrita, agrandamiento de la encía o de la mucosa alveolar, al hacer la incisión hay secreción de pus, está asociada con la enfermedad periodontal.
Caract. Microscóp.	- La inflamación está cubierta por epitelio escamoso estratificado, cuyo interior está lleno de pus.
Tratamiento	- Drenaje y corrección de irregularidades del periodonto causado por la lesión.
Pronóstico	- Excelente.
Lesión	GRANULOMA EOSINOFILICO (Pág. 73)
Lesión	EPULIS FISURADO.
Localización	- En el fondo de saco (mandibular o maxilar).
Edad y Sexo	- En edad media o avanzada, en ambos sexos.

- Caract. Clínicas** - Tejido rojo, exuberante, asociado-- con roce de los bordes de las dentu duras en mucolabial o mucobucal; pue de estar ulcerado y con frecuencia-- mostrar en el canal de la dentadu-- ra abscesos.
- Caract. Microscóp.** - El tejido conectivo con densa infil tración de células plasmáticas y -- linfocitos, cubierto de tejido den-- so estratificado, puede estar ulce-- rada el área.
- Tratamiento** - Quitar y corregir la dentadura. - - Escisión quirúrgica si la masa es - gruesa, pequeñas lesiones pueden -- regresar después de quitar la dentu dura.
- Pronóstico** - Excelente
- Lesión** GRANULOMA DE CELULAS GIGANTES PERIFE RICAS.
- Localización** - Encfa, especialmente en la papila-- interdenaria.
- Edad y Sexo** - De los 20 a los 50 años de edad; - en el sexo masculino más frecuen-- te. Dos veces más frecuente en el-- hombre que en la mujer.

- Caract. Clínicas** - Lesión pediculada o de base ancha, lisa o lobulada y de fácil sangrado. Dura de semanas a meses, algunas veces ocurre después de la extracción de los dientes.
- Caract. Microscóp.** - Tumor compuesto de pequeños vasos sanguíneos, abundantes fibroblastos y muchas células gigantes, también hay presencia de sangre.
- Tratamiento** - Escisional
- Pronóstico** - Excelente.
- Lesión** GRANULOMA PIOGENO.
- Localización** - En la encía y en la lengua pero puede presentarse en cualquier parte de la mucosa oral.
- Edad y Sexo** - En cualquier edad, en ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Presencia de hemorragia, lesión pediculada o sesil de superficie lisa o de crecimiento lobulado, que sangra fácilmente, con frecuencia se observan costras. Puede tener aspecto de frambuesa, su duración es de semanas a meses.
- Caract. Microscóp.** - Las lesiones pediculadas generalmente en parte están cubiertas por epitelio escamoso estratificado, -

- principalmente compuesto de pequeños vasos sanguíneos, el tejido conectivo que separa los vasos sanguíneos, muestran edema e infiltración de neutrófilos, células plasmáticas y linfocitos.
- Tratamiento** - Escisional; si no se extirpa la lesión completa puede haber recidivas.
- Pronóstico** - Excelente.
- Lesión** TUMOR EN ESTADO DE GESTACION (TUMOR GRAVIDICO).
- Localización** - En la encía, especialmente en la papila interdental.
- Edad y Sexo** - En adultos, sexo femenino (más frecuente).
- Caract. Clínicas** - Igualmente como en el granuloma piógeno, ocurre solamente en la encía, se inicia en el tercer mes de embarazo y se desarrolla con el parto.
- Caract. Microscóp.** - Igualmente que en el granuloma piógeno.
- Tratamiento** - Después del parto, las lesiones pueden regresar espontáneamente; -

	las recidivas son en el mismo lugar, - la extirpación es recomendada des- pués del parto.
Pronóstico	- Excelente .
Lesión	CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS Y - - OTROS TUMORES MALIGNOS.
Localización	- En cualquier parte de la cavidad - oral.
Edad y Sexo	- A cualquier edad, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Crecen rápidamente los tejidos - - blandos y sangran.
Caract. Microscóp.	- Depende del tipo, el cacinoma de - células escamosas es el más común.
Tratamiento	- Extirpación amplia en la lesión -- primaria así como de la metásta--- sis, la radiación en casos inopera bles.
Pronóstico	- Favorable a grave, dependiendo de- la localización, tamaño, grado, y- tipo de tumor, edad del paciente.
Lesión	LINFOMAS (LINFOSARCOMAS, SARCOMAS DE CELULAS RETICULARES) LFUCEMIAS.
Localización	- En la encfa.
Edad y Sexo	- A cualquier edad, en ambos sexos.

- Caract. Clínicas.** - Los linfomas pueden estar primero - en la cavidad oral y aparecer como - úlceras o crecimiento hemorrágico - de corta duración. Las leucemias in - variablemente producen generaliza-- dos agrandamientos de la encía que - más tarde se ulceran y hay frecuen - tes sangrados.
- Caract. Microscóp.** - Infiltración densa en el tejido co - nectivo por las células anormales - de linfocitos y series de células - reticulares.
- Tratamiento** - En el linfoma, la extirpación qui - rúrgica, es común la recidiva; en - las leucemias el tratamiento es - - asintomático.
- Pronóstico** - Grave.

**TABLA 7. CRECIMIENTO DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD -
ORAL COMPRIMIBLES**

Lesión	- QUISTE DE ERUPCION
Localización	- En el reborde alveolar
Edad y Sexo	- En la infancia, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Lesión comprimible, algunas veces - las lesiones son azuladas y están - encima de los dientes en vías de -- erupción.
Caract. Microscóp.	- Quiste cubierto por epitelio esca-- moso.
Tratamiento	- Ninguno o escisión
Pronóstico	- Excelente
Lesión	MUCOCELE (QUISTE DE RETENCION MUCOSA; FENOMENO DE RETENCION). (Pág. 7/)
Lesión	RANULA
Localización	- En el piso de la boca
Edad y Sexo	- En adultos, ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Agrandamiento comprimible en piso - de boca, puede elevarse la lengua e interferir en el lenguaje, está <u>aso</u> ciada con las glándulas submaxilar- y sublingual.

- Caract. Microscóp.** - Quiste cuyo interior contiene moco-cubierto de tejido de granulaci6n.
- Tratamiento** - Escisional o eliminar la cubierta-del quiste (marsupializaci6n)
- Pron6stico** - Excelente
- Lesi6n** QUISTE GINGIVAL
- Localizaci6n** - En la encia bucal, en el 6rea de-caninos y premolares en la mandibu-la.
- Edad y Sexo** - En adultos, ambos sexos.
- Caract. Cl6nicas** - Raro, pequeas lesiones asintom6ti-cas, en la mandibula a nivel de ca-nino y premolares, la encia se en-cuentra agrandada. Comprimible - -cuando es grande; puede aparecer - como pequea radiolucidez.
- Caract. Microsc6p.** - Quiste cubierto por epitelio esca-moso estratificado, el quiste se - presenta en la encia pero produce-reabsorci6n del hueso del mismo -- lugar.
- Tratamiento** - Enucleaci6n
- Pron6stico** - Excelente
- Lesi6n** QUISTE NASOALVEOLAR
- Localizaci6n** - En el labio superior y base de la-ventana nasal.

Edad y Sexo	- En adultos, de ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Crecimiento del tejido blando comprimible en el labio superior, puede producir reabsorción del periostio.- Apareciendo la radiolucidez en la región anterior a nivel de incisivos centrales superiores.
Caract. Microscóp.	- Quiste cubierto por epitelio escamoso o ciliado.
Tratamiento	- Enucleación.
Pronóstico	- Excelente.
Lesión	HEMANGIOMA CAVERNOSO Y CAPILAR.
Localización	- En carrillos, lengua y labios.
Edad y Sexo	- A cualquier edad, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Lesión de color azulado, rojo púrpura, difusa y comprimible de crecimiento lento o estacionario, quedándose de un solo tamaño, asintomático, excepto cuando es grande, - el traumatismo constante algunas veces ocasiona el sangrado de la lesión; puede producir macroglo-

- sia y macroquilia (labios excesivamente grandes).
- Caract. Microscóp.** - De pared delgada, contiene sangre - en los canales del tejido conectivo de la mucosa.
- Tratamiento** - Caústico, electrocauterio o escisión quirúrgica, algunas veces hay recidivas espontáneas.
- Pronóstico** - Favorable
- Lesión** **LINFOANGIOMA**
- Localización** - En la lengua y carrillos
- Edad y Sexo** - En la infancia y en adultos, en - - ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Múltiples vesículas fungosas comprimibles translúcidas de larga duración, asintomático excepto cuando es de mayor volumen; las lesiones en la lengua pueden producir macroglosia e interferir en el lenguaje y en la deglución.
- Caract. Microscóp.** - Espacios de pared delgada que contiene linfa; líquido homogéneo y - - claro, esta lesión puede aparecer - - junto con el hemangioma.
- Tratamiento** - Escisional, único tratamiento.

Pronóstico	- Favorable, dependiendo del sitio -- donde se localiza el tumor.
Lesión	HYGROMA QUISTICO (LINFOANGIOMA QUISTICO, HIGROMA, CYSTICUM COLLI).
Localización	- En el piso de la boca.
Edad y Sexo	- En la infancia, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Crecimiento unilateral comprimible, extendiéndose hasta el cuello, el crecimiento es progresivo, envolviéndose e involucrando áreas que van siendo reemplazadas por el tumor. Las estructuras normales son destruidas.
Caract. Microscóp.	- Numerosos espacios cavernosos que contienen linfa.
Tratamiento	- Escisional.
Pronóstico	- Desfavorable.
Lesión	- QUISTE EPIDERMÓIDE Y DERMÓIDE.
Localización	- En piso de la boca pero puede presentarse en cualquier lugar.
Edad y Sexo	- En adultos jóvenes, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Agrandamiento en el piso de la boca comprimible, la lengua se eleva e interfiere en el lenguaje, la lesión es de crecimiento lento.
Caract. Microscóp.	- Quiste formado por queratina, cubierto por epitelio escamoso extra-

tificado queratinizado. La pared del quiste puede contener glándulas sebáceas y muy raramente folículos pilosos y secreción salival, entonces recibe el nombre de quiste dermoide.

Tratamiento

- Escisión.

Pronóstico

- Excelente.

TABLA 8. CRECIMIENTO PAPILAR DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD ORAL QUE SEMEJAN UNA COLIFLOR.

Lesión	LEUCOPLASIA VERRUGOSA
Localización	- En cualquier parte de la mucosa oral.
Edad y Sexo	- En edad media o en ancianos, más frecuente en el sexo masculino.
Caract. Clínicas	- Lesión sola, blanca, elevada y áspera.
Caract. Microscóp.	- El epitelio además de tener forma de dobleces o pliegues, muestra hiperqueratosis y disqueratosis.
Tratamiento	- Extirpación amplia
Pronóstico	- Depende de su localización, pronóstico favorable en lesiones de labio.
Lesión	VERRUGA VULGAR.
Localización	- En labios, carrillos y lengua.
Edad y Sexo	- En adultos, ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Lesión sesil, blanca, en forma de coliflor, puede aparecer sola, pero algunas veces en forma múltiple.
Caract. Microscóp.	- El epitelio además de su forma de pliegues presenta queratinización y paraqueratinización,

las células epiteliales se encuentran normales.

Tratamiento

- Escisional.

Pronóstico

- Excelente.

Lesión

CONDILOMA (CONDILOMA ACUMINATUM) - -
(ACUMINADO QUE TERMINA EN FORMA DE -
PUNTA).

Localización

- En cualquier parte de la mucosa --
oral.

Edad y Sexo

- En personas adultas, ambos sexos.

Caract. Clínicas

- Las papilas crecen con la base an--
cha, hay múltiples lesiones.

Caract. Microscóp.

- La lesión papilar se encuentra cu--
bierta por una gruesa capa paraque--
ratósica de epitelio escamosos es--
tratificado.

Tratamiento

- Escisional.

Pronóstico

- Excelente.

Lesión

PAPILOMA

Localización

- En cualquier parte de la mucosa - -
oral.

Edad y Sexo

- En adultos, ambos sexos.

Caract. Clínicas

- Lesión pediculada, blanca de cre--
cimiento en forma de coliflor y de
larga duración.

