

24
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PATOLOGIA BUCAL
EN ODONTOPEDIATRIA

Vo bo
[Signature]

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

ADRIANA ANAYA RAMOS

DULCE CECILIA HURTADO AMADOR

ASESORA: C.D. M.O. BEATRIZ ALDAPE HARRIOS



MEXICO, D. F.,

1996



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
--------------------------	----------

CAPITULO I

ENFERMEDADES BUCALES Y ANOMALÍAS DE TEJIDOS BLANDOS EN NIÑOS

LESIONES BENIGNAS DE LA SUPERFICIE MUCOSA

Lengua fisurada.....	3
Glositis romboidea media.....	4
Gránulos de fordyce.....	5

LESIONES BLANCAS

Nevo esponjoso blanco.....	6
Leucoedema.....	7
Glositis migratoria (lengua geográfica).....	8
Candidiasis.....	9

LESIONES PIGMENTADAS.

Tatuaje por amalgama.....	10
Mácula melanótica bucal.....	11
Nevo melanótico.....	12
Hematoma	13

LESIONES ULCERADAS.

Úlcera aftosa.....	14
Úlcera traumática.....	15
Infección recurrente de herpes simple.....	16
Gingivostomatitis herpética.....	17
Queilitis angular.....	18

LESIONES PAPILARES.

Papiloma.....	19
Verruga vulgar.....	20
Condiloma acuminado.....	21

CAPITULO II

LESIONES MESENQUIMATOSAS BENIGNAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

Granuloma piógeno.....	23
Hiperplasia inflamatoria fibrosa (fibroma por irritación).....	24
Fibroma periférico osificante.....	25
Granuloma periférico de células gigantes	26
Hemangioma.....	27
Linfoangioma.....	28
Neurofibroma.....	29
Épulis congénito.....	31

CAPITULO III

QUISTES Y SEUDOQUISTES EN TEJIDOS BLANDOS.

Quiste palatino y de la lámina dental en recién nacido.....	33
Fenómeno de retención mucosa (mucocèle).....	35
Quiste linfoepitelial.....	36
Quiste de la erupción.....	37

CAPITULO IV

QUISTES ODONTÓGENOS Y NEOPLASIAS MAXILARES.

Quiste dentigero.....	39
Queratoquiste odontógeno.....	40
Tumor odontógeno adenomatóide.....	42
Odontoma complejo/compuesto.....	43
Fibroma ameloblástico.....	45

CAPITULO V.

NEOPLASIAS BENIGNAS, NO ODONTÓGENAS DE LOS MAXILARES.

Tumor neuroectodérmico melánotico de la infancia.....	47
Granuloma central de células gigantes.....	48
Querubismo.....	49
Quiste óseo traumático.....	51
Displasia fibrosa.....	52

CAPITULO VI.

TUMORES MALIGNOS.

Osteosarcoma. (sarcomas osteógenos).....	55
Rabdomiosarcoma.....	58

Linfoma maligno.....	60
Sarcoma Ewing.....	62

CAPITULO VII

LESIONES INFLAMATORIAS DEL HUESO.

Osteomielitis esclerosante focal (osteítis condensante).....	64
Absceso periapical.....	66
Osteomielitis crónica con periostitis proliferativa (osteomielitis de Garré).....	68

CAPITULO VIII

ANOMALÍAS DE ESTRUCTURA DEL ESMALTE.

Amelogénesis imperfecta.....	71
Hipoplasia localizada del esmalte.....	73

CAPITULO IX.

ANOMALÍAS DE ESTRUCTURA EN LA DENTINA.

Dentinogénesis imperfecta.....	75
Displasia dentinaria.....	77

CAPITULO X.

ALTERACIONES DE LA ERUPCIÓN.

Dientes natales..... 79

Dientes neonatales..... 79

CONCLUSIONES..... 80

BIBLIOGRAFÍA..... 81

INTRODUCCIÓN

La patología bucal representa un problema para los cirujanos dentistas generales en la práctica diaria, ya que por falta de información es difícil dar un diagnóstico o tratamiento certero o bien muchas de las veces pasan desapercibidas, con nuestro trabajo tratamos de hacer un manual práctico con recopilación de los datos de varios autores sobre las características generales, diagnóstico diferencial y tratamiento de cada una de las enfermedades más frecuentes en niños, presentando algunos casos clínicos de algunas de ellas de pacientes recibidos en la clínica de odontopediatría de la facultad de odontología UNAM.

CAPÍTULO I

. ENFERMEDADES BUCALES Y ANOMALÍAS DE TEJIDOS BLANDOS EN NIÑOS.

LESIONES BENIGNAS DE LA SUPERFICIE MUCOSA.

LENGUA FISURADA.

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Lengua fisurada es una anomalía del desarrollo. Tiene varios sinónimos: lengua escrotal , lengua disecada, lengua plegada.

Son pocos los niños que la presentan y pueden o no tener significación clínica , aunque a veces se asocia con el cretinismo y el síndrome de Down

Las fisuras en el dorso de la lengua suelen tener un patrón simétrico y pueden ser longitudinales o perpendiculares al borde de la lengua, pueden llegar a presentar variaciones morfológicas

Los tipos más frecuentes son una extensible fisura central, anteroposterior, de la que irradian lateralmente fisuras más pequeñas a modo de nervaduras de una hoja. Este patrón se demuestra claramente cuando el paciente estira la lengua. Las fisuras pueden ser relativamente superficiales o profundas, esto determina el grado de inflamación.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.- Glositis migratoria.

