

26
2ej

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANALISIS DE SIETE ALTERACIONES ESTOMATOLOGICAS
MAS FRECUENTES EN NIÑOS MENORES DE
DOCE AÑOS DE EDAD.

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

ANA LORENA HURTADO CACERES

Asesor: Dr. Guillermo Hernández Ortiz

GUADALAJARA, JAL. 1985



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

"ANALISIS DE SIETE ALTERACIONES ESTOMATOLOGICAS MAS
FRECUENTES EN NIÑOS MENORES DE DOCE AÑOS DE EDAD "

INDICE.

INTRODUCCION.

CAPITULO I:
REVISION BIBLIOGRAFICA.

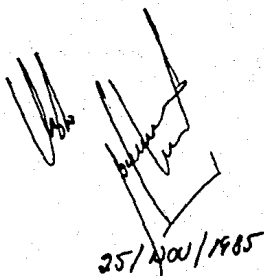
CAPITULO II:
CLASIFICACION Y DESCRIPCION DE LAS
ALTERACIONES ESTOMATOLOGICAS.

CAPITULO III:
TRATAMIENTO.

CASUISTICA.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.



Handwritten signature and date: 25/100/1985

INTRODUCTION

La Odontología Infantil en la época actual es de -- los servicios odontológicos más importantes y un tanto abandonados por el odontólogo general. Y debido a que la odontología para niños se realiza en personas con dentición en desarrollo, nuestro deber como odontólogos es velar constantemente -- por la conservación de la salud oral el máximo tiempo posible, y para ello es que a continuación se dará una breve reseña de cuales son a mi criterio, las siete principales alteraciones -- estomatológicas más frecuentes que afectan a niños menores de 12 años.

Puesto que un tratamiento poco adecuado realizado en la niñez puede ocasionar daños mayores y permanentes en el -- aparato masticatorio, dejando así al niño o al futuro adulto -- con muchos problemas dentales hoy en día tan comunes.

Como la odontología infantil requiere algo más que -- conocimientos dentales comunes, puesto que se está tratando -- con seres en desarrollo y que por lo tanto solo en los niños -- se encuentra específico el crecimiento y el constante cambio ; es por ello que para la odontología infantil tan necesaria e -- importante, es preciso estar consciente de que nosotros como -- odontólogos podemos alterar el patrón de crecimiento y la resistencia a las enfermedades bucales; y es por ello que aquí -- se mencionarán las características clínicas de cada alteración estomatológica, su clasificación, etiología y su posible tratamiento, para así cumplir de esta manera en el reconocimiento diagnóstico correcto y el tratamiento oportuno de determinadas alteraciones orales.

Así como odontólogos estaremos conscientes de que -- como el niño llegará eventualmente a la edad adulta, nuestro --

propósito será prepararlo para ese momento, manteniendo su --
Integra salud bucal. Sin embargo, estamos refiriéndonos pri--
meramente a la salud bucal, siendo que específicamente nues--
tros esfuerzos deberán estar dirigidos a la prevención de la -
enfermedad y si ya ésta se estableció, entonces encaminarse al
diagnóstico correcto, y a su oportuna erradicación ó tratamien--
to, de tal forma que lo más pronto posible se devuelva la in--
tegridad de la salud oral.

Como el diagnóstico de las afecciones de la cavidad-
bucal, es un campo bastante abandonado y muy importante, es --
evidente que si una lesión bucal no se descubre en el consul--
torio de un dentista general, no se logrará una pronta y ade--
cuada terapéutica.

C A P I T U L O I

REVISION BIBLIOGRAFICA

REVISION BIBLIOGRAFICA.

En este capítulo se hará una reseña breve de cuales son las siete principales alteraciones estomatológicas que a mi criterio afectan con mayor frecuencia a niños menores de doce años de edad.

Aquí se recopilarán datos y criterios de diversos autores en cuanto a descripción, características clínicas y terapéuticas se refiere.

1.1. HERPES SIMPLE.

De acuerdo a la definición expuesta por Michael Dechaume, el herpes primario es una erupción de vesículas bastante voluminosas agrupadas unas al lado de otras en número variable, para formar una especie de ramillete.⁽¹⁸⁾ y que se debe a un virus específico del grupo de los virus de Ectodermosis Neurotrófica filtrable y ultrafiltrable según los estudios hechos por Dechaume.

Este mismo autor reporta que el herpes simple clásicamente se observa con frecuencia por influencia de causas emocionales tales como: Extracción dentaria, pulpitis, apósito arsenical o intervención maxilofacial.

Y de acuerdo a lo publicado por Cabrini en 1980, la primoinfección herpética normalmente aparece entre 1 y 5 años es infrecuente entre adolescentes y muy raro entre adultos.

Tiene un periodo de incubación de 7 días aproximadamente, -- acompañada de cefaleas, fiebre, inapetencia y malestar general, las encías están tumefactas, hay hiperplasia y halitosis que pueden acompañarse de adenopatías dolorosas que anteceden a la aparición de lesiones vesiculares agudas en labios, carrillos, piso de boca, encías, paladar y lengua.

Una de las características de las vesículas que se producen en mucosa es su fragilidad, lo que determina que se rompen fácilmente provocando erosiones redondas u ovaladas de bordes irregulares, y de acuerdo con Cabrini después de 10 -- días el proceso tiende a remitir espontáneamente sin dejar -- inmunidad absoluta, recidivante en una forma clínica diferente, el llamado herpes vulgar recidivante. (17)

De acuerdo a numerosos autores la primoinfección -- herpética tiene lugar entre los 7 meses y los 4 años; con mayor frecuencia no se manifiesta por ningún fenómeno patológico y se traduce solamente por la aparición en la sangre de anticuerpos específicos. En el 1% de los casos se manifiesta en el recién nacido por una septicemia mortal ó meningoencefalitis; en el lactante y en el niño mayor por una gingivoesomatitis ulceromembranosa cuya evolución es benigna. (3)

Y según los reportes presentados por Thomas Barber, en 1985 en su publicación de Odontología Pediátrica, indican que el herpes primario se presenta con más frecuencia en la primera infancia, antes de los 5 años de edad, aunque en algunas ocasiones se han reportado adultos con herpes primario. Esta enfermedad rara vez aparece antes de los 6 meses de edad

aparentemente debido a la presencia en el lactante de anticuerpos circulantes derivados de la madre. (11)

Revisando los conceptos expuestos por Sidney Finn, este autor considera que en esta infección viral la complicación bucal es importante rasgo clínico y por lo tanto los odontólogos debemos de compartir la responsabilidad de su tratamiento. Este autor opina que el identificar el virus es un procedimiento complicado que ocasionalmente sino de rutina requerirá estudios serológicos, por lo tanto, las dificultades técnicas encontradas al manejar el problema son mayores que las ocasionadas por infecciones bacterianas. (15)

Según diversas literaturas se cree que el virus Herpes Simple, causante de gran parte de las infecciones clínicas se vuelve activo al desarrollarse una infección primaria que después sigue un curso de latencia y actividad alternadas durante el cual tiende a reproducirse lesiones localizadas y transitorias que son la que frecuentemente observamos. En la actualidad se sigue investigando si el virus se vuelve auténticamente latente, con multiplicación viral crónica característica. La manifestación más característica de esta infección viral es la llamada Gingivostomatitis Herpética aguda primaria o Primoinfección Herpética generalmente acompañada de signos de infección aguda generalizada y definidas lesiones clínicas. (2)

Reportan Barber y Luke (1985) que la inoculación por virus herpes simple es comúnmente observada en médicos, odontólogos e higienistas dentales, con manifestaciones iniciales por lo que generalmente interesan a la piel en la vía

de entrada, con frecuencia una herida ó una abrasión ya existente. (16)

Lamy y colaboradores han aislado el virus herpético en el curso de veinte gingivoestomatitis ulceromembranosas en el niño. Debido a la acción de la saliva y de los roces, la vesícula es efímera, su techo epidérmico se reduce a una película grisácea y aparece una erosión dolorosa redondeada de 1-2 mm., de bordes netamente limitados, con fondo liso, la presión hace salir serosidad transparente y abundante y después de 1 a 2 semanas sobreviene la curación espontánea, sin dejar secuelas importantes. (18)

Reportan también que aún no se conoce la frecuencia del Herpes Simple pero de una revisión cuidadosa de los reportes de estomatitis en orfanatorios y casas de cuna, podría hacer pensar que la lesión es más común de lo que se piensa; en un estudio hecho se demostró que el 30% de los casos se presentan antes de los 3 años y el 70% antes de los seis años. (4)

Se describe a la primo infección herpética como un tipo de estomatitis, caracterizado por la aparición de vesículas amarillentas con contenido líquido, que se rompen dejando úlceras, pero es importante reconocer que la inflamación gingival precede a la formación de úlceras por varios días, estas ulceraciones varían de tamaño. (19)

Se explica también que el paciente que se presenta-

al clínico con herpes primario suele tener la enfermedad bucal plenamente establecida, pero resultará útil la historia del modo de comienzo, para distinguir las lesiones de infección primaria de herpes de lesiones agudas múltiples de la mucosa bucal; así como también una historia de contacto estrecho con un paciente con herpes primario recurrente es útil para establecer el diagnóstico. (21)

Se considera un dato diagnóstico importante en esta alteración estomatológica, la aparición de una gingivitis marginal aguda generalizada y que toda la encía está edematosa e inflamada y frecuentemente se observan varias pequeñas úlceras gingivales. Esta infección herpética primaria en niños por lo demás sanos es enfermedad que cura espontáneamente, la fiebre suele desaparecer en 3 - 4 días y las lesiones empiezan a curar en plazo de 10 días aunque puede seguir habiendo herpes virus en la saliva hasta por un mes desde que comenzó la enfermedad. (21)

1.1.2. CANDIDIASIS.

Se ha aportado el concepto de que la Candidiasis, - Muguet ó Algodoncillo es una enfermedad que posee interés muy particular para el dentista, puesto que es la más frecuente infección por hongos que aparece en la cavidad bucal. (4)

En su publicación de Anatomía Patológica Bucal, Cabrini expone que el agente etiológico de la Candidiasis es un

hongo denominado *Candida Albicans* que se encuentra en forma saprófita en la cavidad bucal y alrededor del 50% son portadores sanos de este hongo., pero en ocasiones particulares -- puede comportarse en forma patógena. Este mismo autor indica que existen factores generales que favorecen estas infecciones, tales como la edad (niños y ancianos), una enfermedad -- hormonal, la diabetes, embarazo, la administración de anti--bióticos y corticosteroides y en estados terminales de enfermedades caquectizantes como leucemia, linfoma, cánceres avanzados; también existen factores locales que predisponen a la instalación de una moniliasis tales como la portación de prótesis, alteración de la dimensión vertical y en algunos casos xerostomía. (17)