- Caract. Microscóp.** - Las lesiones papilares cubiertas -- de epitelio escamosos estratific-- do pueden estar queratinizados, el epitelio papilar contiene una delgada capa de tejido conectivo.
- Tratamiento** - Escisional en la base de la lesión.
- Pronóstico** - Excelente.
- Lesión** HIPERPLASIA SEUDOEPITELIOMATOSA (QUERATOACANTOPIA).
- Localización** - En el labio.
- Edad y Sexo** - En adultos, ancianos, más frecuente en el sexo masculino.
- Caract. Clínicas** - Lesión verrugosa, áspera, de crecimiento rápido de 1 cm. de tamaño, - duración de algunas semanas.
- Caract. Microscóp.** - El epitelio se encuentra queratinizado en el centro de la lesión, con el curetaje se descubren masas de - queratina; el epitelio normal se extiende y cubre el lugar de la lesión, se debe distinguir del carcinoma de células escamosas ya que es muy parecido.
- Tratamiento** - Escisional.

Pronóstico	- Excelente
Lesión	HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA
Localización	- En el paladar
Edad y Sexo	- En adultos jóvenes, ancianos; ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Las lesiones están asociadas generalmente con dentaduras no ajustadas y se observa en el paladar. Se presentan múltiples papilas en la mucosa, debido a la impactación del alimento entre las papilas. La inflamación es común y aparecen áreas de color rojo.
Caract. Microscóp.	- Cada papila está formada por tejido conectivo, infiltrado por células plasmáticas y linfocitos; cubierta por epitelio escamoso estratificado, hiperplástico.
Tratamiento	- Eliminar la causa y corregir la dentadura, las lesiones pueden recidivar si la dentadura es retirada temporalmente; la extirpación quirúrgica amplia es lo indicado.
Pronóstico	- Excelente.
Lesión	CARCINOMA VERRUGOSO
Localización	- En el reborde alveolar y paladar.

- Edad y Sexo** - En edad avanzada, más frecuente en el sexo masculino.
- Caract. Clínicas** - Lesión blanca en forma de coliflor, de crecimiento exofítico en paciente que usualmente masca tabaco.
- Caract. Microscóp.** - Lesiones papilares formadas de epitelio en forma de pliegues queratinizados muestran disqueratosis, sobre el tejido conectivo hay invasión de células tumorales.
- Tratamiento** - Extirpación amplia
- Pronóstico** - Mejor que el carcinoma de células escamosas, tipo no verrugoso.

TABLA 9. LESIONES RADIOLUCIDAS DE LOS MAXILARES.

LESIONES QUE SE PRESENTAN EN EL APICE DE LOS DIENTES.

Lesión	GRANULOMA DENTAL
Localización	- En la mandíbula y en el maxilar.
Edad y Sexo	- A cualquier edad, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Asintomático, la radiolucidez está bien circunscrita en el ápice de los dientes no vitales.
Caract. Microscóp.	- Tejido conectivo con neutrófilos, células plasmáticas y linfocitos.
Tratamiento	- Hacer la enucleación con apicetomía o la extracción de los dientes afectados.
Pronóstico	- Excelente
Lesión	QUISTE PERIAPICAL
Localización	- En ambos maxilares
Edad y Sexo	- A cualquier edad, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Igual que el granuloma dental.
Caract. Microscóp.	- La cavidad quística está cubierta por epitelio escamoso estratificado, la pared del tejido conectivo contiene células plasmáticas, linfocitos y células en forma de espuma.
Tratamiento	- Enucleación del quiste con apicetomía.

Pronóstico	- Excelente
Lesión	QUISTE RESIDUAL
Localización	- En los espacios edentulos, en la -- parte apical del sitio de la extrac-- ción.
Edad y Sexo	- En cualquier edad, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Se presenta solo, asintomático, -- bien circunscrito, radiolúcido, lo-- calizado en los espacios edentulos.
Caract. Microscóp.	- Igual como en el quiste radicular.
Tratamiento	- Enucleación.
Pronóstico	- Excelente.
Lesión	ABSCESO PERIAPICAL (DENTOALVEOLAR).
Localización	- En ambos maxilares.
Edad y Sexo	- A cualquier edad, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Generalmente se presenta solo, di-- fuso, circunscrita el área de la -- radiolucidez, superficie lisa, ro-- ja, dolorosa; la fiebre puede es-- tar asociada con los síntomas. Hay uno o más dientes muy sensibles a la percusión.
Caract. Microscóp.	- Tejido conectivo, con densa infil-- tración de neutrófilos, edema, cé-- lulas plasmáticas y linfocitos; -- circundando el área de la médula -

	del hueso se observan cambios y osteocitos necróticos.
Tratamiento	- Extracción de los dientes afectados; canalización y apicectomía.
Pronóstico	- Excelente.
Lesión	CICATRIZ APICAL.
Localización	- En el área apical.
Edad y Sexo	- En adultos, de ambos sexos.
Caract. Clínicas	- En dientes con canalización y cirugía apical; asintomático, se observa una radiolucidez apical.
Caract. Microscóp.	- Tejido denso cicatrizado.
Tratamiento	- Ninguno
Pronóstico	- Excelente
Lesión	CEMENTOMA (ESTADIO PRIMARIO)
Localización	- En los dientes superiores de la mandíbula.
Edad y Sexo	- Sobre los 30 años de edad; más frecuente en el sexo femenino.
Caract. Clínicas	- Asintomático, generalmente múltiples y pequeñas áreas periapicales radiolúcidas en la región anterior, dientes vitales. Debe distinguirse del quiste periapical y del granuloma.
Caract. Microscóp.	- En estado temprano, la lesión está formada de tejido fibroso joven.
Tratamiento	- No es necesario

Pronóstico - Excelente

LESIONES EN LA LINEA MEDIA DEL MAXILAR

Lesión QUISTE PALATINO MEDIO

Localización - Solamente en la línea media del paladar.

Edad y Sexo - En adultos, de ambos sexos.

Caract. Clínicas - Se observa una área radiolúcida en la línea media del paladar atrás de la papila incisiva, asintomática o puede producir tumefacción en el paladar.

Caract. Microscóp. - Quiste cubierto por epitelio escamoso estratificado o respiratorio.

Tratamiento - Enucleación.

Pronóstico - Excelente.

Lesión QUISTE MEDIO ALVEOLAR.

Localización - En la región anterior de la papila incisiva.

Edad y Sexo - En adultos, ambos sexos.

Caract. Clínicas - Se encuentra una área radiolúcida - bien circunscrita en la región anterior de la línea media del paladar; asintomático, puede producir tumefacción cerca de los dientes vitales.

- Caract. Microscóp.** - Quiste cubierto por epitelio escamoso estratificado o respiratorio.
- Tratamiento** - Enucleación
- Pronóstico** - Excelente
- Lesión** **QUISTE GLOBULO-MAXILAR**
- Localización** - Entre el canino e incisivo lateral, en el maxilar.
- Edad y Sexo** - En adultos, de ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Se presenta una radiolucidez periforme entre el lateral y el canino o en el cuello de la corona de los dientes; el quiste produce divergencia de la raíz del canino y del lateral, puede producir tumefacción en el paladar o en el labio, los dientes están vitales.
- Caract. Microscóp.** - Quiste cubierto por epitelio escamoso estratificado o respiratorio.
- Tratamiento** - Enucleación
- Pronóstico** - Excelente
- Lesión** **QUISTE NASOALVEOLAR (Pág. 106)**
- Lesión** **QUISTE DEL CANAL INCISIVO.**
- Localización** - Atrás de los dientes anteriores -- del maxilar.
- Edad y Sexo** - En adultos, de ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Se presenta solo, bien circunscrito

to, con frecuencia en forma de coru
zón, el área donde está la radiolu-
cidez se encuentra atrás del maxi-
lar a nivel de incisivos; asintomá-
tico o puede producir tumefacción
en el paladar y en todos los dien-
tes vitales.

Caract. Microscóp.

- Quiste cubierto por epitelio esca-
moso estratificado o respiratorio;-
el tejido conectivo contiene fi-
bras nerviosas y glándulas de secre-
ción mucosa.

Tratamiento

- Enucleación

Pronóstico

- Excelente

Lesión

QUISTE DE LA PAPILA PALATINA.

Localización

- En la papila incisiva

Edad y Sexo

- En adultos, de ambos sexos.

Caract. Clínicas

- Tumefacción en el área de la papila
incisiva, algunas veces se produ-
ce radiolucidez, como en el quiste del
canal incisivo.

Caract. Microscóp.

- Igual que en el quiste del canal in-
cisivo.

Tratamiento

- Enucleación

Pronóstico

- Excelente.

LESIONES QUE SE PRESENTAN EN EL LUGAR DEL DIENTE AUSENTE.

Lesión	QUISTE PRIMORDIAL
Localización	- En la mandíbula, especialmente en el tercer molar y en el área de los premolares.
Edad y Sexo	- En adultos, de ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Se observan áreas radiolúcidas bien circunscrita; asintomática. Puede producir agrandamiento. El quiste se origina en el lugar de erupción de los dientes faltantes y puede también originarse del primordio de los dientes supernumerarios.
Caract. Microscóp.	- Quiste cubierto por epitelio escamoso estratificado, que recuerda el retículo estrellado de los órganos formados de esmalte.
Tratamiento	- Enucleación y curetaje.
Pronóstico	- Excelente.

LESION ALREDEDOR DE LOS DIENTES RETENIDOS.

Lesión	QUISTE DENTIGERO
Localización	- Mas frecuente en la mandíbula, en los terceros molares y en el maxilar a nivel del canino; puede presentarse en cualquier otro lugar.

Edad y Sexo

- En adultos, de ambos sexos.

Caract. Clínicas

- Se observa área radiolúcida bien definida, asociada con la corona de dientes retenidos o dientes normales no erupcionados o supernumerarios; agrandamiento de los maxilares y migración de los dientes, puede observarse.

Caract. Microscóp.

- Quiste cubierto de epitelio alrededor de la corona de dientes retenidos en el tejido conectivo de la pared del quiste, se pueden observar células de proliferación ameloblástica.

Tratamiento

- Enucleación y extracción de dientes retenidos.

Pronóstico

- Favorable.

Lesión

AMELOBLASTOMA

Localización

- En la mandíbula especialmente en la parte posterior del hueso y en la rama.

Edad y Sexo

- Entre los 30 años de edad, en ambos sexos.

Caract. Clínicas

- Pueden presentarse uno o múltiples quistes que parecen burbujas en el área donde se observa la radiolucida

- dez, de larga duración, de crecimiento lento, asintomático o puede producir marcado agrandamiento y deformidad. Hay migración de los dientes, la cortical ósea de los maxilares puede ser destruida.
- Caract. Microscóp.**
- Epitelio elevado, células columnares en la periferia y en el centro de las células dan la apariencia del retículo estrellado de los órganos formados de esmalte.
- Tratamiento**
- Depende de cada paciente y varía desde el tratamiento conservador que es la enucleación hasta el tratamiento radical, que es la resección parcial del hueso involucrando la lesión.
- Pronóstico**
- De bueno a favorable, dependiendo de la lesión. Puede haber recidivas frecuentes.
- Lesión**
- TUMOR ODONTOGENICO ADENOMATOIDE (ADENOMELOBLASTOMA).**
- Localización**
- En el maxilar en la región de los caninos.
- Edad y Sexo**
- De los 10 a 20 años de edad, en ambos sexos, siendo más frecuente-

- en el sexo femenino.
- Caract. Clínicas** - Se observa una zona radiolúcida, bien definida, generalmente está asociada con la corona de los dientes retenidos. De crecimiento lento, asintomático, o puede producir aumento de volumen de la zona.
- Caract. Microscóp.** - Tumor encapsulado o circunscrito, contiene estructuras blandas cubiertas por células columnares entre los conductos glandulares.
- Tratamiento** - Enucleación.
- Pronóstico** - Excelente.
- Lesión** FIBROMA Y MIXOMA ODONTOGENICO.
- Localización** - En la mandíbula se observa en el área de los terceros molares y en el maxilar en la zona de caninos.
- Edad y Sexo** - Entre los 20 años de edad, en ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Se presenta un área radiolúcida bien definida en sus bordes; asociada con las coronas de los dientes retenidos, con frecuencia son pequeños, pero pueden extenderse a la cortical de los dientes vitales.

- Caract. Microscóp.** - Proliferación de fibroblastos con restos de epitelio odontogénico. En el mixoma odontogénico abunda el tejido mixomatoso.
- Tratamiento** - Curetaje.
- Pronóstico** - Excelente, el mixoma odontogénico debe ser distinguido del mixoma verdadero.

RADIOLUCIDEZ QUE SEMEJA BURBUJAS.