Según diversos autores la Candidiasis puede ser aguda o Muguet y crónica. Y en algunos casos la Candidiasis oral puede acompañar secundariamente a otras entidades patológicas tales como leucoplasia carcinoma espinocelular, pudiendo llegar a modificar sus cuadros clínicos característicos. (17)

Finn opina y expone que posiblemente en años recientes el empleo demasiado entusiasta de los antibióticos buca--les puede haber producido mayor frecuencia de moniliasis -- porque estos medicamentos suprimen el crecimiento de otras -- placas elevadas y blandas que aparecen generalmente en la mucosa bucal y lengua. (15)

Como ya se mencionó anteriormente, la *Cándida Albi--cans* se encuentra en la cavidad bucal con frecuencia en per--sonas sanas, sin que tenga que ser patógena, en caso que disminuya la capacidad de defensas en lactantes, enfermos graves

y malos cuidados, y puede formarse predominantemente en la -- lengua y cresta mandibular manchas blanquecinas amarillentas, de varios milímetros de espesor y que estas manchas al des-- prenderse dejan la mucosa inflamada. (19)

1.1.3. ULCERAS TRAUMATICAS.

Se considera que la úlcera traumática es una lesión fácil de reconocer y de tratar cuando se descubre y elimina -- rápidamente la causa mecánica que la produce, según Borghelli Pero sin embargo, cuando esta lesión se vuelve crónica porque hay persistencia de la causa, entonces los bordes de la úlce-- ra se fibrosa y se vuelve de un aspecto sospechoso y si no -- cede en pocos días requerirá un estudio histológico. Las úl-- cera en general son lesiones elementales y secundarias que -- son originadas por la destrucción de los tejidos del epitelio y son de tamaño, forma y profundidad variable. Así las úlce-- ras traumáticas son fáciles de eliminar y de reparar si se -- descubre a tiempo su causa. (9)

Spouge opina que las úlceras traumáticas resultan -- de una mordida inadvertida durante la masticación normal, pe-- ro es quizás bastante frecuente que las úlceras resulten de una mordedura de labio producida porque los tejidos están -- anestesiados localmente, especialmente el labio inferior ane-- stesiado; ó a consecuencia de quemadura por alimentos calien-- tes. (6)

A las úlceras traumáticas se le dan diversos nombres como: Afta de Bednar, Úlcera trófica, Úlcera de la boca, pero su nombre más lógico es Úlcera Traumática, porque la lesión es resultado de un traumatismo, y el traumatismo indica daño agudo y súbito que tiene como resultado la destrucción de los tejidos. (4)

Shaffer opina que las úlceras traumáticas suelen -- aparecer en sitios tales como el borde lateral de la lengua , por lo general luego de un traumatismo en el cual el paciente muerde la lengua con fuerza, aunque aparecen también en mucosa vestibular, labios y ocasionalmente en paladar. (19)

En sí, las úlceras traumáticas son lesiones localizadas, con frecuencia en las mejillas, son indoloras, blancas fibrilares en la mucosa afectada y que localiza frente a los molares y premolares, generalmente indoloras, pero la subsecuente masticación ó mordedura de las mejillas puede volver dolorosa y más ulcerada y terminar en una leucoplasia, por lo general este tipo de alteraciones son unilaterales. (12)

J. J. 4. AFTAS.

El término aftas fué empleado desde la era hipocrática, para referirse a lesiones erosivas y ulcerosas de varia etiología, sin embargo. algunas publicaciones describen a las aftas de tal forma que pueden confundirse con lesiones -- herpéticas. (9)

Borgehilli aplica el término de aftas para las lesiones propias de las mucosas identificables por su morfología, manifestaciones clínicas y evolución. Borgehilli al igual que Grinspan, describen que estas lesiones pueden presentarse aisladas y esporádicas en la mucosa bucal y se le conocen como --aftas simples ó vulgares. (9)

Se ha buscado relacionar varios factores en la etiología de las aftas, tales como: tensión psíquica, trastornos gastrointestinales, tabaco, etc. Este tipo de lesiones de --etiología aún desconocida se observan a cualquier edad y en --ambos sexos.

Pindborg define a las aftas ó estomatitis aftosa --como una ulceración gangrenosa, llamada también ulceración --aftosa recidivante y es en sí, según este autor un estado patológico caracterizado por úlceras recidivantes de la mucosa bucal. Su frecuencia oscila entre 11 y 66% de la población, --afectando con mayor frecuencia a las mujeres y no existe un --factor etiológico específico, aunque se ha estudiado que se --relacionan a traumatismos, stress, embarazo, menstruación, --etc. Se dice que el primer ataque de aftas aparece de los 10 a los 20 años de edad, no teniendo una edad específica. Hace algunos años se informó que las aftas eran más frecuentes en personas con deficiencia de hierro, vitamina B12 y ácido fó--lico. (14)

Algunos investigadores consideran como una entidad--separada a una forma de estomatitis aftosa llamada Periadeni--tis Aftosa. El diagnóstico se basa en la gravedad del padeci

miento y en el desarrollo de cicatrices que siguen a las ulceraciones periadentícas aftosas, ya que esta periadenitis -- aftosa afecta capas más profundas de los tejidos mucosos y -- submucosos; observaciones más recientes concluyen que estas -- dos entidades que son la periadenitis y la estomatitis aftosa son manifestaciones diferentes de la misma enfermedad. [16]

Sin embargo, la opinión de Eversole dice que la estomatitis aftosa es después de la caries dental la enfermedad más común de la cavidad oral y la que más afecta la mucosa -- oral y que se caracteriza por la presencia de úlceras superficiales y dolorosas que recurren a intervalos regulares. Y -- que existen una serie de factores desencadenantes en las estomatitis aftosas tales como mordeduras autoinflingidas, cepi-- llado, procedimientos quirúrgicos, traumatismos dentales; tam-- bién por traumatismos o factores psíquicos que actúan desen-- cadenando la lesión aunque este sea un factor muy difícil de analizar. Existen también muchos factores alérgicos, pues -- muchos pacientes con lesiones aftosas tienen antecedentes de asma, fiebre del heno o alergias a medicamentos. [11]

La mayor parte de los investigadores actuales consi-- deran a las estomatitis aftosas como una anomalía de la -- respuesta inmune y algunos la incluyen dentro de las enferme-- dades autoinmunes, otros la consideran una reacción inmunoló-- gica anormal a los antígenos de bacterias bucales.

Hayes, menciona que estas lesiones se localizan es-- pecialmente en el repliegue mucolabial, en los labios, mejí-- llas, encías, paladar duro y blando. En la lengua alcanzan --

bastante profundidad y se asemejan a las úlceras traumáticas, y pueden ser solitarias o múltiples. Este tipo de lesión es común en los niños, particularmente en los débiles y desnutridos; su anatomía patológica no se conoce con precisión, esta lesión, según este autor rara vez se observa en niños fuertes y sanos que viven en lugares higiénicos, quizás con la única excepción de los casos en que se manifiesta juntamente con la dentición patológica, y aunque se cree que las aftas son una enfermedad de la niñez, hemos visto clínicamente varios casos de adultos. [12]

J. J. 5 QUEILITIS.

Llamada también Estomatitis Angular, son las fisuras laterales de los labios; antiguamente se decía que la causa de las queilitis angulares eran la falta de oclusión en -- dirección vertical, sin embargo hoy se reconoce que el factor más importante es la infección por *Candida Albicans*, procedente de una lesión intrabucal. [8]

Pindborg considera que pueden ser factores predisponentes, los carrillos flácidos y colgantes, comisuras labiales hundidas y constantemente humedecidas por saliva. Y el proceso se caracteriza por fisuras dolorosas que se irradian desde los ángulos de la boca, y que limitan en cierta medida los movimientos de la boca. Y según estudios hechos, se ha reportado que pueden ser agentes causales la *Candida Albicans* (como ya se mencionó anteriormente), el *Stafilococo Aureus* y la deficiencia de hierro.

En un tratado de Estomatología se indica que las --
queilitis complejas por su etiología, presentan una sintoma-
tología muy simple, tal como:

- * Las reacciones agudas comprenden enrojecimiento, --
edema y costras.
- * Las reacciones crónicas son capaces de producir eri-
tema, escamas ó fisuras dolorosas.

Y obedecen a diversas causas como:

- * Microbianas
- * Químicas: Como coloretes, dentríficos, tabaco.
- * Alimenticias: Ingestión de ciertos alimentos y deter-
minadas bebidas irritantes.
- * Agentes físicos: Luz, sol, etc. (18)

Las queilitis en general (según Grinspan) tienen --
tendencia a extenderse hacia las comisuras ó al labio supe---
rior. Existe además sensación de tensión, dolores discretos, -
inmovilidad del labio; pero no hay alteración del estado ge-
neral en este momento; el labio inferior se presenta tumefac-
to y se proyecta hacia adelante, además se vuelve duro e in--
móvil, dando a las fascias una expresión grotesca y bastante-
desagradable. La palpación dolorosa permite apreciar una li-
gera infiltración de la mucosa a nivel de las prominencias y
pequeñas granulaciones en el espesor del labio. (10)

J. J. 6. QUISTE DE ERUPCION.

Según la clasificación de la OMS, se define como --
Quiste de Erupción al que asienta sobre la corona de un diente
en erupción y cuya pared está formada por epitelio escamo-

so estratificado no queratinizado. La escasez de quistes de erupción publicados no indica que sea poco frecuente, puesto que un estudio demostró que el 11% de los niños presentan esta lesión en la erupción de los incisivos y un 30% durante la erupción de caninos y molares.

El quiste de erupción se dá generalmente en niños, coincidiendo con la primera dentición y es más frecuente en niñas que en niños. Este quiste aparece en la cresta alveolar sobre el diente en erupción y es de color azul ó negro azulado transparente y elevado en forma de cúpula y depresible; puede ser duro a la palpación aunque generalmente se presenta fluctuante según lo observado y referido por Pindberg. (14)

Y de acuerdo a lo descrito por Thoma, este autor opina que el Quiste de Erupción es un tipo de lesión poco frecuente como variación del quiste dentífero y está asociado a dientes deciduos en erupción ó a dientes permanentes. Y representa una acumulación de líquido hístico ó sangre en un espacio folicular alrededor de la corona del diente en erupción y puede ser unilateral ó bilateral; es más, puede ser que esta lesión ya exista al nacer. (16)

Holloway, en su Salud Dental Infantil, revela que la pared de este quiste es delgada y que se engruesa en los casos de supuración prolongada, se inserta siempre en el cuello del diente, cuya corona forma una prominencia en el fondo de la cavidad. En ciertos casos el desarrollo del quiste trastorna la evolución del diente.