- Lesión** - QUISTE MULTI OCULAR.
- Localización** - En ambos maxilares.
- Edad y Sexo** - En adultos de ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Extremadamente raro, la radiolucidez del multiquiste puede parecer burbuja o dar la apariencia de burbujas, hay agrandamiento de los maxilares, la cortical permanece intacta.
- Caract. Microscóp.** - Múltiples quistes cubiertos por epitelio, algunas veces estratificado o queratinizado.
- Tratamiento** - Enucleación.
- Pronóstico** - Favorable, pero la lesión puede tener recidivas.
- Lesión** - QUISTE ANEURISMAL DEL HUESO.
- Localización** - En la mandíbula con más frecuencia que en el maxilar.
- Edad y Sexo** - Entre los 20 años de edad, en ambos sexos.

Caract. Clínicas

- Se presenta una lesión quística - - bien demarcada, la capa cortical -- con frecuencia se expande pero no - se destruye. La literatura sobre el trauma dice que puede haber infla- - nación y signos de migración de - - los dientes y estar asociados con - ellos; al realizar la exploración se encuentran defectos (orificios) con hemorragia en el tejido esponjoso.

Caract. Microscóp.

- La lesión no muestra característi- - cas de quiste verdadero; se obser- - van numerosos espacios con sangre.- El tejido en que se encuentra la -- sangre contiene células gigantes, -- fibroblastos y vasos sanguíneos y - restos de hemosiderina.

Tratamiento

- Curetaje, rara vez hay recidivas.

Pronóstico

- Excelente.

Lesión

AMELOBLASTOMA (Pág./23)

Lesión

GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES.

Localización

- En la mandíbula más frecuente que - en el maxilar.

Edad y Sexo

- Entre los 20 años de edad, en el -- sexo femenino más frecuente que en - el masculino.

Caract. Clínicas

- Lesión de los maxilares, clara que - semeja burbujas que al expanderse -

pueden destruir la corteza o capa cortical de los maxilares. En la literatura del trauma se cree que en la región de los dientes puede haber migración.

Caract. Microscóp.

- Células gigantes, vasos sanguíneos y proliferación de fibroblastos, -- restos de hemosiderina y formación de hueso.

Tratamiento

- Curetaje

Pronóstico

- Excelente.

Lesión

INFLAMACION FIBROSA INTRAÓSEA DE LOS MAXILARES (QUERUBISMO) (ESTADO TEMPORANO).

Localización

- En la mandíbula, principalmente en la región posterior.

Edad y Sexo

- En la infancia, en ambos sexos.

Caract. Clínicas

- Enfermedad hereditaria benigna que se presenta en la infancia y produce agrandamiento bilateral en la parte posterior de la mandíbula, -- multiquístico, lesión bilateral -- que lentamente se agranda o expande sin llegar a destruir la cortical.

La lesión puede involucrar la re--

- gión anterior de la mandíbula o --
del maxilar. Esta enfermedad se --
presenta en miembros de una misma-
familia.
- Caract. Microscóp.** - Tejido conectivo fibroso con resi-
duos de formación de hueso y célu-
las gigantes.
- Tratamiento** - Ninguno, la lesión crece de los 4-
a los 6 años, entonces llega a ser
estático. La mandíbula crece gra-
dualmente, llegando a deformarse.
- Pronóstico** - Excelente.
- Lesión** NIXOMA (NO ODONTOGENICO)
- Localización** - En ambos maxilares.
- Edad y Sexo** - De la segunda a la cuarta década;-
en ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Se presenta una radiolucidez que -
semeja burbujas; la lesión es de -
crecimiento lento, hay migración -
de los dientes, que conservan su-
vitalidad.
- Caract. Microscóp.** - Tejido mixomatoso, no hay eviden-
cias de epitelio odontogénico.
- Tratamiento** - Escisión amplia de la lesión.
- Pronóstico** - Favorable.

LESIONES RADIOLUCIDAS MULTIPLES, SEPARADAS.

Lesión	INFLAMACION FIBROSA INTRAOSEA DE LOS-MAXILARES (QUERUBISMO) (Pág.128)
Lesión	MIELOMA MULTIPLE.
Localización	- Se presenta más frecuentemente en la mandíbula que en el maxilar, a nivel de premolares y molares, en rana y ángulo de la mandíbula.
Edad y Sexo	- Después de la edad madura, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- En uno de cada tres pacientes están involucrados ambos maxilares; en los maxilares puede presentarse la primera manifestación de la lesión. Existe dolor al presionar, además, inflamación y adormecimiento de la zona y con movilidad de los dientes. Radiográficamente, encontramos múltiples áreas radiolúcidas.
Caract. Microscóp.	- Densa masa de células plasmáticas.
Tratamiento	- Sintomático, quirúrgico, radiación.
Pronóstico	- Grave
Lesión	GRANULOMA EOSINOFILICO (Pág.73)
Lesión	ENFERMEDAD DE HAND-SCHULLER-CHRISTIAN.

- Localización** - En ambos maxilares.
- Edad y Sexo** - En la infancia, en ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Igual como en el granuloma eosinofílico, puede haber otras manifestaciones sistémicas.
- Caract. Microscóp.** - Histiocitos, algunos de los cuales contienen colesterol y aparecen grandes y espumosos.
- Tratamiento** - Sistémico, radiación.
- Pronóstico** - Desfavorable
- Lesión** ENFERMEDAD DE LETTERER-SIWE.
- Localización** - En la mandíbula y en el maxilar.
- Edad y Sexo** - Sobre los 3 años de edad, en ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Se observan múltiples áreas radiolúcidas en los maxilares, agrandamiento del bazo, hígado y nódulos linfáticos, hay deterioro rápido de salud.
- Caract. Microscóp.** - Proliferación de histiocitos.
- Tratamiento** - Sintomático, corticoesteroides
- Pronóstico** - Desfavorable
- Lesión** HIPERPARATIROIDISMO (LESION DE CELULAS GIGANTES).
- Localización** - En ambos maxilares.
- Edad y Sexo** - En edad madura o avanzada, en ambos sexos siendo más frecuente en -

- el femenino.
- Caract. Clínicas** - Rara, pero las lesiones orales pueden ser la primera manifestación de la enfermedad; se observan áreas radiolúcidas difusas o claras, los dientes están vitales.
- Caract. Microscóp.** - Igual que en el granuloma de células gigantes, pero en estas lesiones pueden haber recidivas.
- Tratamiento** - Eliminar la zona neoplásica o hiperplásica de la glándula paratiroides.
- Pronóstico** - De favorable a bueno.
- Lesión** **TUMOR METASTÁTICO.**
- Localización** - En ambos maxilares.
- Edad y Sexo** - En edad media o avanzada, en ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Se observa generalmente un área o múltiples áreas radiolúcidas. La lesión puede ser asintomática o estar asociada con el dolor y entumecimiento. Se cree que el tumor puede presentarse en cualquier lugar, la radiolucidez de los maxilares puede ser el primer síntoma.
- Caract. Microscóp.** - Dependiendo del tipo de tumor, generalmente se presenta primero en el

pecho, riñones, intestino grueso y próstata; los tumores del seno y próstata pueden producir zonas radiopacas.

Tratamiento

- Dependiendo de donde se presenta -- primero, del tipo de tumor, duración, edad del paciente y otros numerosos factores.

Pronóstico

- Desfavorable a grave.

LESIONES QUE DESTRUYEN LA CORTICAL.

Lesión

TUMOR METASTATICO.(Pág.132)

Lesión

TUMOR MALIGNO PRIMARIO

Localización

- En ambos maxilares.

Edad y Sexo

- A cualquier edad, en ambos sexos.

Caract. Clínicas

- Rara, la radiolucidez crece muy rápidamente, puede producir pérdida de los dientes y reabsorción de raíces; se aprecia una zona radiolúcida y destrucción de la cortical.

Caract. Microscóp.

- Depende del tipo.

Tratamiento

- Radical, escisión total

Pronóstico

- De favorable a grave.

Lesión

OSTEOMIELITIS

Localización

- En cualquier área de los maxilares, pero es más común en la mandíbula.

- Edad y Sexo** - A cualquier edad, en ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Radiolucidez difusa, se puede destruir la cortical de los maxilares y presentar cualquiera de los síntomas siguientes: dolor, fiebre, pus, escurrimiento sinusal, pérdida y desvitalización dolorosa del diente o dientes, se cree que hay secuestro en el hueso necrótico.
- Caract. Microscóp.** - Necrosis y reabsorción del hueso, infiltración en los espacios medulares de neutrófilos, células plasmáticas y linfocitos.
- Tratamiento** - Drenaje, antibióticos y eliminar los secuestros.
- Pronóstico** - Favorable.
- DIVERSAS RADIOLUCIDIDADES.**
- Lesión** **QUISTE PERIODONTAL LATERAL.**
- Localización** - En el ligamento periodontal, por lingual, bucal, mesial y distal.
- Edad y Sexo** - A cualquier edad, en ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Se presenta una lesión circunscrita en el ligamento periodontal, los dientes pueden estar vitales o no; lesión rara.
- Caract. Microscóp.** - Lesión quística cubierta por epite-

Tratamiento	<p>lio escamoso estratificado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enucleación, si está asociada con dientes desvitalizados, canalizar y apicetomía o extracción de los dientes.
Pronóstico	- Excelente
Lesión	SEUDOQUISTE TRAUMÁTICO.
Localización	- En la mandíbula entre canino y lagrimal.
Edad y Sexo	- En adultos jóvenes, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	<ul style="list-style-type: none"> - Lesión pseudoquistica bien circunscrita, que aparece contorneando la raíz de los dientes, la lesión es asintomática pero puede producir agrandamiento en los maxilares y ser dolorosa, los dientes del área afectada están vitales, la cortical permanece intacta, al realizar la exploración la cavidad puede contener fluido sanguíneo.
Caract. Microscóp.	<ul style="list-style-type: none"> - Pseudoquiste cubierto por una capa extremadamente delgada de tejido conectivo, hay ausencia de epitelio, generalmente es difícil obtener una muestra para el estudio microscópico.

Tratamiento	- Curetaje, lesión llena de coágulos- que sanan posteriormente.
Pronóstico	- Excelente.
Lesión	CAVIDAD IDIOPATICA DEL HUESO.
Localización	- En la mandíbula
Edad y Sexo	- En adultos, de ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Asintomático, la radiolucidez se -- observa en la parte inferior del -- canal dental, anterior al ángulo de la mandíbula.
Caract. Microscóp.	- Tejido fibroso.
Tratamiento	- Ninguno.
Pronóstico	- Excelente.
Lesión	OSTEOMIELITIS (Pág. 133)
Lesión	HEMATOPOYESIS MEDULAR.
Localización	- En premolares y molares de la mandí- bula.
Edad y Sexo	- En la edad madura, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Asintomática, lesión radiolúcida.
Caract. Microscóp.	- La característica más usual es que se ve el hueso de la médula de co- lor rojo.
Tratamiento	- Ninguno.
Pronóstico	- Excelente
Lesión	QUISTE GINGIVAL (Pág. 104)
Lesión	OSTEOPOROSIS FISIOLÓGICA.

Localización	- En la mandíbula a nivel de premolares y molares.
Edad y Sexo	- En ancianos de ambos sexos.
Caract. Clínicas	- El área donde se encuentra la radiolucidez está bien circunscrita, definida y es asintomática.
Caract. Microscóp.	- Reducción en el número del trabeculado óseo.
Tratamiento	- Ninguno
Pronóstico	- Excelente
Lesión	HEMANGIOMA (CENTRAL).
Localización	- Más frecuente en la mandíbula que en el maxilar.
Edad y Sexo	- En personas jóvenes, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Se presenta una radiolucidez parecida al panal de miel, hay pérdida de los dientes; el área puede estar más caliente de lo normal, la expansión o agrandamiento de los maxilares puede presentarse.
Caract. Microscóp.	- Médula con muchos espacios o vasos sanguíneos.
Tratamiento	- Resección; la lesión puede estar esclerosada.
Pronóstico	- Desfavorable.

TABLA 10. LESIONES RADIOPACAS DE LOS MAXILARES.