Los quistes de erupción están ligados a la erupción de dientes temporales ó permanentes y preceden o retardan la erupción de los dientes temporales y pueden encontrarse en los cuatro molares. (7)

De acuerdo también a lo referido por Holloway, dice que en estos casos la madre del niño ha comprobado que en el reborde alveolar se ha desarrollado una tumefacción, sin dolores ni signos generales. Y la exploración revela la tumefacción exactamente en el lugar de la corona del diente, de coloración azulada - hemática, de consistencia fluctuante y de palpación indolora. (7)

Este quiste como ya se mencionó anteriormente, se considera un tipo de quiste dentífero y suele ser denominado "Quiste ó Hematoma de Brote"; y Shaffer considera que es en esencia una dilatación del espacio folicular normal sobre la corona de un diente, causada por la acumulación de líquido hístico ó sangre y que está asociado por regla general a dientes temporales ó permanentes en erupción.

Este mismo autor menciona que desde el punto de vista macroscópico la lesión se describirá como una hinchazón circunscrita y fluctuante del reborde alveolar en la zona del diente en brote. Si esta cavidad quística contiene sangre, es de color violeta o rojo obscuro, y de ahí el nombre de Hematoma de Erupción ó de Brote. (19)

1.1.7. PERICORONITIS.

El proceso fisiológico de la erupción dental tanto si se produce durante la primera infancia o más tarde en el caso de los terceros molares, muchas veces se acompaña de síntomas dolorosos locales y es lo que en sí se denomina Pericoronitis. (21)

Los problemas relacionados con la dentición, es decir, las Pericoronitis específicamente, según Malcolm Lynch - suelen ser agudas entre el 6to. mes y el 2do. año de vida. Durante la erupción de los dientes, el lactante probablemente esté inquieto o irritable y rechaze el alimento o no duerma bien, su flujo salival está aumentando y la pérdida constante de saliva a veces causa irritación de la piel alrededor de la boca y los síntomas dolorosos en la boca resultan de la presión ejercida por los dientes que están saliendo contra el tejido fibroso que los recubre, esto es en el caso de los dientes temporales a temprana edad (incisivos), pero el proceso se agudiza en la erupción de los primeros molares y terceros molares permanentes. (21)

C A P I T U L O I I

CLASIFICACION Y DESCRIPCION DE LAS ALTERACIONES

CLASIFICACION Y DESCRIPCION DE LAS ALTERACIONES.

En este capítulo empezaré por clasificar cada una de las alteraciones estomatológicas por su origen y luego describiré cada una de ellas, mencionando su etiología, características clínicas, sintomatología y otros datos que nos ayudarán a reconocer más fácilmente estas lesiones.

A) CLASIFICACION DE LAS ALTERACIONES ESTOMATOLOGICAS DE ACUERDO A SU ETIOLOGIA.

- | | | |
|------|---------------------|--|
| 1.1 | Origen Viral: | Herpes simple o primario |
| 1.2 | Origen Micótico: | Candidiasis o algodoncillo |
| 1.3. | Origen Traumático: | Mordeduras accidentales Ulceras traumáticas |
| 1.4 | Origen desconocido: | Estomatitis aftosa o aftas |
| 1.5 | Origen Local: | Quiste de erupción Pericoronitis |

B) DESCRIPCION DE LAS ALTERACIONES:

- 1.1 Herpes simple
- 1.1.2 Candidiasis
- 1.1.3 Ulceras traumáticas
- 1.1.4 Aftas
- 1.1.5 Queilitis
- 1.1.6 Quiste de Erupción
- 1.1.7 Pericoronitis

1.1 HERPES SIMPLE

El herpes simple llamado también herpes primario, es una erupción limitada y formada por microvesículas localizadas en labio y nariz, y es ocasionado por el virus Herpes Simplex tipo I; se le llama a esta alteración Herpes Primario porque representan el primer contacto con el virus. (2)

La lesión más temprana es la VESICULA que presenta bordes bien definidos y que se forman en la epidermis, las vesículas generalmente miden de 2 - 6 mm. aproximadamente y se encuentran rodeadas de un halo rojizo provocando sensación de quemadura. En un principio las vesículas están llenas de líquido claro y luego se encuentran cubiertas por una costra que cura poco después.

La estomatitis herpética es la más común en lactantes y se observa más frecuentemente en niños que viven en hacinamientos y en países con comunidades grandes y pobres con un standard de vida bajo, se considera con frecuencia que su nivel más alto oscila entre 1 y 3 años de edad; puesto que las infecciones primarias por Herpes Simplex son raras antes de los 6 meses de edad, porque hasta esa edad todavía se conservan títulos elevados de anticuerpos maternos; pero a los 6 meses aproximadamente muchos niños ya se han vuelto portadores a consecuencia de la infección primaria. (3)

En la mayoría de los individuos, la infección herpética primaria ocurre sin síntomas apreciables y el hecho es que ha ocurrido sin hacerse evidente hasta que el individuo -

manifiesta la forma más común de herpes recurrente, el herpes labial a una edad mucho mayor; como ya se mencionó, estas lesiones herpéticas pueden presentarse en forma menos severa -- que pueden pasar inadvertidas por el niño y este se recupera sin haberse dado cuenta.

En ciertos casos, la infección inicial en los niños se caracteriza por el desarrollo de fiebre, irritabilidad, -- cefalea, dolor al deglutir y linfadenopatía regional, y la -- sintomatología que comúnmente presenta, es dolor; llagas en la mucosa bucal, sialorrea y anorexia y por lo general ligera elevación de la temperatura de 37.2 a 37.8°C. Esta fiebre persiste de 7 - 10 días. [16]

Las lesiones herpéticas se presentan en forma esporádica en la mucosa oral, pero es más frecuente y característico en paladar duro y dorso de la lengua; estas vesículas al romperse, dan lugar a úlceras dolorosas que dificultan al niño la ingestión de alimentos y aumenta la salivación.

Estas lesiones son muy dolorosas y generalmente duran de 5 - 7 días y desaparecen de 1 semana a 14 días, aunque el malestar puede continuar por un período considerado. Así, las lesiones herpetiformes siguen un orden o curso cronológico:

Dentro de 24 - 36 horas del comienzo, la boca se vuelve dolorosa; la encía se inflama y aumenta la salivación. Poco tiempo después, dentro de las 24 horas, se desarrollan vesículas de 2 - 4 mm. de diámetro sobre la encía, lengua, labios y mucosa bucal, las vesículas se presentan perfectamente deli

mitadas y amarillentas. Varias horas después, las vesículas se rompen y forman erosiones dolorosas poco profundas cubiertas de una pseudomembrana con un borde eritematoso. (16)

El padecimiento por lo general dura de 10 - 14 días en su fase aguda y las lesiones orales y el malestar generalizado son más agudos del 3er. al 7° día. Las lesiones orales curan espontáneamente sin formación de cicatriz en 14 días, y recurren solamente en casos raros. En sí, las manifestaciones clínicas que nos sugieren su diagnóstico son:

- * Vesículas primarias que luego son reemplazadas por úlcera
- * Las lesiones orales se distribuyen en cualquier zona de la mucosa oral.
- * Los ganglios linfáticos están crecidos y dolorosos.
- * Hay un ligero ataque al estado general. (5)

Pero en sí, su diagnóstico se confirmará por medio de un frotis tomado de una vesícula primaria y se basa en el aislamiento del virus por medio del cultivo de células tisulares o por la identificación del virus del herpes simple -- neutralizando anticuerpos en el suero del paciente. (16)

El diagnóstico diferencial se hará con:

- a) Aftas Recurrentes: No hay ganglios infartados y la localización de las aftas es diferente puesto que estas no se localizan en mucosa adherida ni involucran hueso.
- b) Dentición: Pueden aparecer úlceras que se asocian a la erupción dentaria, pero aquí no hay ganglios dolorosos.
- c) Herpes Zoster: Porque no es doloroso y de resolución rápida.

da; además el herpes zoster sigue el trayecto de los cordones nerviosos.

El Herpes Simple se transmite por contacto directo, por medio de las lesiones labiales y por contagio a través de vasos, platos o demás utensilios contaminados. El contagio - también puede producirse a través del beso del adulto al infante.

Los sitios de manifestación más frecuente son: Carrillos, labios, paladar, lengua, encías y en zonas extraorales circunvecinas. Extraoralmente las vesículas se pueden presentar afectando labios, la parte superior del labio y la parte externa de las fosas nasales y el mentón.

Estas vesículas herpéticas se presentan acompañadas de prurito y escozor en las zonas afectadas, y estas vesículas se rompen fácilmente ya sea por la succión del niño o por la misma alimentación; dejando a consecuencia muchas ulceritas bien definidas, las cuales están expuestas a infecciones secundarias manifestadas por la aparición de un halo enrojecido o inflamado. [14]

J.1.2 CANDIDIASIS.

Llamada también Algodoncillo, es una alteración patológica producida por el hongo *Cándida Albicans*; esta afec-

ción es una infección de tipo agudo que se caracteriza por la formación de placas blandas de color amarillo cremoso formadas en la superficie de la mucosa oral. La *Candida albicans*, que el hongo que produce el algodoncillo, es un hongo levaduriforme que se encuentra como comensal en el 40% de las bocas sanas. Este hongo es resistente a los antibióticos antibacterianos que se usan comúnmente y a los antibióticos de amplio espectro, como la Tetraciclina porque puede aumentar la proliferación del hongo. (5)

Esta alteración se presenta regionalmente y con mayor frecuencia en la cavidad oral y a veces es una enfermedad generalizada crónica, que puede extenderse a pulmones y faringe. La moniliasis neonatal con mucha frecuencia ocurre por contacto directo con los microorganismos en el conducto vaginal durante el nacimiento. En niños más grandes, la moniliasis es una secuela frecuente a la administración oral de antibióticos de amplio espectro. (16)

La Candidiasis o Algodoncillo, es una alteración -- que posee interés muy particular para el Cirujano Dentista -- puesto que es la más frecuente infección por hongos que aparece en cavidad oral. La candidiasis es bastante frecuente en el recién nacido y se presenta en niños menores de 13 - 14 años de edad como complicación por tratamiento con antibiótico, en particular la tetraciclina como ya se mencionó anteriormente. Esta alteración puede asociarse con alteraciones sistémicas como hiperparatiroidismo y enfermedades por inmunodeficiencia o coincidir con períodos de debilitamiento del niño.