Lesión	CEMENTOMA (TERCER ESTADIO).
Localización	- En la mandíbula en los dientes <u>ante</u> riores.
Edad y Sexo	- Entre los 30 años de edad, más frecuente en el sexo femenino.
Caract. Clínicas	- Múltiples áreas periapicales radiopacas, asintomáticas, de tamaño pequeño; los dientes están vitales.
Caract. Microscóp.	- Densa masa de cemento.
Tratamiento	- Ninguno.
Pronóstico	- Excelente.
Lesión	ODONTOMA COMPUESTO.
Localización	- En ambos maxilares.
Edad y Sexo	- A cualquier edad, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Zona radiopaca que permanece <u>estática</u> por muchos años y las estructuras que lo componen son parecidas a los dientes (denticulos).
Caract. Microscóp.	- Algunas o muchas estructuras parecidas a los dientes, compuestos de dentina, esmalte y cemento.
Tratamiento	- Escisional
Pronóstico	- Excelente
Lesión	ODONTOMA COMPLEJO
Localización	- En el maxilar y en la mandíbula.

Edad y Sexo	- A cualquier edad, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Se observa una zona radiopaca, irregular, asintomática, de crecimiento limitado; los dientes se encuentran vitales.
Caract. Microscóp.	- Se observa una masa irregular, desorganizada de tejido dental.
Tratamiento	- Escisional.
Pronóstico	- Excelente.
Lesión	FIBROMA OSIFICANTE (DISPLASIA FIBROSA)
Localización	- En el maxilar y en la mandíbula.
Edad y Sexo	- En adultos y jóvenes, de ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Se observa una zona radiopaca y radiolúcida con agrandamiento de los maxilares, dolorosa; la cortical no se erosiona, los dientes pueden emigrar pero están vitales.
Caract. Microscóp.	- Tumor que contiene tejido de colágena (tejido fibroso), con residuos de calcificación.
Tratamiento	- Remodelamiento.
Pronóstico	- Excelente, las lesiones locales pueden repetirse pero el tratamiento debe ser conservador.
Lesión	OSTEOMA Y TORUS.
Localización	- En ambos maxilares.

- Edad y Sexo** - A cualquier edad, en ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Se observa una zona radiopaca bien circunscrita de crecimiento lento.
- Caract. Microscóp.** - Se observa una zona radiopaca - bien circunscrita que microscópicamente está formada por hueso laminado maduro normal.
- Tratamiento** - Esicional.
- Pronóstico** - Excelente
- Lesión** **SARCOMA OSTEOGENICO**
- Localización** - Es más frecuente en la mandíbula.
- Edad y Sexo** - A los 30 años de edad; siendo más frecuente en el sexo masculino.
- Caract. Clínicas** - Se observa una zona radiopaca y -- también radiolúcida de crecimiento rápido, generalmente se extiende -- más allá de la cortical; las radio--
graffias muestran efecto de rayas -- que consisten en líneas radiopacas que se extienden fuera de la corti--
cal, peridéndose los dientes, hay--
dolor, adormecimiento de la zona y reabsorción de las raíces.
- Caract. Microscóp.** - Trabeculado óseo irregular, se observa tejido osteoide, osteoblas--
tos no típicos de la zona y célu--

	las gigantes.
Tratamiento	- Radical, amplia escisión o radiación después de la extirpación.
Pronóstico	- Desfavorable.
Lesión	CONDROSARCOMA
Localización	- En ambos maxilares.
Edad y Sexo	- Entre los 25 años de edad, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Lesión rara, la zona radiopaca y radiolúcida generalmente se extiende más allá del límite de los maxilares, hay parestesia, dolor y pérdida de los dientes.
Caract. Microscóp.	- Cartilago y tejido cartilaginoso, - condrocitos no típicos de la zona.
Tratamiento	- Radical, escisión amplia.
Pronóstico	- Desfavorable.
Lesión	TUMOR METASTÁTICO. (Pág. 132)
Lesión	ENFERMEDAD DE PAGET.
Localización	- En el maxilar más frecuente que en la mandíbula.
Edad y Sexo	- Sobre los 45 años de edad, en el sexo masculino más frecuente.
Caract. Clínicas	- Se observa un área o múltiples áreas irregulares parecidas al algodón, con apariencia de vidrio des-

lustrado; en estadio temprano no -- hay hipercementosis en la región de los dientes que están vitales; - - existiendo espacio entre ellos. Si se presentan las lesiones en los -- huesos del cráneo aumentan su volúmen. Pueden haber síntomas sistémicos.

Caract. Microscóp.

- Denso trabeculado óseo con numerosas áreas de aposición y reabsorción de hueso, médula fibrosa.

Tratamiento

- Ninguno.

Pronóstico

- Desfavorable

Lesión

OSTEOPETROSIS (ENFERMEDAD DE ALBERT - SCHONBERG).

Localización

- En ambos maxilares.

Edad y Sexo

- En la infancia, en ambos sexos.

Caract. Clínicas

- Rara, marcada zona radiopaca en todo el esqueleto, hay ceguera, sordura, anemias, fracturas y muchas - - otras manifestaciones sistémicas, - retardo en la erupción de los dientes.

Caract. Microscóp.

- Numeroso trabeculado óseo, médula fibrosa.

Tratamiento

- Ninguno.

Pronóstico

- Desfavorable.

Lesión	LEONTIASIS OSEA
Localización	- Más frecuente en el maxilar.
Edad y Sexo	- En la infancia, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Zona radiopaca lesión rara, difusa en el hueso maxilar y cigomático y en otros huesos de la cara; hay -- ceguera, sordera y otros síntomas -- por presión en los nervios craneales.
Caract. Microscóp.	- Denso trabeculado óseo
Tratamiento	- Ninguno
Pronóstico	- Grave
Lesión	ENFERMEDAD DE CAFFEY (HIPEROSTOSIS - CORTICAL INFANTIL)
Localización	- En la mandíbula más frecuentemen-- te.
Edad y Sexo	- Sobre los 6 años de edad, en am-- bos sexos.
Caract. Clínicas	- Se observa una lesión generaliza-- da comúnmente en la mandíbula, hay irritabilidad, tumefacción y una - gruesa capa cortical sobre la man-- díbula; la lesión no se observa -- radiopaca en estado temprano pero -- más tarde sí y la corteza se mues-- tran densa.
Caract. Microscóp.	- Amplio espacio de trabeculado óseo

- inmaduro separado por tejido conectivo edematoso.
- Tratamiento** - Antibióticos, la lesión tiene recidivas.
- Pronóstico** - Excelente
- Lesión** OSTEOMIELITIS DE GARRE.
- Localización** - Más frecuente en la mandíbula.
- Edad y Sexo.** - En la infancia y adolescencia, en ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Se observa una zona radiopaca en la mandíbula, que está asociada con caries con mayor frecuencia en el primer molar.
- Caract. Microscóp.** - Neoformaciones de hueso, médula fibrosa con filtración de células plasmáticas y linfocitos.
- Tratamiento** - Extracción de los dientes afectados, después la deformación puede desaparecer.
- Pronóstico** - Excelente.
- Lesión** OSTEITIS CONDENSANTE.
- Localización** - Más frecuente en la mandíbula.
- Edad y Sexo** - A cualquier edad, en ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Generalmente se presenta una sola lesión radiopaca pero también pueden haber múltiples zonas radiopa-

- cas asociadas con el área periapical de los dientes con caries, raíces fracturadas o maxilares edentulos. La lesión puede ser asintomática o con síntomas de dolor esporádico y escurrimiento.
- Caract. Microscóp.** - Hueso denso, médula fibrosa con infiltración de células plasmáticas y linfocitos.
- Tratamiento** - Eliminar la causa, algunas lesiones no pueden ser tratadas y deben considerarse otros requerimientos para realizar la extirpación quirúrgica.
- Pronóstico** - Excelente.
- Lesión** FRAGMENTO DE RAIZ O CUERPO EXTRAÑO.
- Localización** - En ambos maxilares.
- Edad y Sexo** - A cualquier edad, en ambos sexos.
- Caract. Clínicas** - Asintomático, se observa una zona radiopaca por las raíces de los dientes, otros cuerpos pueden aparecer radiopacos, como la amalgama.
- Caract. Microscóp.** - Se observa la punta de la raíz (raíces) o cuerpo extraño.
- Tratamiento** - La extracción está indicada cuando está asociada con inflamación y radiolucidez.

Pronóstico	- Excelente.
Lesión	OSTEOMIELITIS ESCLEROTICA CRONICA
Localización	- Más frecuente en la mandíbula.
Edad y Sexo	- En la cuarta década de la vida o en edad más avanzada; siendo más frecuente en el sexo femenino.
Caract. Clínicas	- Se observan múltiples áreas radiopacas en los maxilares a nivel de premolares con duración de meses a - - años, la fosfatasa alcalina se encuentra normal, generalmente es - - asintomática.
Caract. Microscóp.	- Hueso denso laminado con muchos basófilos en línea semejante a la enfermedad de Paget. médula ósea fibrosa.
Tratamiento	- Quirúrgico.
Pronóstico.	- Bueno.

TABLA 11. LESIONES RADIOLUCIDAS Y RADIOPACAS.

Lesión	CEMENTOMA (ESTADIO SECUNDARIO).
Localización	- En la mandíbula a nivel de premolares más frecuente.
Edad y Sexo	- Sobre los 30 años de edad, más frecuente en el sexo femenino.
Caract. Clínicas	- Asintomático, generalmente se presentan múltiples y pequeñas áreas periapicales radiolúcidas y radiopacas, los dientes están vitales; deben distinguirse del quiste periapical y del granuloma.
Caract. Microscóp.	- Tejido conectivo fibroso con residuos de cemento.
Tratamiento	- No es necesario el tratamiento a menos de que se presente una infección.
Pronóstico	- Excelente
Lesión	FIBRO-ODONTOMA AMELOBLASTICO
Localización	- En el maxilar con mayor frecuencia.
Edad y Sexo	- En adultos, de ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Se observa una lesión irregular de crecimiento lento y áreas radiopacas asociadas con varias zonas radiolúcidas.
Caract. Microscóp.	- Se observan áreas de dentina y es-

	malte, tejido blando poco o abundante, formado de epitelio ameloblástico y semejante al de la papila dental.
Tratamiento	- Escisión local.
Pronóstico	- Excelente.
Lesión	ODONTOMA QUISTICO.
Localización	- En ambos maxilares.
Edad y Sexo	- A cualquier edad, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Odontoma complejo o compuesto, rodeado de una zona radiolúcida que parece aumentar lentamente.
Caract. Microscóp.	- Odontoma complejo compuesto cubierto de epitelio quístico.
Tratamiento	- Emucleación local.
Pronóstico	- Excelente
Lesión	FIBROMA OSIFICANTE (DISPLASIA FIBROSA. (Pág. 139)
Lesión	SARCOMA OSTEOGENICO. (Pág. 140)
Lesión	CONDROSARCOMA (Pág. 141)
Lesión	METASTASIS DE CARCINOMA DE PROSTATA Y SENO.
Localización	- En ambos maxilares.
Edad y Sexo	- En edad avanzada, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Rara, se presenta una o múltiples lesiones generalmente en el carcinoma de seno, siendo menos frecuen

te que el carcinoma de próstata; --
 hay pérdida de los dientes, paroste-
 cia y dolor.

Caract. Microscóp.

- Dependiendo del sitio en que se en-
 cuentra la lesión.

Tratamiento

- Extirpación de la metástasis.

Pronóstico

- Desfavorable.

Lesión

ENFERMEDAD DE PAGET. (Pág.141)

Lesión

OSTEITIS CONDENSANTE (Pág.144)

Lesión

OSTEOMIELITIS ESCLEROTICA CRONICA
 (Pág.146).

TABLA 12. LESIONES DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

Lesión	MUCOCELE (Pág. 71)
Lesión	RANULA (Pág. 105)
Lesión	PAPERAS (INFECCION DE LA PAROTIDA).
Localización	- En la glándula parótida.
Edad y Sexo	- En la infancia, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Puede ser unilateral o bilateral difusa con agrandamiento de la glándula parótida, puede haber fiebre, malestar general, anorexia y regresión espontánea en algunos días.
Caract. Microscóp.	- Edema de la glándula parótida con exudado inflamatorio esparcido.
Tratamiento	- Ninguno
Pronóstico	- Excelente, condiciones similares pueden repetirse si es causada por otro virus.
Lesión	ENFERMEDAD DE CAR-SCRATCH.
Localización	- En los nódulos linfáticos en cualquier área incluyendo la glándula parótida.
Edad y Sexo	- En la infancia, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Agrandamiento doloroso en el área de la parótida.
Caract. Microscóp.	- Involucra los nódulos linfáticos-- que contienen abscesos con centros

	necróticos e histiocitos periféricos.
Tratamiento	- Ninguno
Pronóstico	- Excelente
Lesión	SARCOIDOSIS (ENFERMEDAD DE BESNEIR-BOECK SCHMANN).
Localización	- En la glándula parótida.
Edad y Sexo	- En adultos, siendo más frecuente en el sexo masculino.
Caract. Clínicas	- Agrandamiento bilateral o unilateral de la glándula parótida, asintomático o asociada con síntomas respiratorios, fiebre, etc.
Caract. Microscóp.	- Células epiteliales circunscritas y células gigantes que están presentes en la glándula, no hay necrosis.
Tratamiento	- Ninguno.
Pronóstico	- Favorable
Lesión	ENFERMEDAD DE MIKULICZ (LESION LINFO-EPITELIAL BENIGNA).
Localización	- En la glándula parótida.
Edad y Sexo	- A los 20 años, en el sexo masculino es más frecuente que en las mujeres.
Caract. Clínicas	- Lesión nodular o difusa, unilateral o bilateral con agrandamiento-

- de la parótida, varía de tamaño, -
dura de semanas a meses, asintomá-
tico, algunas veces hay regresión-
espontánea.
- Caract. Microscóp.** - Areas bien circunscritas de tejido
linfoide o infiltración difusa en-
la glándula por linfocitos; epite-
lio escamoso y glandular.
- Tratamiento** - Ninguno.
- Pronóstico** - Excelente.
- Lesión** - SINDROME DE SJOGREN (SINDROME DE
SICCA).
- Localización** - En la glándula parótida.
- Edad y Sexo** - En edad avanzada, más frecuente en
el sexo femenino.
- Caract. Clínicas** - Igual como en la enfermedad de Mi-
kulicz, resequedad de la conjunti-
va, nariz, garganta y boca.
- Caract. Microscóp.** - Igual que en la enfermedad de Mi-
kulicz.
- Tratamiento** - Sintomático
- Pronóstico** - Favorable.

Lesión	INFILTRACION DE TEJIDO ADIPOSEO.
Localización	- En la glándula parótida.
Edad y Sexo	- En adultos jóvenes o en ancianos -- de ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Rara, lesión unilateral o bilate-- ral, difuso agrandamiento de la -- glándula parótida, de larga dura-- ción, puede presentarse en perso-- nas de edad avanzada, alcohólicos, embarazadas o en estados de desnu-- trición.
Caract. Microscóp.	- Infiltración de tejido graso en la glándula parótida.
Tratamiento	- Ninguno
Pronóstico	- Excelente
Lesión	HIPERTROFIA.
Localización	- Parótida o en alguna glándula me-- nor de la mucosa oral.
Edad y Sexo	- A cualquier edad, en ambos sexos.
Caract. Clínicas	- Rara, unilateral o bilateral, agran-- damiento difuso de la glándula pa-- rótida, de larga duración; en las - glándulas menores aparecen como - - crecimiento nodular, se caracteriza por una elevación de la mucosa.
Caract. Microscóp.	- El tejido de la glándula salival --

	es normal (mucosa o serosa).
Tratamiento	- Ninguno
Pronóstico	- Excelente
Lesión	SIALOADENITIS. (Pág. 96)
Lesión	TUMOR BENIGNO.
Localización	- En la glándula parótida, paladar, glándula submaxilar y glándulas menores de la mucosa oral, presentándose en este orden de frecuencia.
Edad y Sexo	- A los 30 años o más de edad; en <u>ambos</u> sexos.
Caract. Clínicas	- Unilateral, nodular, inflamación de larga duración (meses o años) sobre la piel o en la mucosa generalmente normal, ausencia de síntomas neurológicos, los tumores son movibles.
Caract. Microscóp.	- Depende del tipo.
Tratamiento	- Escisional.
Pronóstico	- Bueno a excelente, dependiendo del tipo.
Lesión	TUMOR MALIGNO.
Localización	- Igual que el tumor benigno de la glándula salival.
Edad y Sexo	- En edad avanzada, ancianos y en <u>al</u>

gunas personas que padecen de tumor benigno, en ambos sexos.

Caract. Clínicas

- Lesión unilateral nodular o inflamación difusa de corta duración de -- semanas a meses, de rápidos crecimiento, con fijación alrededor de -- los tejidos, ulceración sobre la -- piel de la mucosa, hay dolor y parálisis facial asociada con tumores -- de parótida; se pueden palpar los -- nódulos cervicales.

Caract. Microscóp.

- Depende del tipo.

Tratamiento

- Radical, escisión amplia.

Pronóstico

- De favorable a grave.

CAPITULO III
INFORME DE LA INVESTIGACION
CLINICA.

3.1 INTRODUCCION

La siguiente investigación clínica, está enfocada a obtener datos de las principales lesiones de la cavidad oral, tratadas en la Clínica Odontológica Aragón, durante el semestre 84-1 en la Asignatura de Cirugía Bucal. Para realizar esta investigación nos valemos de los conocimientos que nos proporciona la patología oral y la práctica clínica. Teniendo como antecedentes su origen posible, diagnóstico, plan de tratamiento empleado y su pronóstico.

Los resultados que se obtuvieron están representados de acuerdo a su orden de frecuencia, edad y sexo; así como las complicaciones postoperatorias que se presentaron en los pacientes que recibieron la atención.

3.2 MATERIAL Y METODOS.

Para lograr esta investigación se acudió durante el semestre 84-1; a los grupos del turno matutino en la asignatura de Cirugía Bucal. Empleando el método clínico se hizo un registro de cada uno de los pacientes obteniendo los siguientes datos:

- a) Ficha de Identificación (incluyendo únicamente nombre, edad y sexo del paciente)...
- b) Problema Principal (motivo por el cual el paciente se presentó a la Clínica de Cirugía Bucal).

- c) Estudios realizados (Material clínico).
- d) Diagnóstico.
- e) Plan de tratamiento.
- f) Complicaciones Post-operatorias.
- g) Pronóstico.

REGISTRO DE 61 PACIENTES TRATADOS EN LA CLINICA ODONTOLOGICA ARAGON, EN LA ASIGNATURA DE CIRUGIA BUCAL, DURANTE EL SEMESTRE 81 - 1

Nombre	- Celerina Cruz Cruz.
Edad y Sexo	- 16 años, sexo femenino.
Problema principal	- 3er. molar inferior derecho retenido.
Material Clínico	- Examen clínico, radiografía periapical e histológico.
Diagnóstico	- Quiste Dentífero.
Tratamiento	- Extracción del diente retenido y enucleación del quiste.
Compl. Postoperat.	- Inflamación, dolor y sangrado leve.
Pronóstico	- Favorable.
Nombre	- Celia Ponce Trejo.
Edad y Sexo	- 29 años, sexo femenino.
Problema Principal	- Traumatismo por hábito del paciente, de mordedura del carrillo derecho.
Material Clínico	- Examen clínico e histológico.
Diagnóstico	- Fibroma.

Tratamiento	- Escisión local.
Compl. Postoperat.	- Inflamación, dolor y sangrado leve.
Pronóstico	- Excelente.
Nombre	- Irma Palacios Luna
Edad y Sexo	- 20 años, sexo femenino.
Problema Principal	- 3er. molar superior izquierdo retenido.
Material Clínico	- Examen clínico, radiografía periapical y examen histológico.
Diagnóstico	- Quiste dentígero.
Tratamiento	- Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
Compl. Postoperat.	- Inflamación, dolor y sangrado leve.
Pronóstico	- Favorable.
Nombre	- Manuel Bordoñez Sánchez.
Edad y Sexo	- 58 años, sexo masculino.
Problema Principal	- Pigmentación de la mucosa oral e irregularidad del proceso dental.
Material Clínico	- Examen clínico.
Diagnóstico	- Pigmentos de melanina.
Tratamiento	- Ningún tratamiento para los pigmentos de melanina; alveolectomía en el proceso dental.
Compl. Postoperat.	- Ninguna.
Pronóstico	- Excelente.

- Nombre:** - Ma. de la Luz Miranda Zarco.
Edad y Sexo - 23 años, sexo femenino.
Problema Principal - Presenta crecimientos en forma de co
liflor o verruga de los tejidos blan-
dos de la cavidad oral, carrillos y-
lengua.
Diagnóstico - Papiloma (en carrillo derecho a nivel
de 2o. molar (1), en carrillo izquier-
do al mismo nivel (1), y en la por---
ción ventral de la lengua del lado iz-
quierdo (1)].
Tratamiento - Escisión local, de los papilomas.
Compl. Postoperat. - Inflamación, dolor y sangrado moderado.
Pronóstico - Excelente.
- Nombre** - Rosalía Alfaro Suárez
Edad y Sexo - 26 años, sexo femenino.
Problema Principal - 3er. molar inferior derecho retenido.
Material Clínico - Examen clínico, radiografía periapi--
cal y examen histológico.
Diagnóstico - Quiste dentífero.
Tratamiento - Extracción del diente retenido y enu-
cleación del quiste.
Compl. Postoperat. - Leve inflamación.
Pronóstico - Favorable,

Nombre - Leticia Maldonado
Edad y Sexo - 19 años, sexo femenino.
Problema Principal - 3er. molar inferior derecho retenido.
Material Clínico - Examen clínico, radiografía periapical y examen histológico.
Diagnóstico - Quiste Dentígero.
Tratamiento - Extracción del diente retenido y enucleación del quiste.
Compl. Postoperat. - Inflamación, dolor y sangrado leve.
Pronóstico - Favorable.

Nombre - Víctor Alejandro Nava Gómez.
Edad y Sexo - 12 años, sexo masculino.
Problema Principal - Canino superior izquierdo retenido.
Material Clínico - Examen clínico, radiográfico (periapical y oclusal) e histológico.
Diagnóstico - Quiste Dentígero.
Tratamiento - Extracción del diente retenido y enucleación del quiste.
Compl. Postoperat. - Inflamación, dolor y sangrado moderado.
Pronóstico - Favorable.

Nombre - Ma. del Carmen Rangel de Mass.
Edad y Sexo - 34 años, sexo femenino.
Problema Principal - Exostosis en la mandíbula por lingual,

que no permite la colocación adecuada de la prótesis.

- Material Clínico** - Examen clínico radiográfico (periapical y oclusal).
- Diagnóstico** - Torus lingual, a nivel de premolares en el lado izquierdo como en el derecho.
- Tratamiento** - Resección de torus.
- Compl. Postoperat.** - Leve inflamación.
- Pronóstico** - Excelente.

- Nombre** - María Anaya de Méndez.
- Edad y Sexo** - 43 años, sexo femenino.
- Problema Principal** - Desajuste de la prótesis en el maxilar que ocasiona roce en el fondo de saco.

- Material Clínico** - Examen clínico e histológico.
- Diagnóstico** - Hiperplasia (a nivel de caninos en ambos lados del proceso).
- Tratamiento** - Escisional.
- Compl. Postoperat.** - Inflamación, dolor y sangrado leve.
- Pronóstico** - Excelente.

- Nombre** - Laura Vargas de García.
- Edad y Sexo** - 22 años, sexo femenino.
- Problema Principal** - Fístula en fondo de saco a nivel del incisivo central superior izquierdo.
- Material Clínico** - Examen clínico y radiográfico (periapical).

- Diagnóstico** - Quiste periapical.
- Tratamiento** - Enucleación del quiste con apicectomía; previa pulpectomía.
- Compl. Postoperat.** - Inflamación, dolor y sangrado leve.
- Pronóstico** - Excelente.
-
- Nombre** - Margarita Montiel
- Edad y Sexo** - 18 años, sexo femenino.
- Problema Principal** - 3er. molar inferior izquierdo retenido.
- Material Clínico** - Examen clínico, radiográfico (periapical) y examen histológico.
- Diagnóstico** - Quiste Dentígero.
- Tratamiento** - Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
- Compl. Postoperat.** - Inflamación, dolor y sangrado moderado.
- Pronóstico** - Favorable.
-
- Nombre** - Guadalupe Gómez.
- Edad y Sexo** - 40 años, sexo femenino.
- Problema Principal** - Caries de cuarto grado en incisivo lateral superior izquierdo.
- Material Clínico** - Examen clínico y radiográfico (periapical).
- Diagnóstico** - Quiste Periapical.
- Tratamiento** - Enucleación del quiste y apicectomía, previa pulpectomía.