Su manifestación clínica más característica es ---
Placas Blandas y de color amarillo cremoso que se encuentran localizadas generalmente en mucosa y paladar blando, lengua y en casos graves en amígdalas y esófago. [17]

Las manifestaciones clínicas más observables en esta afección, son las siguientes:

- Placas superficiales blandas y de color amarillo cremoso. que aparecen en mucosa y paladar blando.
- Su tamaño varía de pequeños puntos hasta placas confluentes con una zona amplia.
- Una de las manifestaciones más características es que las placas se desprenden dejando una ulceración en la mucosa, bastante dolorosas.
- Los síntomas son leves como sequedad o aspereza de la --- mucosa. [5]

Estas lesiones asemejan leche cuajada y como ya se mencionó, se desprenden fácilmente con una gasa, dejando al descubierto los tejidos erosionados. El diagnóstico de la -- Candidiasis se confirma por medio de un frotis teñido por la técnica de Gram; y se deberá de preguntar al paciente todo lo relacionado a antibióticos y elaborar una historia clínica -- completa. Y es necesario insistir en el hecho de que solo se puede establecer un diagnóstico definitivo del algodoncillo - por medio de exámenes de laboratorio, a pesar que en este padecimiento se pueden identificar solamente por su aspecto clínico. [4]

El diagnóstico diferencial de la candidiasis se ha-

ce con Líquen Plano, puesto que la superficie aterciopelada - es propia de la Candidiasis y es bastante indicadora de la le si ón, por lo que se diferencia con Líquen Plano, ya que esta le si ón en forma de placa.

1.1.3 ULCERAS TRAUMATICAS.

Dentro de estas lesiones se incluyen también las -- Mordeduras Accidentales, ya que estas lesiones son muy usua-- les y la zona más afectada es la lengua, mucosa yugal y la-- bios; se provocan al hablar, al comer, por ataques epilépti-- cos e inconscientemente al dormir.

Las maloclusiones o malposiciones dentarias pueden originar - diversos traumatismos y generalmente estas mordeduras acciden-- tales evolucionan en forma espontánea, aunque pueden llegar a infectarse y rara vez es necesaria la sutura. Como esta le--- sión pertenece al mismo grupo de las úlceras traumáticas, con si deré necesario mencionarla.

Las lesiones traumáticas en general, son producto - de un efecto mecánico y que pueden ser de carácter agudo, sub agudo o crónico.

Las lesiones traumáticas pueden ser variadas dependiendo del agente traumatizante y de la intensidad del impacto, de la -- dirección y el sitio de aplicación; y en los niños suele ser de una incidencia muy alta, debido al tipo de juegos y depor-- tes que practican, o bien, por ataques epilépticos o convul-- siones de otra índole.

Las úlceras traumáticas se definen como una pérdida de substancia aguda o subaguda, con tendencia a la cicatrización y que suele ser originada por traumatismos continuados y de poca intensidad. Estas úlceras traumáticas no tienen edad definida para su aparición, así como tampoco tienen predilección de sexo. (10)

Su etiología puede ser por una pieza cariada, piezas fracturadas por bordes cortantes o filosos, malposiciones dentarias que traumatizan la mucosa, prótesis o plaquitas ortodóncicas mal adaptadas por braquets, etc. Las úlceras traumáticas son el tipo más común de ulceración focal y su aparición es una respuesta a una lesión traumática como quemadura con pizza, o bien iatrogenias provocadas en el consultorio dental, o por una mordida inadvertida durante la masticación normal y es también bastante frecuente que las úlceras resulten de una mordida del labio, producida porque los tejidos estén anestesiados localmente, especialmente el labio inferior anestesiado. (6)

Se considera que las úlceras traumáticas se observan con mucha frecuencia entre los niños de hasta 13 - 14 años, aunque pueden observarse a cualquier edad y pueden llegar en un momento dado a convertirse en una lesión precancerosa.

Al tipo de ulceración que estamos describiendo, se le dan diversos nombres como: Afta de Benner, Úlcera Trófica, Úlcera de la Boca; pero su nombre más lógico es Úlcera Traumática, porque su aparición -

es el resultado de un traumatismo. El traumatismo que ocasiona estas ulceraciones puede ser distinta de naturaleza: Físico, químico, térmico, mecánico. Si el traumatismo es químico es ocasionado por sustancias caústicas como fenol, bromocresolpuro; en cambio, si la causa es térmica, podría ser por alimentos calientes, hielo.

Las úlceras traumáticas se localizan casi siempre a nivel de los bordes de la lengua, especialmente en el tercio-medio, tercio posterior de la mucosa yugal y en la zona de los molares. (4)

Las características clínicas de las úlceras traumáticas, son principalmente así:

- La úlcera es poco profunda y con eritema marginal.
- Consistencia elástica y edematosa, y con el fondo de color blanco grisáceo.
- Tamaño moderado, forma redonda, ovalada o elíptica.
- Rodeada de un halo eritematoso.
- El dolor se intensifica con alimentos, líquidos irritantes.
- Su duración es aproximadamente de 2 - 5 días.
- Bastante dolorosa. (4)

1.1.4. ESTOMATITIS AFTOSA.

Son lesiones erosivas necróticas de forma redonda u oval, con fondo blanco o amarillento grisáceo rodeada de un halo eritematoso; las estomatitis en general no son causadas por la dentición, pero puede ocurrir que coincidan con la dentición.

Las estomatitis aftosas pueden comenzar en cualquier época de la lactancia y sus características y tratamiento son los mismos que en la adolescencia. Y se considera que las aftas son después de la Caries Dental, la enfermedad más común en la cavidad oral y la que más afecta a la mucosa. (6)

La Estomatitis Aftosa es una enfermedad única para el hombre, caracterizada por ulceraciones necrotizantes dolorosas, recurrentes, sencillas o múltiples de la mucosa bucal. Aunque existen informes que sugieren la presencia de bacterias en forma de "L", o de virus; estos no han sido confirmados y la causa de la enfermedad se desconoce todavía. Este tipo de padecimientos tiene predilección por adultos, pero aparece en niños tan pequeños como de 2 años de edad, las mujeres son más afectadas en una proporción de 2:1.

La aparición de las lesiones aftosas es precipitada por factores como tensión emocional, esfuerzo físico excesivo traumatismos orales, fiebre o influencias endocrinológicas.

Y a pesar de la variedad de supuestas etiologías de

la estomatitis aftosa, la verdadera etiología sigue siendo --
obscura y aunque hasta la fecha es desconocida o variable, se
le atribuye a:

- Traumatismos: Que pueden precipitar la formación de las
úlceras, ya sea por mordedura o una causa cualquiera, aun
que en realidad las aftas aparecen en lugares donde un
traumatismo es poco probable.
- Microorganismos: Como el Streptococo Sanguis aunque esta
teoría no está comprobada, pero lo que puede suceder es -
que estos microorganismos actúan directamente o indirecta
mente, precipitando la ulceración o infectándola.
- Padecimientos Gastrointestinales.
- Períodos febriles o por disminución de defensas en el or
ganismo.
- Tensión emocional que puede favorecer su aparición.
- Alteraciones hormonales o por administración de estróge--
nos. (5)

El comienzo de la enfermedad se caracteriza por un
período de hiperemia localizada y parestesia o en ocasiones
una sensación de quemadura, seguida por el desarrollo de una
o más pápulas mucosas con márgenes regulares. Las lesiones -
son más dolorosas una vez que se han ulcerado. (16)

Esta lesión se caracteriza así:

- La presencia de úlceras superficiales y muy dolorosas, --
que recurre a intervalos más o menos regulares.
- Las úlceras aftosas suelen ser aisladas o en grupos y son
lesiones poco profundas y planas con una pseudomembrana -
fibrinosa blanca rodeada de un halo eritematoso y se con-
sidera que su aparición frecuentemente coincide con perío-
dos de tensión, y que son altamente recidivantes.
- Las aftas son sumamente dolorosas.

- Aparecen frecuentemente en los tejidos orales que no están adheridos a hueso o zonas no queratinizadas.
- Generalmente duran de 10 - 14 días y remiten solas.
- Por lo general, estas úlceras son superficiales y circulares son un diámetro de 2 - 4 mm.
- El fondo de la ulceración es blanco amarillento con un halo eritematoso.
- Su primer síntoma es sensación de picazón como si una cerda de cepillo se atora en la mucosa.
- La úlcera aftosa se vuelve dolorosa e hipersensible tanto que dificulta la ingestión de alimentos y el habla.
- Las aftas bucales son únicas o múltiples, se presentan en individuos jóvenes, asientan casi constantemente en la boca, en las, lengua, mejillas o sobre labios.
- Las úlceras aftosas se localizan entonces preferentemente en cara interna del labio, vestibulos, frenillos, lengua y carrillos. (9)

Las lesiones aftosas pasan por 3 periodos evolutivos, que son:

1. PERIODO VESICULOSO.

Las ulceraciones aparecen precedidas por verdaderas vesículas cuyo diámetro varía de 2 - 5 mm. No existe diferencia sobre el nivel de la mucosa bucal, la vesícula transparente recubre un punto amarillento uniforme rodeado de un halo eritematoso rojizo estrecho, al cabo de 1 - 2 días, se vuelve opaca y se presenta en forma de puntos blancos que muestran en ocasiones una mancha oscura al centro.

2. PERIODO ULCEROSO.

Los puntos foliculosos se ensanchan y no se tarda en ver

salir de un agujero central una substancia blanquecina, - que se encuentra al principio comprimida y recubierta de epitelio. Luego se produce el desgarramiento o ulceración del epitelio, el cual exuda libremente la materia blanca. En este período que dura 8 días como máximo, el afta es muy dolorosa; sensación de quemazón viva exagerada por el contacto de los alimentos, lo que trastorna la alimentación

3. PERIODO DE CICATRIZACION.

La úlcera se limpia, la superficie se vuelve rosácea y -- después se epidermiza rápidamente, casi de un día al siguiente, sin dejar cicatriz. (9)

Las úlceras aftosas en general se pueden clasificar en:

A) AFTAS SIMPLES:

Que son esporádicas y se localizan en mucosa de labio inferior, surco vestibular, frenillo, piso de boca, mucosa yugal, bordes y punta de la lengua. Inician con eritema y molestia local desarrollándose la erosión por necrosis del epitelio en pocas horas. Al 4to. ó 5to. día las lesiones comienzan a repararse, cede el dolor y la mucosa se normaliza en una semana.

B) AFTAS RECIDIVANTES:

Presentan un cuadro clínico similar y revela la repetición periódica de las lesiones a intervalos regulares.

El diagnóstico de aftas se da por medio de la historia de úlceras recurrentes a intervalos más o menos regulares

o por los síntomas y la observación clínica de la lesión, observando las manifestaciones tales como dolor provocado, aparición brusca, localización y evolución. (9)

El diagnóstico diferencial se hace con:

- Infecciones de tipo viral, porque en las aftas no hay vesículas.
- Con neutropenia cíclica, por medio de recuentos sanguíneos periódicos.

1.1.5 QUEILITIS.

La Queilitis llamada también Estomatitis Angular, son aquellas alteraciones o procesos inflamatorios propios de los labios, sin importar cual sea su aspecto, ya sean escamas erosiones, o bien fisuras hipertroóficas. Aunque también se definen a las queilitis como lesiones inflamatorias o inespecíficas de los labios. (8)

Los labios se componen de una zona mucosa, una zona semimucosa y una zona cutánea, pues así las queilitis se ubican específicamente en la semimucosa de los labios, conocida como Bermellón. Las queilitis o estomatitis angulares aparecen a partir de la infancia y como ya se mencionó anteriormente, se localizan en las comisuras labiales y pueden ser unilaterales o bilaterales. Su localización más específica es en la semimucosa del labio inferior, debido a que en este labio la semimucosa está más expuesta a irritantes crónico como luz

solar, agentes físicos, mecánicos y químicos.

Otra de las razones por la que las queilitis se ubican preferentemente en el labio inferior, es por que es de -- mayor extensión y de menor defensa, por ser la semimucosa una zona aglandular y carente de queratina. (8)

Se considera a la queilitis como una dermatitis de los labios, principalmente del labio inferior, de origen desconocido y caracterizada por la infiltración de los tejidos, por la formación de costras y por prurito intenso. Se desconoce la verdadera causa de esta enfermedad, pero se le ha -- atribuido como posible causante a la diabetes, trastornos -- gastrointestinales, enfermedades del sistema nervioso y las -- irritaciones locales.

En las queilitis el labio se vuelve infiltrado y se cubre de costras amarillentas oscuras, la picazón continúa -- del labio, causando grandes molestias al paciente. Esta -- afección puede confundirse con sífilis y herpes labial. (12)

1.1.6 QUISTE DE ERUPCION.

Se define al quiste de erupción como la condición -- local más frecuentemente asociada a la erupción dentaria y -- que se observa como una zona azulada y elevada que se localiza en la mucosa que cubre a un diente no erupcionado. (7)

Al quiste de erupción se le considera un tipo extra ósea superficial del quiste dentígero, vinculado a un diente sin erupcionar, es decir, es una variable del quiste dentígero en tejidos blandos; puesto que este quiste de erupción resulta de la acumulación de líquido entre el órgano del esmalte y éste. Sin embargo, como su aparición está asociada a la salida de un diente y como sus efectos están limitados a los tejidos gingivales más que a hueso, es por eso que se le considera un tipo de quiste dentígero en tejidos blandos. Este tipo de alteración tiene un potencial neoplásico generalmente nulo. (17)

Los quistes de erupción son uniloculares cuya pared se inserta exactamente en el cuello de un diente que ha quedado incluido y que no ha terminado su evolución. Este tipo de quiste son clásicos en caninos, terceros molares, primeros -- molares permanentes. (18)

Existen diferentes tipos de quistes de erupción, -- así:

- Ligados a erupción de dientes temporales.
- Ligados a erupción de dientes permanentes.
- Ligados a un diente permanente no precedido de un temporal.
- Ligados a un diente permanente y consecutivo a una infección del diente temporal.

En los quistes eruptivos ligados a un diente permanente no precedido de un temporal: En estos casos se observan en el niño a nivel del primero y segundo molar permanente aunque pueden observarse quistes alrededor de la corona de un

incisivo central superior permanente, después de la caída -- espontánea del diente temporal sano.

Existen además, quistes desarrollados alrededor de la corona de un diente permanente, consecutivos a la infec-- ción del diente temporal suprayacente y asientan con mayor -- frecuencia en los premolares, en el maxilar superior o en el -- inferior y se caracterizan por una tumefacción del reborde -- alveolar, de evolución casi únicamente vestibular cuyo volu-- men puede alcanzar a veces el de una nuez. La mucosa que re-- cubre, presenta con mayor frecuencia coloración azulada. La palpación indolora da sensación de retinencia o incluso de -- fluctuación o de crepitación apergaminada.

En este tipo de casos, el diente temporal persiste -- profundamente infectado o reducido al estado de raíces. Se -- considera que el quiste corono-dentario clásico es el desa-- rrollado alrededor de la corona de un diente permanente que -- ha permanecido incluído y se observa con mayor frecuencia alre-- dedor del canino superior. (18)

Esta lesión aparece clínicamente como una tumefac-- ción fluctuante que está limitada a los tejidos blancos, en-- cima de la corona de un diente sin erupcionar, se le suele -- llamar a esta lesión, Hematoma de Erupción, a pesar de que no siempre contiene sangre. (6)

Sus manifestaciones clínicas son las siguientes:

-- Esta lesión clínicamente aparece en forma de hinchazón --

incisivo central superior permanente, después de la caída espontánea del diente temporal sano.

Existen además, quistes desarrollados alrededor de la corona de un diente permanente, consecutivos a la infección del diente temporal suprayacente y asientan con mayor frecuencia en los premolares, en el maxilar superior o en el inferior y se caracterizan por una tumefacción del reborde alveolar, de evolución casi únicamente vestibular cuyo volumen puede alcanzar a veces el de una nuez. La mucosa que recubre, presenta con mayor frecuencia coloración azulada. La palpación indolora da sensación de retinencia o incluso de fluctuación o de crepitación apergamínada.

En este tipo de casos, el diente temporal persiste profundamente infectado o reducido al estado de raíces. Se considera que el quiste corono-dentario clásico es el desarrollado alrededor de la corona de un diente permanente que ha permanecido incluido y se observa con mayor frecuencia alrededor del canino superior. (18)

Esta lesión aparece clínicamente como una tumefacción fluctuante que está limitada a los tejidos blancos, encima de la corona de un diente sin erupcionar, se le suele llamar a esta lesión, Hematoma de Erupción, a pesar de que no siempre contiene sangre. (6)

Sus manifestaciones clínicas son las siguientes:

-- Esta lesión clínicamente aparece en forma de hinchazón --

limitada a los tejidos blandos que recubren la corona del diente sin erupcionar.

- Su superficie es lisa, color rojizo o rosado, fluctuante y localizado en el borde alveolar encima de la corona de un diente caduco que va a salir o de un molar permanente.
- El contenido del quiste suele presentar coloración azulada a través de la mucosa, debido a la acumulación de sangre. (7)

En estos tipos de alteración, la preocupación que refiere la madre es lo más importante, y el niño suele estar inquieto e inapetente; lo cual preocupa a la madre.

Aunque esta lesión puede ser simplemente un hematoma de erupción y no específicamente un quiste; ya que a veces unas semanas antes de la erupción de un diente temporal o permanente se desarrolla una zona elevada de tejido azulado llamado Hematoma Eruptivo y se observa comúnmente en lo que corresponde a la zona del 2do. molar temporal o del 1er. molar permanente. [20]

Al inicio, esta lesión se diagnostica como una pericoronitis debido a la presencia de tumefacción en la región molar o incisiva, según sea el caso y la sensibilidad producida por el traumatismo.

1.1.7 PERICORONITIS.

La Pericoronitis llamada también Infección Pericoronaria, es la complicación más frecuente durante la erupción de los dientes y es una infección no específica del tejido -- pericoronario y es similar al que aparece en los terceros molares.

La pericoronitis favorece el cúmulo de restos alimenticios en la región, por lo que la boca deberá mantenerse limpia. La infección pericoronaria se observa generalmente -- alrededor de terceros molares en brote o parcialmente retenidos, así como también en primeros molares permanentes y a con secuencia se presenta celulitis y trismus, que son cuadros -- clínicos característicos de esta afección. (19)

Esta infección pericoronaria puede dar origen a una celulitis de cara y cuello que sería lo más común, cuando el tejido pericoronario que rodea al diente es invadido por -- streptococo o stafilococo, que ambos son productores de hialuronidasa y que con frecuencia dan origen a celulitis, esto en combinación con mala higiene o bien, una higiene poco adecuada de la zona que provoca impactación de alimentos.

La infección pericoronaria puede presentarse en -- cualquier época de la vida, siendo más común en niños y adultos jóvenes. La infección pericoronaria en la infancia acompaña a la erupción de los dientes, durante la cual el tejido supradental que comprende porción superior del folículo y mucoperiostio suprayacente puede inflamarse crónicamente y causar formación de absceso fluctuante. Y a veces estos absce-

Los producen celulitis y causan una reacción local y general con fiebre alta. (19)

El tipo más común de infección pericoronar es el -- que se encuentra alrededor de los terceros molares y es más -- frecuente en la adolescencia.

Los síntomas varían mucho y no es raro que el pa---ciente presente síntomas únicamente en la región periamigdalina y por esta razón es que el paciente muchas veces acude al médico, creyendo tener amigdalitis. (20)

Es bastante curioso que estas infecciones suelen -- dar manifestaciones periamigdalinas y por los síntomas se -- diagnostican como absceso periamigdalino o infección streptococcica y el paciente se hospitaliza; esto es en casos demasiado agudos que se combinan con una pésima higiene. En caso de que la infección sea del tercer molar, los síntomas son -- dolor en la región, malestar general con fiebre moderada, -- trismus y adenitis. Estos síntomas varían de grado, así, de ligeros a graves, suele haber dolor a la palpación y ligero edema. Cuando ocurren estos síntomas, el diente o una de sus caras, suele estar cerca de la superficie, quizá se vea una parte del diente que ha hecho erupción pero el edema y el proceso inflamatorio general pueden ser muy intensos.

CAPITULO III

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO.