- Compl. Postoperat.** - Leve dolor.
Pronóstico - Excelente.
- Nombre** - Miguel Martínez.
Edad y Sexo - 34 años, sexo masculino.
Problema Principal - Canino superior derecho retenido.
Material Clínico - Examen clínico, radiográfico (periapical y oclusal) e histológico.
Diagnóstico - Quiste Dentígero.
Tratamiento - Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
Compl. Postoperat. - Inflamación, dolor y sangrado moderado.
Pronóstico - Favorable.
- Nombre** - Gabriela Bautista Juárez.
Edad y Sexo - 17 años, sexo femenino.
Problema Principal - 3er. molar inferior izquierdo retenido.
Material Clínico - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
Diagnóstico - Quiste Dentígero.
Tratamiento - Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
Compl. Postoperat. - Inflamación, dolor y sangrado leve.
Pronóstico - Favorable.
- Nombre** - Daniel Chagoza Martínez.
Edad y Sexo - 23 años, sexo masculino.

Problema Principal - Obstrucción de un conducto accesorio salival, ocasionado por un trauma en el labio inferior, del lado izquierdo.

Material Clínico - Examen clínico e histológico.

Diagnóstico - Mucocele.

Tratamiento - Escisional.

Compl. Postoperat. - Inflamación, dolor y sangrado moderado.

Pronóstico - Favorable.

Nombre - Lisbeth Jacinto Miguel

Edad y Sexo - 4 años, sexo femenino.

Problema Principal - Crecimiento del tejido blando en el labio inferior del lado derecho.

Material Clínico - Examen clínico e histológico.

Diagnóstico - Fibroma.

Tratamiento - Escisión local.

Compl. Postoperat. - Inflamación, dolor y sangrado leve.

Pronóstico - Excelente.

Nombre - Estela Vázquez

Edad y Sexo - 34 años, sexo femenino.

Problema Principal - 3er. molar inferior derecho retenido.

Material Clínico - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.

Diagnóstico - Quiste Dentífero.

Tratamiento - Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.

- Compl. Postoperat.** - Inflamación, dolor y sangrado leve.
Pronóstico - Excelente.
- Nombre** - Marcela González Navarro.
Edad y Sexo - 18 años, sexo femenino.
Problema Principal - 3er. molar inferior izquierdo retenido.
Material Clínico - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
Diagnóstico - Quiste Dentífero.
Tratamiento - Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
- Compl. Postoperat.** - Inflamación, dolor y sangrado leve.
Pronóstico - Favorable.
- Nombre** - Francisco Blanco Bárcenas.
Edad y Sexo - 50 años, sexo masculino.
Problema Principal - Irregularidad del proceso.
Material Clínico - Examen clínico, radiográfico (periapical y oclusal) e histológico.
Diagnóstico - Quiste Residual.
Tratamiento - Alveolectomía y enucleación del tejido quístico.
- Compl. Postoperat.** - Inflamación leve.
Pronóstico - Excelente.
- Nombre** - Soledad Sosa Lalo.
Edad y Sexo - 23 años, sexo femenino.

- Problema Principal** - 3er. molar inferior derecho retenido.
- Material Clínico** - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
- Diagnóstico** - Quiste Dentífero.
- Tratamiento** - Extracción del diente y enucleación del tejido quístico.
- Compl. Postoperat.** - Inflamación, dolor y sangrado leve.
- Pronóstico** - Favorable.
-
- Nombre** - Gloria Durán Rodríguez.
- Edad y Sexo** - 58 años, sexo femenino.
- Problema Principal** - Revisión dental, crecimiento del tejido en encía.
- Material Clínico** - Examen clínico e histológico.
- Diagnóstico** - Epulis Fibroso.
- Tratamiento** - Escisión.
- Compl. Postoperat.** - Dolor leve.
- Pronóstico** - Excelente.
-
- Nombre** - Francisco Mercado Madrid.
- Edad y Sexo** - 24 años, sexo masculino.
- Problema Principal** - 3er. molar superior derecho retenido.
- Material Clínico** - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
- Diagnóstico** - Quiste Dentífero.
- Tratamiento** - Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.

Compl. Postoperat.	- Inflamación leve.
Pronóstico	- Favorable.
Nombre	- Adriana Venegas.
Edad y Sexo	- 21 años, sexo femenino.
Problema Principal	- Caries de cuarto grado y dolor agudo del 1er. molar inferior izquierdo.
Material Clínico	- Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
Diagnóstico	- Quiste Periapical.
Tratamiento	- Extracción del diente y enucleación del tejido quístico.
Compl. Postoperat.	- Inflamación, dolor y sangrado leve.
Pronóstico	- Excelente.
Nombre	- Alma Ponce de Gutiérrez.
Edad y Sexo	- 33 años, sexo femenino.
Problema Principal	- 3er. molar superior izquierdo retenido.
Material Clínico	- Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
Diagnóstico	- Quiste Dentígero.
Tratamiento	- Extracción del diente retenido, enucleación del tejido quístico.
Compl. Postoperat.	- Inflamación leve.
Pronóstico	- Favorable.

- | | |
|---------------------------|---|
| Nombre | - Normando Pineda Guzmán. |
| Edad y Sexo | - 26 años, sexo masculino. |
| Problema Principal | - 3er. molar inferior izquierdo retenido. |
| Material Clínico | - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico. |
| Diagnóstico | - Quiste Dentígero. |
| Tratamiento | - Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico. |
| Compl. Postoperat. | - Inflamación, dolor y sangrado moderado. |
| Pronóstico | - Favorable. |
| | |
| Nombre | - Ma. del Rosario Sánchez Bernal. |
| Edad y Sexo | - 25 años, sexo femenino. |
| Problema Principal | - 3er. molar inferior derecho con caries. |
| Material Clínico | - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico. |
| Diagnóstico | - Quiste Periapical. |
| Tratamiento | - Extracción y enucleación del tejido quístico. |
| Compl. Postoperat. | - Inflamación leve. |
| Pronóstico | - Favorable. |
| | |
| Nombre | - Alicia Acosta Becerra. |
| Edad y Sexo | - 17 años, sexo femenino. |
| Problema Principal | - 3er. molar inferior derecho retenido. |
| Material Clínico | - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico. |

Diagnóstico	- Quiste Dentígero.
Tratamiento	- Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
Compl. Postoperat.	- Inflamación, dolor y sangrado leve.
Pronóstico	- Favorable.
Nombre	- Rosa Cano de Suárez.
Edad y Sexo	- 73 años, sexo femenino.
Problema Principal	- Crecimiento en forma de verruga en el paladar, y que al colocarse la prótesis ocasiona dolor con sangrado, sucediendo lo mismo al cepillarse.
Material Clínico	- Examen clínico e histológico.
Diagnóstico	- Papiloma.
Tratamiento	- Escisión en la base de la lesión.
Compl. Postoperat.	- Leve inflamación.
Pronóstico	- Excelente.
Nombre	- Victorina Domínguez Camacho.
Edad y Sexo	- 23 años, sexo femenino.
Problema Principal	- 3er. molar inferior izquierdo retenido.
Material Clínico	- Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
Diagnóstico	- Quiste Dentígero.
Tratamiento	- Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.

- Compl. Postoperat.** - Inflamación, dolor y sangrado leve.
Pronóstico - Favorable.
- Nombre** - Mireya Domínguez de Delgadillo.
Edad y Sexo - 38 años, sexo femenino.
Problema Principal - Prótesis total superior mal ajustada.
Material Clínico - Examen clínico e histológico.
Diagnóstico - Hiperplasia (a nivel de canino y 1er. molar superior, de ambos lados).
Tratamiento - Escisional.
- Compl. Postoperat.** - Inflamación leve.
Pronóstico - Excelente.
- Nombre** - Eduardo García Garibay.
Edad y Sexo - 16 años, sexo masculino.
Problema Principal - Canino superior izquierdo retenido.
Material Clínico - Examen clínico, radiográfico (periapical y oclusal) e histológico.
Diagnóstico - Quiste Dentígero.
Tratamiento - Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
- Compl. Postoperat.** - Inflamación, dolor y sangrado moderado.
Pronóstico - Favorable.
- Nombre** - Armando Figueroa.
Edad y Sexo - 19 años, sexo masculino.
Problema Principal - 3er. molar superior derecho retenido.

- Material Clínico** - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
- Diagnóstico** - Quiste Dentígero.
- Tratamiento** - Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
- Compl. Postoperat.** - Inflamación, dolor y sangrado leve.
- Pronóstico** - Favorable.
-
- Nombre** - Gloria Suárez de Jiménez.
- Edad y Sexo** - 56 años, sexo masculino.
- Problema Principal** - Exostosis lingual, a nivel de premolares de ambos lados.
- Material Clínico** - Examen clínico y radiográfico (oclusal).
- Diagnóstico** - Torus Lingual.
- Tratamiento** - Resección.
- Compl. Postoperat.** - Inflamación, dolor y sangrado leve.
- Pronóstico** - Excelente.
-
- Nombre** - Celia Gabriela Carmona Uriarte.
- Edad y Sexo** - 21 años, sexo femenino.
- Problema Principal** - Retención del incisivo central superior derecho con aumento de volumen por vestibular.
- Material Clínico** - Examen clínico, radiográfico (periapical y oclusal) e histológico.
- Diagnóstico** - Odontoma Compuesto.
- Tratamiento** - Escisional.

- Compl. Postoperat.** - Inflamación, dolor y sangrado moderado.
Pronóstico - Excelente.
- Nombre** - Noemí de Rubio Ramírez.
Edad y Sexo - 22 años, sexo femenino.
Problema Principal - 3er. molar inferior izquierdo retenido.
Material Clínico - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
Diagnóstico - Quiste Dentígero.
Tratamiento - Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
- Compl. Postoperat.** - Inflamación, dolor y sangrado leve.
Pronóstico - Favorable.
- Nombre** - Luciano Alfaro Reyna.
Edad y Sexo - 77 años, sexo masculino.
Problema Principal - Epistosis lingual a nivel de premolares de ambos lados.
Material Clínico - Examen clínico, radiográfico (oclusal).
Diagnóstico - Torus Lingual.
Tratamiento - Resección.
Compl. Postoperat. - Inflamación, dolor y sangrado leve.
Pronóstico - Excelente.
- Nombre** - Alicia Torrejos Guzmán.
Edad y Sexo - 49 años, sexo femenino.
Problema Principal - 3er. molar inferior derecho.

- Material Clínico** - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
- Diagnóstico** - Quiste Dentígero.
- Tratamiento** - Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
- Compl. Postoperat.** - Inflamación, dolor y sangrado leve.
- Pronóstico** - Favorable.
-
- Nombre** - Leopoldo Corona.
- Edad y Sexo** - 21 años, sexo masculino.
- Problema Principal** - 3er. molar inferior izquierdo retenido.
- Material Clínico** - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
- Diagnóstico** - Quiste Dentígero.
- Tratamiento** - Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
- Compl. Postoperat.** - Inflamación, dolor y sangrado leve.
- Pronóstico** - Favorable.
-
- Nombre** - Javier Castillo Aguilar.
- Edad y Sexo** - 22 años, sexo masculino.
- Problema Principal** - 3er. molar inferior derecho retenido.
- Material Clínico** - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
- Diagnóstico** - Quiste Dentígero.
- Tratamiento** - Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.

- Compl. Postoperat.** - Inflamación, dolor, sangrado leve.
Pronóstico - Favorable.
- Nombre** - Alicia Valadez.
Edad y Sexo - 28 años, sexo femenino.
Problema Principal - Crecimiento del tejido blando de la cavidad oral.
Material Clínico - Examen clínico e histológico.
Diagnóstico - Fibroma en carrillo derecho e izquierdo a nivel de canino y un tercer fibroma entre el nivel del premolar del lado izquierdo.
Tratamiento - Escisión local de cada una de las lesiones.
- Compl. Postoperat.** - Inflamación, dolor y sangrado leve.
Pronóstico - Favorable.
- Nombre** - Sandra Arteaga Angeles.
Edad y Sexo - 18 años, sexo femenino.
Problema Principal - 3er. molar inferior derecho retenido.
Material Clínico - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
Diagnóstico - Quiste Dentífero.
Tratamiento - Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
- Compl. Postoperat.** - Inflamación, dolor y sangrado leve.
Pronóstico - Favorable.

Nombre - Lourdes Chale González.
Edad y Sexo - 24 años, sexo femenino.
Problema Principal - 3er. molar inferior derecho retenido.
Material Clínico - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
Diagnóstico - Quiste Dentígero.
Tratamiento - Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
Compl. Postoperat. - Inflamación, dolor y sangrado moderado.
Pronóstico - Favorable.

Nombre - Ricardo Peralta.
Edad y Sexo - 28 años, sexo masculino.
Problema Principal - 3er. molar inferior izquierdo retenido.
Material Clínico - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
Diagnóstico - Quiste Dentígero.
Tratamiento - Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
Compl. Postoperat. - Inflamación, dolor y sangrado leve.
Pronóstico - Favorable.

Nombre - José Alberto Moreno.
Edad y Sexo - 20 años, sexo masculino.
Problema Principal - 3er. molar inferior derecho retenido.
Material Clínico - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.

Diagnóstico	- Quiste Dentígero.
Tratamiento	- Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
Compl. Postoperat.	- Inflamación, dolor y sangrado leve.
Pronóstico	- Favorable.
Nombre	- Juan Islas Tenorio.
Edad y Sexo	- 20 años, sexo masculino.
Problema Principal	- 3er. molar inferior izquierdo retenido.
Material Clínico	- Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
Diagnóstico	- Quiste Dentígero.
Tratamiento	- Extracción del diente retenido y enucleación del diente retenido.
Compl. Postoperat.	- Inflamación, dolor y sangrado leve.
Pronóstico	- Favorable.
Nombre	- Jorge Corona Morales.
Edad y Sexo	- 30 años, sexo masculino.
Problema Principal	- 3er. molar inferior derecho retenido.
Material Clínico	- Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
Diagnóstico	- Quiste Dentígero.
Tratamiento	- Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
Compl. Postoperat.	- Inflamación, dolor y sangrado leve.
Pronóstico	- Favorable.

Nombre - Abel Gómez Alonso.
Edad y Sexo - 24 años, sexo masculino.
Problema Principal - 3er. molar inferior izquierdo retenido.
Material Clínico - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
Diagnóstico - Quiste Dentífero.
Tratamiento - Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
Compl. Postoperat. - Inflamación, dolor y sangrado leve.
Pronóstico - Favorable.

Nombre - Víctor Valverde Sánchez.
Edad y Sexo - 20 años, sexo masculino.
Problema Principal - 3er. molar inferior derecho retenido.
Material Clínico - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
Diagnóstico - Quiste Dentífero.
Tratamiento - Extracción del diente retenido, enucleación del quiste.
Compl. Postoperat. - Inflamación, dolor y sangrado moderado.
Pronóstico - Favorable.

Nombre - Victorina Domínguez Camacho.
Edad y Sexo - 23 años, sexo femenino.
Problema Principal - 3er. molar inferior izquierdo retenido.
Material Clínico - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.

Diagnóstico	- Quiste Dentígero.
Tratamiento	- Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
Compl. Postoperat.	- Dolor leve.
Pronóstico	- Favorable.
Nombre	- José Antonio Ramírez.
Edad y Sexo	- 19 años, sexo masculino.
Problema Principal	- 3er. molar inferior derecho retenido.
Material Clínico	- Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
Diagnóstico	- Quiste Dentígero.
Tratamiento	- Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
Compl. Postoperat.	- Inflamación, dolor y sangrado moderado.
Pronóstico	- Favorable.
Nombre	- Lina Martínez Paz.
Edad y Sexo	- 29 años, sexo femenino.
Problema Principal	- 3er. molar inferior derecho retenido.
Material Clínico	- Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
Diagnóstico	- Quiste Dentígero.
Tratamiento	- Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
Compl. Postoperat.	- Inflamación, dolor y sangrado leve.
Pronóstico	- Favorable.

Nombre - Ma. Guadalupe Paz.
Edad y Sexo - 23 años, sexo femenino.
Problema Principal - 3er. molar inferior izquierdo retenido.
Material Clínico - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
Diagnóstico - Quiste Dentígero.
Tratamiento - Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
Compl. Postoperat. - Inflamación, dolor y sangrado leve.
Pronóstico - Favorable.

Nombre - Ma. Elena Saavedra.
Edad y Sexo - 22 años, sexo femenino.
Problema Principal - 3er. molar inferior izquierdo retenido.
Material Clínico - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
Diagnóstico - Quiste Dentígero.
Tratamiento - Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
Compl. Postoperat. - Inflamación, dolor y sangrado leve.
Pronóstico - Favorable.

Nombre - Guadalupe Castillo Bautista.
Edad y Sexo - 25 años, sexo femenino.
Problema Principal - 3er. molar inferior izquierdo retenido.
Material Clínico - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.

Diagnóstico	- Quiste Dentígero.
Tratamiento	- Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
Compl. Postoperat.	- Inflamación, dolor y sangrado leve.
Pronóstico	- Favorable.
Nombre	- Georgina Chagoysa.
Edad y Sexo	- 28 años, sexo femenino.
Problema Principal	- 3er. molar superior derecho retenido.
Material Clínico	- Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
Diagnóstico	- Quiste Dentígero.
Tratamiento	- Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
Compl. Postoperat.	- Inflamación, dolor y sangrado moderado.
Pronóstico	- Favorable.
Nombre	- Ma. Elena Alonso Campos.
Edad y Sexo	- 24 años, sexo femenino.
Problema Principal	- 3er. y 4to. molar inferior izquierdo - retenidos.
Material Clínico	- Examen clínico, radiográfico (periapical y ortopantomografía) e histológico.
Diagnóstico	- Quiste Dentígero.
Tratamiento	- Extracción de los dientes retenidos y enucleación del tejido quístico.

- Compl. Postoperat.** - Inflamación, dolor y sangrado leve.
Pronóstico - Favorable.
- Nombre** - Julia Moreno Díaz.
Edad y Sexo - 24 años, sexo femenino.
Problema Principal - 3er. molar superior izquierdo retenido.
Material Clínico - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
Diagnóstico - Quiste Dentígero
Tratamiento - Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
- Compl. Postoperat.** - Inflamación, dolor y sangrado leve.
Pronóstico - Favorable.
- Nombre** - Lorena Maldonado Vázquez.
Edad y Sexo - 22 años, sexo femenino.
Problema Principal - 2do. premolar inferior derecho retenido.
Material Clínico - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
Diagnóstico - Quiste Dentígero.
Tratamiento - Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
- Compl. Postoperat.** - Inflamación, dolor y sangrado moderado.
Pronóstico - Favorable.

- Nombre** - Margarita Montiel.
- Edad y Sexo** - 18 años, sexo femenino.
- Problema Principal** - Canino superior izquierdo retenido.
- Material Clínico** - Examen clínico, radiográfico (periapical y oclusal) e histológico.
- Diagnóstico** - Quiste Dentígero.
- Tratamiento** - Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
- Compl. Postoperat.** - Inflamación, dolor y sangrado moderado.
- Pronóstico** - Favorable.
-
- Nombre** - Ma. Elena España Martínez.
- Edad y Sexo** - 17 años, sexo femenino.
- Problema Principal** - 3er. molar inferior izquierdo retenido.
- Material Clínico** - Examen clínico, radiográfico (periapical) e histológico.
- Diagnóstico** - Quiste Dentígero.
- Tratamiento** - Extracción del diente retenido y enucleación del tejido quístico.
- Compl. Postoperat.** - Inflamación, dolor y sangrado leve.
- Pronóstico** - Favorable.

3.3 Resultados.

Lesiones de la cavidad oral que se presentaron en la asignatura de Cirugía Bucal en la Clínica Odontológica Aragón. Durante el semestre 84-1, en 61 pacientes de acuerdo a su orden de frecuencia.

LESION (En orden de frecuencia)	Número de veces que se presenta la lesión.
1.- Quiste Dentígero	42
2.- Fibroma	5
3.- Torus	6
4.- Quiste Periapical	4
5.- Hiperplasia	4
6.- Mucocelo	1
7.- Quiste Residual	1
8.- Epulis Fibroso	1
9.- Papiloma	4
10.- Odontoma Compuesto	1
11.- Pigmentos de Melanina	1
TOTAL DE LESIONES	70

Lesiones de la Cavidad Oral de 61 pacientes tratados en la Clínica Odontológica Aragón clasificados por el número de veces que presentaron las lesiones.

	Total de lesiones	Pacientes	Porcentaje
1.- Quiste Dentígero	42	42	68.85 %
2.- Quiste Periapical	4	4	6.55 %
3.- Mucocelo	1	1	1.63 %
4.- Fibroma	5	3	4.91 %
5.- Quiste Residual	1	1	1.63 %
6.- Epulis Fibroso	1	1	1.63 %
7.- Papiloma	4	2	3.27 %
8.- Hiperplasia	4	2	3.27 %
9.- Torus	6	3	4.91 %
10.- Odontoma Compuesto	1	1	1.63 %
11.- Pigmentos de Melanina	1	1	1.63 %

Número y porcentaje de lesiones representadas por edad en 61 pacientes en la asignatura de Cirugía Bucal en la Clínica Odontológica Aragón, durante el semestre 86-1.

Edad	No. de pacientes	Porcentaje
1 - 5	1	1.63 %
6 - 10	-	-
11 - 15	1	1.63 %
16 - 20	16	26.22 %
21 - 25	21	34.42 %
26 - 30	8	13.11 %
31 - 35	4	6.55 %
36 - 40	2	3.27 %
41 - 45	1	1.63 %

Edad	No. de pacientes	Porcentaje
46 - 50	2	3.27 %
51 - 55	-	-
56 - 60	3	.91 %
61 - 65	-	-
66 - 70	-	-
71 - 75	1	1.63 %
76 - 80	1	1.63 %
	<u>61</u>	<u>99.90 %</u>

Lesiones de la Cavidad Oral de 61 pacientes tratados en la Clínica Odontológica Aragón, clasificadas por el número de veces que se presentó la lesión en pacientes de acuerdo al -- sexo.

Lesión	No. de Pacientes por sexo		Total
	Fem.	Masc.	
1.- Quiste Dentígero	27	15	42
2.- Quiste Periapical	4	-	4
3.- Mucocelo	-	1	1
4.- Fibroma	3	-	3
5.- Quiste Residual	-	1	1
6.- Epulis Fibroso	1	-	1
7.- Papiloma	2	-	2
8.- Hiperplasia	2	-	2
9.- Torus	1	2	3
10.- Odontoma	1	-	1
11.- Pigmentos de Melanina	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
	41	20	61

Complicaciones postoperatorias de 61 pacientes representadas en número y porcentaje.

Complicaciones

Inflamación, dolor y sangrado leve.	37	60.65 %
Inflamación, dolor y sangrado moderado.	12	19.67 %
Inflamación leve	8	13.11 %
Dolor leve	3	4.91 %
Asintomático	1	1.63 %
	<hr/> 61	<hr/> 99.97 %

COMENTARIOS CONCLUSIONES

- 1.- Los pasos más importantes para la evaluación de un paciente son: a) elaborar una Historia Clínica; b) ordenar exámenes de laboratorio indicados.

Debemos habituarnos a seguir este método si deseamos evitar errores y llegar a fracasar en el diagnóstico final y por consiguiente en el plan de tratamiento.

- 2.- La elaboración correcta de la Historia Clínica es un proceso ordenado y cronológico en el que se investigan los antecedentes del paciente para obtener datos que permitan al C.D. conocerlo mejor. Los objetivos primordiales de toda Historia Clínica son saber cuáles son los padecimientos que ha presentado, cuál es el estado de salud actual del paciente, reconocer alteraciones no detectadas y diagnosticarlas.

- 3.- El Examen Clínico es otra parte importante en el Diagnóstico, por medio de la inspección, palpación, percusión y auscultación podemos confirmar lo que se sospecha y reafirmar el diagnóstico.

- 4.- El Examen Radiográfico viene a complementar la H. C. y el Examen Clínico, así como los estudios de laboratorio que son de suma importancia para el manejo del paciente con problemas sistémicos.

- 5.- La Biopsia y la Citología Exfoliativa son otros auxiliares en el diagnóstico, cuando se sospecha de alguna lesión de tipo maligno o se duda de nuestro diag-

nóstico lo confirmamos con el resultado histológico de la lesión.

- 6.- Hay más de 200 tipos de lesiones orales que afectan la cavidad oral, las cuales son diagnosticadas a través - del examen clínico.
- 7.- El Diagnóstico Oral está basado fundamentalmente en -- los conocimientos de la patología oral y esencialmente en la práctica clínica, por lo que es necesario conocer los aspectos más importantes de las lesiones orales como su posible origen, características clínicas y microscópicas, tratamiento, pronóstico, así como su localización, edad y sexo en que se presenta más frecuentemente para hacer un diagnóstico adecuado y un plan de tratamiento correcto cuando se nos presente el caso.
- 8.- Las lesiones orales que se presentan en la cavidad - - oral están integradas en la siguiente clasificación:

LESIONES DE LA MUCOSA ORAL.

- 1.- Lesiones Blancas
- 2.- Lesiones Vesiculares
- 3.- Ulceraciones
- 4.- Lesiones Pigmentadas.

CRECIMIENTO DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD ORAL.