En este capítulo mencionaré y daré a conocer la terapéutica inmediata, es decir, el tratamiento específico que diversos autores exponen para cada una de las alteraciones -- estomatológicas en especial, tomando en cuenta diversos criterios con la finalidad de que conozcamos en una forma superficial el tratamiento que debemos elegir ante determinadas situaciones. Así:

1.1 HERPES.

Se considera como tratamiento específico para el Herpes Primario o primo infección herpética a la IDOXUDIRINA, que actúa obstaculizando la síntesis de ácido nucleico por el virus y se considera a este medicamento como uno de los agentes antivirales más eficaces.

La Idoxudirina se presenta en forma de solución al 0.1% aplicado en forma de pintura, con el problema que en niños lactantes es difícil su aplicación. O también en forma de enjuagues bucales con 1 - 2 ml. de solución por varios minutos, usándolo de 3 - 4 veces al día. (5)

Como alternativa al uso de Idoxudirina, está el uso de Tetraciclina como enjuague bucal varias veces al día y actúa aliviando el dolor y apresurando la cicatrización de las úlceras. Si el estado general del paciente es afectado por el virus, se recomienda mantenerse en cama y la ingestión de dieta blanda.

Algunos clínicos opinan que un tratamiento específico no es necesario, sino que solo basta con enjuagatorios - palativos. Aunque hay que considerar que el tratamiento empleado en el herpes simple varía de acuerdo a la edad del paciente y que al igual que en otro padecimiento viral, no hay un tratamiento definitivo, pero las medidas de apoyo alivian el malestar del enfermo así como la ansiedad de los padres y puede evitarse la deshidratación.

Por decirlo así, los niños muy pequeños pueden rehusar tomar cualquier cosa por vía oral como resultado del -- intenso dolor oral y faríngeo y llegar a la deshidratación, -- requiriendo ser hospitalizados para la administración de líquidos por vía intravenosa.

Un niño que coopera, se beneficiará con el uso de -- agentes como la Xilocaína Viscosa y el Elixir de Benadryl, -- que anestesian la mucosa bucal justo antes de comer, animando por lo tanto al paciente a ingerir una cantidad adecuada de -- líquidos para mantener la hidratación. (16)

Algunos clínicos encuentran que una solución débil de Bicarbonato de Sodio (la mitad de una cucharadita de bicarbonato en 180 ml. de agua tibia) usado como enjuague bucal, -- es un obtundente eficaz en la mucosa bucal. Por regla general, deberían evitarse los líquidos que contienen ácido cítrico u otros agentes irritantes como jugos de fruta y bebidas -- carbonatadas. Las sustancias no irritantes como la leche -- malteada y los líquidos fríos ricos en proteínas, sirven como doble propósito: Inducir cierta anestesia tópica, así como

mantener la hidratación y los niveles adecuados de nutrición.
(16)

Se han practicado ensayos con diversos antibióticos para el tratamiento del herpes, la Terramicina ha producido algunos buenos resultados y para evitar recidivas, ciertos autores preconizan la autohemoterapia (esto es muy incierto), pero como el herpes es benigno y cura espontáneamente en el plazo de algunos días, la terapéutica se reduce a poca cosa. En las formas habituales bastan simples fomentos con suero fisiológico tibio. (18)

De acuerdo con lo antes mencionado, otro autor, el Dr. Lynch, expone que el tratamiento de la estomatitis herpética primaria en niños y en adultos sigue siendo de sostén, aunque en los últimos años se ha experimentado con agentes antivirales. Las medidas usuales de sostén incluyen Aspirina o Acetaminofen para la fiebre y líquidos para conservar la hidratación y el equilibrio de electrolito y en caso de que el paciente refiera dificultad al comer y beber, se administrará un anestésico local tópico, los antibióticos no tienen valor en el tratamiento de esta alteración, y el uso de corticosteroides está totalmente contraindicado*

En conclusión, el tratamiento del herpes simple de-

* Lynch, Malcolm
Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento.
Editorial Interamericana, 7a. edición
México 1980. Pag. 31

be ser oportuno y enérgico, especialmente en los niños, ya -- que la inflamación perjudica grandemente la salud y el desa-- rrollo por insuficiencia en la alimentación. Así, el trata-- miento en niños sin complicaciones secundarias se hará, lim-- piando la boca con solución de ácido bórico al 3% o con solu-- ción saturada de clorato de potasio y los toques con nitrato-- de plata al 5 - 10% son eficaces, así como también la tintura de yodo. (12)

1.1.2. CANDIDIASIS.

Para el algodoncillo o infección candidiásica, se -- usa como tratamiento violeta de genciana, que es un remedio -- antiguo y eficaz en aplicaciones tópicas. También se usa el Nistatín 100,000 Unidades cada 6 horas solo o combinado con -- un antibiótico de amplio espectro. Se considera que es de -- importancia en un paciente con padecimiento de algodoncillo -- un estudio hematológico para descartar la deficiencia de hie-- rro. Se indica también Nistatina en 500,000 Unidades disuel-- tas en la boca 3 veces al día o tabletas de Anfotericina B. -- En lactantes se usan ambas aplicaciones tópicas y se recomien-- da derivar al médico general para el control de cualquier al-- teración sistémica. (12)

La candidiasis se trata fácilmente con un agente -- antimicótico específico como la Nistatina; como ya se mencio-- nó, este medicamento se suministra en forma de tabletas o en-- suspensión; siendo la suspensión más eficaz para tratar lesio-- nes orales, puesto que el medicamento debe permanecer en con--

tacto íntimo con el microorganismo para ser eficaz. La terapéutica en general, sugiere el empleo de Nistatina, que actúa contra la Candidiasis de cavidad oral, sí como de todo el tracto gastrointestinal o digestivo, debido a que la nistatina evita que la infección se propague y cause metástasis. Y ya en casos de afectación profunda, entonces debe recurrirse al empleo de anfotericina B.

J.J.3 ULCERAS TRAUMATICAS.

Generalmente estas lesiones curan solas, y si la curación no ocurre en un periodo de 2 semanas, se hará biopsia de la región; pero si se descubre la causa de la úlcera y se retira, la lesión remite espontáneamente y sin tratamiento específico.

Otros autores consideran que si hay historia de traumatismos, se deben eliminar y dejar pasar 10 días y que cicatrice.

Otros clínicos opinan que es interesante y no obstante no raro, que una úlcera traumática que ha persistido por semanas o hasta meses sin cerrar, cicatrice rápidamente luego de un procedimiento quirúrgico menor bastante sencillo, como es una biopsia por incisión. (18)

En caso de que la úlcera sea provocada por una pla-

ca ortodóntica sobreextendida, su tratamiento consistirá en corregir la causa subyacente, desgaste del aparato ortodóntico y hecho ésto, la úlcera suele cicatrizar rápidamente. Para erradicar la lesión se debe tratar primero la causa que la provoca y esperar de 7 - 15 días para observar la evolución del proceso, si se elimina al agente causal ya sea dentario o protésico, la úlcera cura rápidamente revelando su origen --- traumático, pero si ya existen modificaciones patológicas del estado general del paciente como diabetes, deficiencias nutricionales o alimentarias, el proceso puede empeorarse. (10)

Como tratamiento sintomático se puede describir algún analgésico, si las molestias son demasiadas, o bien toques con solución de isodine y esperar que las úlceras se resuelvan solas.

1.1.4 ESTOMATITIS AFTOSA.

En lesiones únicas de aftas puede aplicarse con un hisopo impregnado de Nitrato de plata durante algunos segundos y así se produce la cauterización del núcleo central de la úlcera. (9) También se utiliza el contenido de una cápsula de tetraciclina disuelta en agua y hacer colutorios, o bien, el contenido de la cápsula impregnarlo en un hisopo y aplicar de 3 - 4 veces al día.

Se considera que en pacientes con estomatitis aftosa en los que no es posible encontrar enfermedades sistémicas

el tratamiento señalará:

1. Que no hay curación segura
2. Que es posible que el estado se trate en forma paliativa y volverse tolerable.
3. Que la enfermedad cure en forma espontánea.

Se deberá investigar si hay deficiencia de Vitamina B₁₂ y como se dijo, el tratamiento es empírico.

Ahora bien, el tratamiento en base a medicamentos - podría ser favorable utilizando:

- Corticosteroides pues con el uso de comprimidos de Corlen (hemisuccinato de hidrocortisona) 2.5 mg. disueltos en boca 3 veces al día, actúa acelerando la cicatrización de las úlceras.
- Triamcinolona en Orabase (Adcortyl A) que es un corticosteroide que se adhiere a la mucosa húmeda en forma de gel por varias horas.
- Enjuagues Bucales con Tetraciclina pues la tetraciclina, reduce la infección secundaria de las úlceras y alivia de esta manera los síntomas; se aplican 250 mg. de tetraciclina en 10 ml. de líquido y mantener en boca 2 - 3 minutos, 3 veces al día.
- Clorhexidina en solución de 0.2% como enjuague bucal, 3 veces al día, reduce la duración y el malestar en cierto grado.
- Preparaciones de Salicilato de acción local, ya que tie-

ne un efecto antiinflamatorio. (5)

Hay un sinnúmero de tratamientos para aftas, pero ninguno de ellos sugiere que sea eficaz, lo único que se puede decir es que todos ejercen un efecto paliativo del trastorno.

A pesar de que no se conoce mecanismo alguno para prevenir esta enfermedad, hay informes de varios agentes que resultan útiles para controlar el dolor y el malestar que acompañan a las úlceras aftosas. Específicamente la suspensión de tetraciclina y la terapéutica general o tópica con esteroides se han empleado con eficacia. Con frecuencia es necesario emplear un agente anestésico tópico para reducir el malestar y facilitar el momento de comer cuando los efectos del antibiótico o la preparación esteroidea se hagan evidentes. (16)

Se opina también que en la estomatitis aftosa ligera se indica la aplicación de un emoliente tópico protector como el Orabase y en casos más graves utilizar preparados de corticosteroides tópicos para disminuir el tiempo de curación de las lesiones, usando preparados como Kenalog en Orabase aplicado a las lesiones 4 veces al día. Y en casos graves, pensar en tratamiento a base de tetraciclinas; pero también pensar en el peligro de reacciones alérgicas o candidiasis oral por el uso de este medicamento. (21)

En conclusión, diremos que muchos autores coinciden

en que para el tratamiento de las lesiones aftosas deberá -- instruirse al paciente respecto al cuidado de la boca. Así -- se prescribirá un buen purgante, las ulceraciones se tocarán con un lápiz con nitrato de plata (si lo juzga conveniente) o bien, con yoduro de zinc o vaselina líquida utilizada como -- vehículo. También se prescribirá como complemento, enjuagato -- rios con soluciones antisépticas y para el dolor se dará 30 -- centígramos de Anacina o Aspirina cada 4 - 5 horas, para ali -- viar las molestias en cierta medida.

1.1.5 QUEILITIS.

La *Queilitis* se considera que es un tipo de lesión -- rebelde al tratamiento y deberán lavarse las partes afectadas con solución de ácido bórico y la aplicación local de una po -- mada que contenga alcanfor alivia el prurito. (12)

Como se considera que la *candida albicans* puede ser causante de esta lesión, también se considera pertinente el -- empelo de nistatina en aplicaciones tópicas en el sitio de la lesión.

Se recomienda evitar la ingestión de alimentos y be -- bidas irritantes, ya que estas lastiman las zonas afectadas y prolongan aún más el proceso de reparación de los tejidos co -- misurales. En sí, la terapéutica para las *queilitis* es bas -- tante pobre debido a que este tipo de lesión generalmente -- cura espontáneamente y consideramos que solamente con mante --

ner una buena higiene oral es suficiente para que esta remita en pocos días, sin dejar secuela ni cicatriz.

J.J.6 QUISTE DE ERUPCION.

El tratamiento para este tipo de quiste, está regido por el tamaño de la lesión. Pero por lo general este tipo de lesión no requiere de tratamiento puesto que el diente brota sin retardo significativo. (19) Esto es aplicado en el -- caso de que el paciente no refiera molestias mayores y que no esté provocando este quiste ningún daño que sea bastante perceptible.

En opinión de otros autores, estos indican que el -- tratamiento para esta lesión consiste simplemente en extirpar la mucosa suprayacente para que drene el contenido hemorrágico y que quede expuesta la corona del diente, y así se solucionará el problema con la erupción normal de la pieza. (20)

J.J.7 PERICORONITIS.

Esta afección es de resolución rápida con el tratamiento adecuado, o sea, eliminando la causa de la infección y usando antibioticoterapia y por lo general son raras las -- secuelas graves. (19) Cuando este tipo de infección pericoronaria existe y hay fluctuación visible y palpable, la inci-

sión y el drenaje seguidos de colutorios salinos y calientes, sobre la región, suele dar alivio rápido y no necesita más -- tratamiento. (20)

En sí, el tratamiento definitivo dependerá del diagnóstico en lo que respecta a la displasia del diente que -- está cubierto por mucosa. Si el diente no está impactado, -- pero ha provocado molestias frecuentes sin brotar y se vé que no hay espacio suficiente para la erupción adecuada, la extrac -- ción está indicada. (20)

También se indica explorar con una pequeña sonda de plata estéril, debajo de la zona pericoronar infectada, para -- así liberar el pus; hay que irrigar y subsecuentemente indi -- car antibióticoterapia para ayudar al tratamiento y evitar -- una infección secundaria. En ocasiones si se trata de un -- tercer molar, puede extraerse el diente involucrado cuando se haya establecido un nivel satisfactorio de antibióticos, si -- solo es la pericoronitis sin infección localizada purulenta -- es innecesaria la terapéutica con antibióticos.

Comúnmente se observan las pericoronitis alrededor -- de los primeros molares permanentes y sin infección purulenta solamente con ligera edematización de la mucosa y es en estos casos cuando se indica únicamente la remoción de esa porción de tejido que está lastimado.

CASUÍSTICA

CASO CLINICO NUM. J

Nombre: Viviana del Rosario Hdez.

Sexo: Femenino

Edad: 12 años

Nivel S-C: Medio

Ocupación: Estudiante 5° Primaria

Lugar de Origen: Guadalajara.

Tipo de Patología: Herpes Simple

Se presentó la paciente a consulta y se observaron ciertas lesiones en paladar duro, que por sus características clínicas y sintomatología, nos llevó a diagnosticar un Herpes -- Primario. Se le prescribieron analgésicos y se le recomendó -- reposo, además de la ingestión abundante de líquidos y una -- buena dieta rica en proteínas. Al término de 17 días se le -- revisó y las lesiones estaban ya casi cicatrizadas.

CASO CLINICO NUM. 2

Nombre: Alejandro López Mtez.
Edad: 12 años.
Ocupación: Estudiante 5° Primaria
Lugar de Origen: Cd. Guzmán, Jal.

Sexo: Masculino
Nivel S-C: Medio

Tipo de Patología: Herpes Simple

Acudió a la consulta privada porque le alarmó la presencia de lesiones que hacía 15 días aparecieron en labios y regiones circunvecinas; se examinaron las lesiones de tipo vesicular y se diagnosticó un Herpes de tipo Primario en labios.

Se prescribió analgésicos y el uso de Xilocalina en pomada para aliviar un poco el dolor y se recomendó la ingestión de líquidos y reposo.

CASO CLINICO. NUM. 3

Nombre: Ernestina Pacheco
 Edad: 8 años
 Ocupación: 3° año de Primaria
 Lugar de Origen: Tlaquepaque.

Sexo: Femenino.
 Nivel S-C: Bajo

Tipo de Patología: Candidiasis.

Acudió a su cita en la clínica de Odontología, en el Departamento de Infantil y se le observaron ciertas placas blancas en lengua, al hacer el interrogatorio a su mamá, nos refirió que la paciente estuvo bajo tratamiento de antibióticos y que últimamente ha estado bastante debilitada; por lo que concluimos que se trataba de Algodoncillo. Su médico le prescribió Miconazol en tabletas durante 9 días, la lesión desapareció, pero aproximadamente a los 7 días apareció nuevamente y también se observó la aparición de este problema en su hermana mayor.

CASO CLINICO. NUM. 4.

Nombre: Alejandra Pacheco
Edad: 12 años
Ocupación: 6° año de Primaria
Lugar de Origen: Tlaquepaque

Sexo: Femenino.
Nivel S-C: Bajo

Tipo de Patología: Candidiasis.

Se presentó a su cita al Departamento de Infantil y se -- observaron leves lesiones blanquecinas en la parte dorsal y -- lateral de la lengua. Se refirió que las lesiones eran iguales a las de su hermana menor, por lo que se pensó que había -- ocurrido un contagio.

Se le trató con Nistatina en suspensión de 100,000 Unidades cada 6 horas.

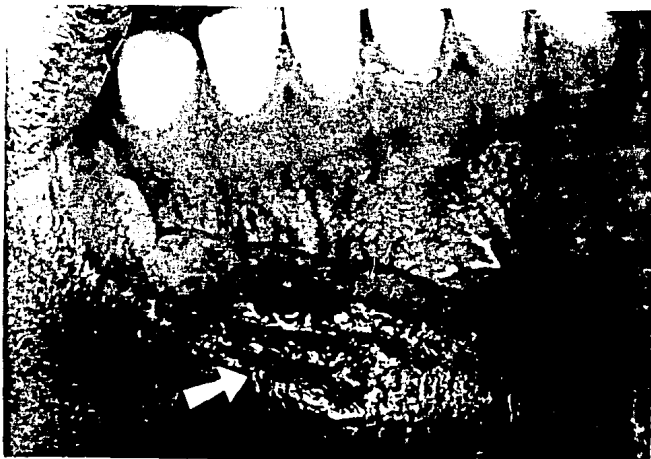
CASO CLINICO: NUM. 5

Nombre: Fabiola Rdguez. López
 Edad: 9 años
 Ocupación: 3er. año Primaria.
 Lugar de Origen: Guadalajara.

Sexo: Femenino.
 Nivel S-C: Alto

Tipo de Patología: *Úlcera Traumática.*

La paciente acudió a la consulta en la Primaria Antonio - Caso, refiriendo molestia bastante dolorosa en el paladar y refirió haber comido pizza caliente; se le examinó y se observó una quemadura en el paladar, se dejó en observación y a los 8 días la lesión remitió sola.

CASO CLINICO NUM. 6

Nombre: Francisco Javier Rdguez.
Edad: 8 años
Ocupación: 3er. año Primaria
Lugar de Origen: Guadalajara.

Sexo: Masculino
Nivel S-C: Alto

Tipo de Patología: *Úlcera Traumática*

El paciente al acudir a su cita, presentaba esta lesión y su mamá refirió que le apareció luego de la cita anterior.

Se concluyó que era una úlcera traumática debido a la mordedura del labio anestesiado.

Se dejó en observación y la lesión desapareció en solo 5 días.

CASO CLINICO NUM. 7

Nombre: Beatriz Eugenia Orozco
Edad: 12 años
Ocupación: 6° Primaria
Lugar de Origen: Lagos de Moreno

Sexo: Femenino
Nivel S-C: Medio

Tipo de Patología: Estomatitis Aftosa.

La paciente al asistir a su cita, refirió que le habían aparecido unas úlceras bastante dolorosas en la parte interna del labio, a nivel de la comisura; se examinó y se llegó a la conclusión de que eran lesiones aftosas, por lo que se le indicaron enjuagues con Bicarbonato de Sodio únicamente; las lesiones desaparecieron dentro de su período normal.

CASO CLINICO NUM. 8

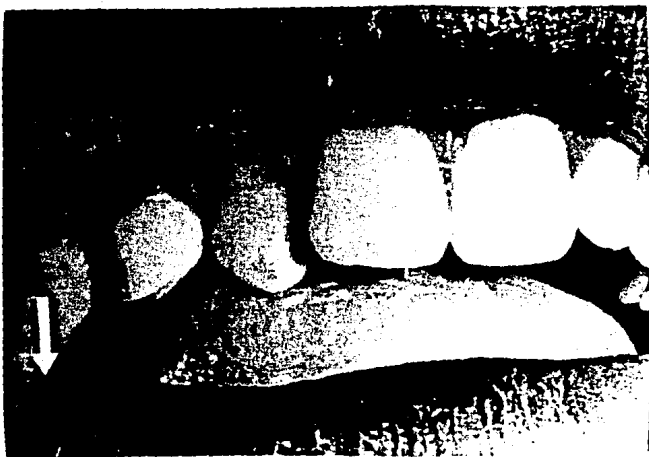
Nombre: Fausto Molina Castellón
 Edad: 12 años
 Ocupación: Estudiante
 Lugar de Origen: Guadalajara.

Sexo: Masculino
 Nivel S-C: Bajo

Tipo de Patología: Estomatitis Aftosa

El paciente refirió que había algo en su carrillo y que le molestaba mucho, que le impedía comer bien. Se le examinó y se observó una lesión aftosa. Se le recomendaron enjuagues con Bicarbonato o con Tetraciclina de 3 - 4 veces al día.