- 1.- Crecimientos marcados que no presentan sangrado.
- 2.- Crecimientos marcados que sangran.
- 3.- Crecimientos comprimibles,
- 4.- Crecimientos papilares que semejan una coliflor.

LESIONES DE LOS MAXILARES.

- 1.- Lesiones Radiolúcidas.
- 2.- Lesiones Radiopacas.
- 3.- Lesiones Radiolúcidas y Radiopacas.

LESIONES DE LAS GLANDULAS SALIVALES

- 1.- Glándulas Tumefactas.

9.- En la Investigación Clínica realizada en la Clínica - Aragón durante un semestre en los grupos de Cirugía - Bucal el resultado fue el siguiente:

a) Mediante el Examen Clínico y Rx se detectaron varias lesiones pero la que más se presentó fue el Quiste Dentígero, localizado alrededor de la corona de los dientes retenidos ya que de 61 pacientes 42 presentaron esta lesión.

b) Se presentaron 72 lesiones en 61 pacientes, por lo que algunos pacientes presentaron más de una lesión. Algunas de las causas de estas lesiones fueron caries profundas, traumatismos entre los que se encontraban mordedura de lengua, carrillo, labio, prótesis mal ajustadas y deficiencia en la higiene bucal.

c) Se presentaron más lesiones en el sexo femenino y en gente joven ya que sólo se presentaron en pacientes de 21 a 25 años.

d) Las complicaciones postoperatorias que se observaron no fueron de mayor cuidado ya que antes de iniciar el tratamiento se le practicaba al paciente una H.C., Examen Clínico y Rx.

e) A cada paciente se le dieron indicaciones postoperatorias para evitar complicaciones y aliviar síntomas que pudieran presentarse.

f) Las lesiones tratadas no requirieron de hospitalización del paciente.

g) Los resultados histológicos de cada una de las lesiones no reportaron ninguna lesión de tipo maligno.

10.- Es conveniente que se realicen más este tipo de investigaciones clínicas ya que solamente a través de la práctica clínica se puede correlacionar el aprendizaje y la experiencia y llegar a una correcta información.

11.- Es necesario tener en cuenta la valiosa información que obtenemos al realizar un diagnóstico minucioso y correcto para poder dar el tratamiento adecuado a los pacientes que diariamente llegan al consultorio llenos de confianza, reclamando los cuidados que merecen y el restablecimiento de su salud.

GLOSARIO

- ACANTOLISIS:** Pérdida de la cohesión entre las células de la epidermis que suele originar formación de vesículas y ampollas. Ejemplo: - ampollas de pénfigo.
- ACANTOSIS:** Engrosamiento de las células espinosas de la capa mucosa del cuerpo de Malpighi en la piel. Se observa en el liquen plano. - Ejemplo: engrosamiento de una verruga.
- ACINO:** Pequeño grano que unido a otros en forma de racimo, constituyen las glándulas compuestas.
- AFTA:** Lesiones vesículo-celulares que se presentan principalmente en las mucosas, muy raramente en la piel. Se observa generalmente en las mucosas de boca y faringe, excepcionalmente en las de la úvula. Son de origen herpético.
- ALERGENO:** Sustancia que se supone existente en los materiales infecciosos y que es capaz de anafilactizar a un animal.
- AMPOLLA:** Elevación de la epidermis, cuyas dimensiones varían, contiene un líquido seroso, se ropurulento o sanguinolento.
Lesión circunscrita y elevada de la piel - que contiene líquido y cuyo diámetro excede de 5 mm.

- ANEURISMA:** Dilatación exagerada y circunscrita de un vaso sanguíneo, dando lugar a la formación de una bolsa llena de sangre circulante, - ejemplo: facial, lingual y dentaria.
- BULA:** Lesión elevada y circunscrita que contiene líquidos. Las vesículas y las bulas se -- producen por una separación a diversos niveles de la piel, una bula mide más de 0.5 cm., una vesícula menos de 0.5 cm.
- BIOPSIA:** Examen macro o microscópico de un trozo de organismo vivo con fines diagnósticos.
- BULA:** Lesión elevada y circunscrita que contiene líquidos. Las vesículas y las bulas se -- producen por una separación a diversos niveles de la piel, una bula mide más de 0.5 cm., una vesícula menos de 0.5 m.
- CHANCRO:** Ulceración que aparece en los órganos genitales. Chancro Duro: aparece en la lesión primaria de la sífilis, el Chancro Blando - aparece en los genitales pero no es de origen sífilítico.
- DERMOIDE:** Semejante a la piel.
- DIASTOLE:** Movimiento del corazón que permite su dilatación, se refiere principalmente a los ventrículos y ello permite que se llene con la sangre circulante.
- DIATESIS:** Término que significa predisposición indi*i*

- dual hereditaria para adquirir cierto tipo de enfermedades.
- DISCRASIA:** Alteración en la composición de los humores.
- DISPLASIA:** Engrosamiento y aumento en el diámetro de la diáfisis de los huesos.
- DISQUERATOSIS:** Trastornos cutáneos caracterizados por -- producciones córneas de aspecto muy variado.
- EDEMA:** Hinchazón blanda de una parte del organismo producida por serosidad infiltrada en el tejido celular, cede a la presión y -- tiene la particularidad de que queda por un tiempo la huella de la depresión.
- ELECTROCAUTERIO:** Aparato cuya parte activa está constituida por un alambre, que al pasar una co---rriente galvánica se pone incandescente y sirve para cauterizar.
- EPIDERMOIDE:** Lo que se parece a la epidermis. Tumor - o quiste formado por células epidérmicas.
- ERITEMA:** Inflamación superficial de la cara con enrojecimiento difuso y manchas de la piel, las que desaparecen momentáneamente por la presión.
- EROSIVO:** Relativo a erosión. Se designan así a di-
versas malformaciones dentarias que se pro

- ducen en el curso de la vida intrafolicular del diente y que se manifiestan por una alteración de la corona, la que aparece como gastada o taladrada en alguna, mayor o menor, extensión de su superficie.
- ESCLEROTICA:** Membrana dura, opaca, de color blanquecino, que cubre casi por completo el globo ocular.
- EXOSTOSIS:** Aumento de volumen que se produce en una parte circunscrita de la superficie de un hueso.
- GRAVIDICO:** Que tiene relación con el embarazo.
- HEMANGINOMA:** Tumor formado principalmente por vasos sanguíneos.
- HEMATOPOYESIS:** Formación de los glóbulos rojos de la sangre.
- HEMATURIA:** Presencia de sangre en la orina, que puede provenir de los riñones, de la vejiga o de la uretra.
- HEMOGLOBINURIA:** Presencia de hemoglobina en la orina, lo que se produce después de haber sido destruidos los glóbulos rojos en la sangre.
- HEMOLISIS:** Disolución de los corpúsculos sanguíneos. Esta disolución se produce por la destrucción de la hemoglobina en una solución salina hipotónica, se produce también por el contacto de un suero de otra especie animal.

- HEMOSIDERINA:** Pigmento amarillo oscuro que contiene hierro, producto de la descomposición de la hemoglobina y que se encuentra en los focos hemorrágicos antiguos y en determinados estados patológicos, infiltrando las vísceras, principalmente el hígado.
- HIGROMA:** Quiste lleno de líquido.
- HIPEREMIA:** Congestión sanguínea de un órgano.
- HIPEROSTOSIS:** Crecimiento anormal de los huesos que produce grandes deformidades.
- HIPERPLASIA:** Multiplicación exagerada de las células.
- HIPERPLASTICA:** Que tiene relación con hiperplasia.
- HIPERQUERATOSIS:** Hipertrofia de la capa córnea de la piel. En la mucosa bucal se produce también la queratinización del epitelio y se forman placas blancas, denominadas leucoplásicas o de los fumadores.
- HIPERTROFIA:** Aumento excesivo de volumen de un órgano del cuerpo.
- IDIOPATIA:** Enfermedad que existe por sí misma y que no es consecuencia de otra afección.
- IDIOSINCRASIA:** Es la forma especial, particular, como reaccionan ciertas personas de acuerdo a su temperamento y que es completamente distinta de como lo hace la mayoría, cuando se les administran ciertas drogas. Por ejemplo: a veces el organismo reacciona a

- dosis medicamentosas consideradas inocuas en la mayoría de los casos, con manifestaciones ruidosas de intolerancia, vómitos, diarrea, urticaria, etc.
- INTERMITENTE:** Que se interrumpe periódicamente, con períodos más o menos regulares.
- LEONTIASIS:** Toda deformación hipertrófica de la cara, procedente del esqueleto (acromegalia).
- MACROQUILIA:** Labios excesivamente grandes.
- MACULA:** Mancha circunscrita, no palpable y que no sobresale de la piel. Ejemplo: peca.
- METAPLASIA:** Formación de un tejido distinto del que normalmente produce una especie determinada de células.
- METASTASIS:** Traslación, desde un foco primitivo, de células malignas, hasta órganos o tejidos distantes.
- PAPILA FILIFORME:** Papila (elevación pequeña) semejante a -- delgados hilos, que se encuentra en la superficie dorsal de la lengua. Son las -- más abundantes y forman una verdadera superficie pilosa que toma distintas coloraciones según la sustancia que se deposita sobre ellas.
- PAPULA:** Erupción que produce una elevación pequeña de la piel o de las mucosas, que termina generalmente por descamación y ulceración, palpable y hasta de 5 mm en su diámetro mayor.

- PARAQUERATOSIS:** Retención de los núcleos en el estrato córneo. Se observa normalmente en la mucosa verdadera de boca y vagina.
- PEDICULO:** Porción estrecha que sirve de implantación a ciertos tumores de pequeño tamaño.
- PICNOSIS:** Destrucción de los núcleos celulares pasando por períodos de desaparición de la estructura nuclear, de fragmentación y, finalmente, de desaparición completa de estos núcleos.
- POLIPO:** Tumor blando generalmente pequeño y pediculado que se desarrolla de preferencia en las mucosas. Casi siempre es benigno aunque algunas veces puede degenerar y convertirse en maligno.
- PROFILAXIS:** Higiene. Conjunto de medios o procedimientos que se emplean para prevenir las enfermedades.
- PRURITO:** Picazón intensa de la piel o de la mucosa.
- QUERATINIZACION:** Infiltración de las mucosas o del epitelio de la piel, por queratina.
- QUERATOACANTOMA:** Proliferación excesiva de la capa papilar de la piel.
- QUERATOSIS:** Verruga o callosidad que aparece en la piel y que tiene un aspecto córneo.
- SESIL:** Que se asienta con una ancha base.
- SISTOLE:** Momento de la contracción ventricular del-

corazón, en la que la sangre es enviada a las arterias aorta y pulmonar.

STRESS: Con lo que se designa al estado de tensión excesiva, brusca o continuada, nociva para el organismo.

ULCERA: Lesión circunscrita y elevada cuyo diámetro excede de 5 mm.

VESICULA: Lesión circunscrita y elevada de la piel que contiene líquido y alcanza hasta 5 mm. de diámetro.

XEROSTOMIA: Supresión de la secreción salival, que ocasiona sequedad de la boca con sensación de dureza.

BIBLIOGRAFIA

- Hernisch Herbert
Clínica y Terapéutica de los Quistes Maxilares
Traduc. Dr. Bernardo Schwarcz
Primera Edición.
Germany, Ed. "Die Quintessenz", 1973.
237 pp.
- K. Wood Norman, W. Goaz Paul
Differential Diagnosis of Oral Lesiones
Second Edition
The United States of America. Ed. C.V. Mosby Company, 1980.
663 pp.
- M. Laskin Daniel
Oral and Maxillofacial Surgery
Vol. One
The United States of America. Ed. C.V. Mosby Company, 1980.
736 pp.
- M. Strassburg and G. Knolle
Diseases of the Oral Mucosa.
Primary Edition
Germany, Ed. "Die Quintessenz", 1972.
270 pp.
- S.N. Bhaskar
Synopsis of Oral Pathology
Sixth Edition.
The United States of America. Ed. C.V. Company, 1981.
732 pp.
- Mascaro José María et al.
Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas
Undécima Edición.
México, Ed. Salvat Mexicana, 1982.
1073 pp.
- V. Zegarelli Edward, et al.
Diagnóstico en Patología Oral
Primera Edición.
España, Ed. Salvat, 1979.
651 pp.
- W. Chaikin Richard
Elements of Surgical Treatment in the Delivery of Periodon-
tal Therapy
Primary Edition
Germany, Ed. "Die Quintessenz", 1977.
177 pp.