La lesión remitió dentro de su período normal sin dejar cicatriz.

CASO CLINICO NUM 9

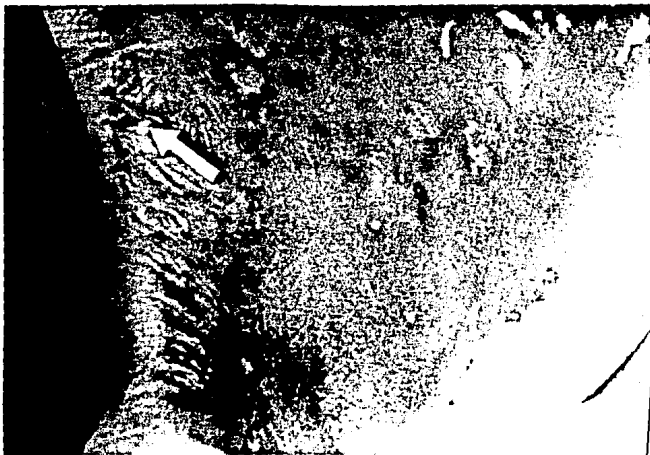
Nombre: Ernesto Araujo Peña
 Edad: 12 años
 Ocupación: Estudiante
 Lugar de Origen: Guadalajara

Sexo: Masculino
 Nivel S-C: Medio

Tipo de Patología: *Queilitis.*

El paciente acudió al dentista porque presentaba unas ---
 pequeñas lesiones en la comisura del labio que le impedían --
 abrir libremente la boca. Al examinarlo, se observó una pe---
 queña lesión del tipo de las queilitis.

Se le sugirió al paciente no ingerir alimentos ni bebidas
 irritantes y aplicación de vaselina en las zonas afectadas --
 para lubricar un poco. La lesión desapareció sola en 7 días -
 aproximadamente.

CASO CLINICO NUM 10

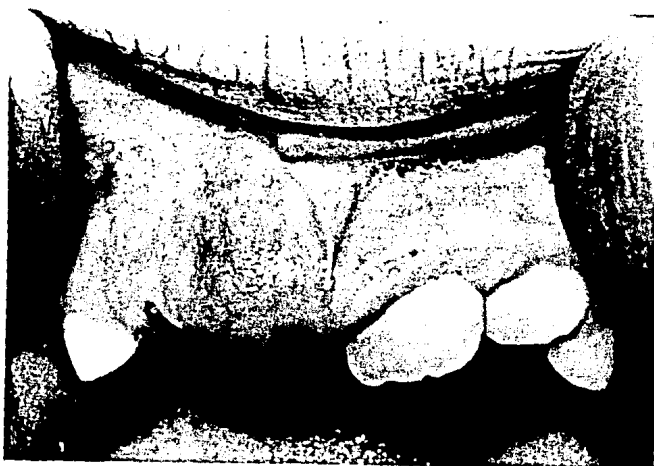
Nombre: Ana María Esparza.
Edad: 11 años
Ocupación: Estudiante
Lugar de Origen: Chapala, Jal.

Sexo: Femenino
Nivel S-C: Bajo

Tipo de Patología: *Queilitis.*

La paciente nos expresó que sentía como una herida en el pliegue de los labios y que le producía ardor. Se le observó y se comprobó que efectivamente presentaba una lesión tipo -- queilitis.

Se le indicó unos toquitos con solución de Bicarbonato como paliativo y se le indicó que la lesión en pocos días -- curaría sola.

CASO CLINICO NUM 11

Nombre: Susana Rojas Mancilla
 Edad: 6 años
 Ocupación: Estudiante
 Lugar de Origen: Guadalajara

Sexo: Femenino
 Nivel S-C: Alto

Tipo de Patología: Quiste de Erupción.

La paciente fue llevada por su mamá a la consulta odontológica debido a que había observado cierta tumefacción azulosa en la región anterior del maxilar superior y que la niña refería dolor y además la ausencia de su diente.

Se inspeccionó la paciente y se le descubrió una tumefacción y a la palpación apareció una zona isquémica, por lo que se comprobó que el diente estaba a punto de erupcionar. Se le hizo una pequeña incisión en la encía para acelerar la erupción y disminuir las molestias.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CASO CLINICO NUM. 12



Nombre: Irene Elizabeth Castro
 Edad: 6 años
 Ocupación: Estudiante
 Lugar de Origen: Guadalajara.

Sexo: Femenino
 Nivel S. C.: Alto

Tipo de Patología: Quiste de Erupción

La mamá de la paciente nos refirió que la niña estaba muy molesta y que le preocupaba la hinchazón que veía en la parte anterior del maxilar superior. Se hizo palpación en la zona y se descubrió el diente sin erupcionar.

Se mantuvo en observación por un tiempo prudente y el diente erupcionó solo.

CASO CLINICO NUM. 13

Nombre: Soñla Vasconcelos
Edad: 5 años
Ocupación: Estudiante Kinder
Lugar de Origen: Guadalajara

Sexo: Femenino
Nivel S-C: Medio

Tipo de Patología: Pericoronitis.

Al examinar a la paciente para hacer un diagnóstico bucal se observó muy mal estado de higiene oral y también una pericoronitis por erupción del primer molar inferior.

No se dió tratamiento alguno.

CASO CLINICO NUM. 14

Nombre: Juan José Celis
Edad: 6 años
Ocupación: jer. año Primaria
Lugar de Origen: Guadalajara

Sexo: Masculino
Nivel S-C: Alto

Tipo de Patología: Pericoronitis

Se observó una pericoronitis por erupción del primer molar inferior, pero como no refería ninguna molestia, no se --
dió ningún tratamiento; solo se mantuvo en observación hasta la erupción completa del molar.

CONCLUSIONES

En este trabajo, analizamos las siete alteraciones estomatológicas, que a mi criterio personal son las más comunes en escolares menores de 12 años de edad; del estudio elaborado, obtuvimos las siguientes conclusiones:

1. La frecuencia con que se presentan estas alteraciones, es mayor de lo que normalmente pensamos.
2. El cuidado y tratamiento de dichas alteraciones es relativamente simple, pero si no hay un manejo adecuado, se pueden tener muchas complicaciones y severas consecuencias.
3. Es necesario que todo Cirujano Dentista esté perfectamente familiarizado con estas alteraciones, para así poder manejar adecuadamente a sus pequeños pacientes.
4. Que el diagnóstico temprano de estas lesiones nos ahorra muchas complicaciones posteriores para nuestro paciente.
5. Consideramos también que estas lesiones pueden, la mayoría de las veces, pasar inadvertidamente por la madre, e incluso por el mismo paciente, y si nosotros no las detec-

tamos, ocasionaremos un daño mucho mayor a nuestro paciente.

6. Por la razón antes mencionada, concluimos que somos nosotros los que debemos insistir en que si ya se detectó la lesión, la madre y el paciente mismo, cooperen con nosotros para aliviar lo antes posible este padecimiento.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Velázquez Tomás
Anatomía Patológica Dental y Bucal.
Editorial Fournier, 1a. edición.
México, 1977
Pags. 174, 176, 178.
- (2) Bhaskar, S.N.
Patología Bucal
Editorial El Ateneo, 2da. edición
Argentina, 1977
Pags. 273, 276, 279, 280.
- (3) Barket, Lester W.
Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento
Editorial Interamericana, 6a. edición
México, 1971
Pags. 49, 50.
- (4) Zegarelli, Edward V.
Kustscher, Austin H.
Hyman, George A.
Diagnóstico en Patología Oral
Editorial Salvat, 2da. edición
Pags. 125.

- [5] Cawson, R.A.
Cirugía y Patología Odontológicas
Editorial Manual Moderno, 3a. edición
Argentina
Pags. 313, 315, 324
- [6] Spouge, J.D.
Patología Bucal
Editorial Mundi, 1a. edición
Pags. 313
- [7] Holloway, P.J.
Swallow, J.N.
Salud Dental Infantil
Editorial Mundi, 1a. edición
Argentina, 1979
Pags. 158, 152
- [8] Grinspan, David
Enfermedades de la Boca, Patología Clínica y Terapéutica de la mucosa bucal.
Editorial Mundi, 1a. edición
Argentina 1895
Tomo III, Pags. 1577

- [9] Borghelli, Ricardo Fco.
Temas de Patología Bucal
Editorial Mundi, 1a. edición
Argentina, 1979
Pag. 153.
- [10] Grinspan, David.
Enfermedades de la Boca, Patología Clínica y Terapeútica de la Mucosa Bucal.
Editorial Mundi, 1a. edición
Argentina 1895
Tomo II, Pag. 787
- [11] Eversole, Lewis R.
Patología Bucal, Diagnóstico y Tratamiento
Editorial Panamericana
Argentina, 1983
Pags. 27, 65, 69, 71, 105.
- [12] Hayes, Levis V.
Winter, Leo
Diagnóstico clínico de las Enfermedades de la Boca.
Editorial UTEHA, 2a. edición
México, 1954
Pags. 51, 56, 57, 87

- [13] Goldman / Bilmore
Irby / Mc Donald
Actualizaciones en Odontología
Editorial Mundí, 1a. edición
Argentina, 1980
Pag. 187.
- [14] Pindborg, J.J.
Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral
Editorial Salvat, 3a. edición.
Barcelona, 1981
Pags. 160, 166, 167
- [15] Finn, Sidney
Odontología Pediátrica
Editorial Interamericana, 4a. edición
México, 1973
Pags. 566, 567
- [16] Barber, Thomas K.
Luke, Larry S.
Odontología Pediátrica
Editorial Manual Moderno, 1a. edición
México, 1985
Pags. 335, 345, 346.

- [17] Cabrini, Rómulo L.
Anatomía Patológica Bucal
Editorial Mundo, 1a. edición
Argentina, 1980
Pags. 188, 190
- [18] Dechaume, Michel
Estomatología
Editorial Toray Masson, 1a. edición.
Barcelona, 1969
Pags. 69, 39, 40, 41, 45
- [19] Shafer, William
Tratado de Patología Bucal
Editorial Interamericana, 3a. edición
México, 1977
Pags. 241, 329, 335, 357, 467, 503
- [20] Kruger, Gustav O.
Tratado de Cirugía Bucal
Editorial Interamericana, 4a. edición
México, 1978
Pags. 160, 161, 162

(21) Lynch, Malcolm
Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento
Editorial Ieteramericana, 7a. edición
México, 1980
Pags. 30, 31, 34, 35.