TRATAMIENTO.- Es innecesario, a menos que se desarrolle una inflamación leve de la base de las fisuras por acumulación de restos alimenticios. El cepillado de la lengua y una mejor higiene ayudarán a reducir la inflamación y sensibilidad.

GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA.

CARACTERÍSTICAS GENERALES Anomalia congénita de la lengua. Varía de una área lisa, plana o deprimida desprovista de papilas normales, en ocasiones hay un agrandamiento nodular elevado en forma ovoide o de diamante. La lesión por lo general es asintomática en ocasiones se inflama por irritación

Se encuentra anterior a las papilas circunvaladas en la línea media del dorso lingual a menudo se vinculan con infección crónica localizada provocada por *Candida albicans*.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.- Candidiasis
Neurofibroma.
Tiroides lingual.

TRATAMIENTO.- No se requiere terapéutica sin una lesión relativa al desarrollo. Aplicar fungicidas si la lesión es invadida. Si se torna un problema de irritación crónica se recomienda su excisión quirúrgica.

GRÁNULOS DE FORDYCE.

CARACTERÍSTICAS GENERALES - Los gránulos de Fordyce corresponden a las glándulas sebáceas ectópicas o quistomas sebáceas (tejido normal de localización anormal) de origen embriológico los gránulos se observan en pequeños grupos y aparecen clínicamente como numerosas manchas blanco-amarillentas que se localizan de preferencia en la mucosa vestibular bilateral, mucosa labial y papila retromolar, donde se distribuyen de manera simétrica, el 60% ocurre en menores de 10 años, durante la pubertad hay más tendencia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Queratosis focal.
Pequeñas colonias de *Candida albicans*.

TRATAMIENTO.- No requiere de tratamiento alguno, ya que las glándulas son normales y no producen molestias.

LESIONES BLANCAS.

NEVO ESPONJOSO BLANCO.

CARACTERÍSTICAS GENERALES.- Lesiones blancas plegadas, difusas, textura esponjosa, la mucosa se nota engrosada , heredado como carácter autosómico dominante, son bilaterales, con compromiso de la lengua y eventualmente de otros sitios de la mucosa oral.

Se puede presentar durante el nacimiento pero alcanza su expresión máxima durante la adolescencia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.- Leucoedema.

Disqueratosis interepitelial hereditaria
benigna.

TRATAMIENTO.- No requiere tratamiento alguno, situación benigna.

LEUCOEDEMA.

CARACTERÍSTICAS GENERALES.- Opacencias blancas lechosas, difusas y membranosas de la mucosa, aspecto de arrugado o plegado, cuando se despliegan disminuye la coloración blanquecina, es una afección bilateral asintomática.

No hay predilección por sexo es más frecuente en la raza negra y la incidencia aumenta con la edad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.- Nevo esponjoso blanco.

Disqueratosis intraepitelial hereditaria
benigna.

TRATAMIENTO.- No se necesita ningún tratamiento es una variación usual de la mucosa oral.

GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA.

CARACTERÍSTICAS GENERALES.- Se ven en el dorso de la lengua y sus márgenes laterales zonas multifocales circundadas e irregulares de erosión, que se caracterizan por pérdida de papilas piliformes.

Las papilas fungiformes aparecen intactas y pueden presentar ligera tumefacción con grados variables de eritema. Las zonas erosionadas se hayan rodeadas de papilas filiformes, hipertróficas, circunlesionales blancas queratósicas

Las lesiones aparecen y desaparecen con episodios de remisión. Durante los episodios recurrentes, las lesiones se ven en ubicaciones distintas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.- Candidiasis.

Lengua fisurada.

TRATAMIENTO.- No se requiere si presenta síntomas se recomienda dieta blanda.

CANDIDIASIS.-

CARACTERÍSTICAS GENERALES.- Edad pediátrica primera y segunda década sin predilección por sexo. Son superficies tipo placa un tanto elevadas, blandas, blancas cremosas, se eliminan mediante frotamiento, dejando mucosa eritematosa, puede ser sensible o presentar sensación quemante aunque la candidiasis es frecuente y benigna en los niños en los adultos jóvenes puede ser señal de SIDA .

Las colonias de candida se pueden localizar en mucosa vestibular, labios, paladar, y lengua.

La candida es una infección oportunista incluyen los antibióticos, los diabéticos, los aparatos de ortodoncia y el tratamiento supresivo favorecen su aparición.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.- Se puede confundir con placa,
Infección bacteriana superficial.
Quemadura química.

TRATAMIENTO.- Fungicida como la nistatina oral o con tabletas de clotrimazol.

LESIONES PIGMENTADAS.

TATUAJE POR AMALGAMA -

CARACTERÍSTICAS GENERALES.- No hay predilección por edad ni sexo. Son lesiones pigmentadas pequeñas bien definidas, color azulado gris o negro azulado. Los bordes por lo general son algo difusos y pigmentados.

Se encuentran ubicados en la encía, en el reborde alveolar y mucosa vestibular. Los grandes depósitos de amalgama pueden revelarse por medios radiográficos. Los tatuajes por amalgama son habitualmente solitarios, pero a veces pueden ser múltiples.

Estas lesiones son asintomáticas e importa solamente en diferenciarlas de otras lesiones pigmentadas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.- Mácula melanótica bucal
Hematoma.
Nevo melanótico.

TRATAMIENTO.- Ninguna terapéutica es necesaria, mancha permanente.

MÁCULA MELANÓTICA BUCAL

CARACTERÍSTICAS GENERALES Lesión focal pigmentada que puede corresponder a varias enfermedades entre las que se incluyen la mancha pigmentada idiopática, pecas o lentigos intraorales y máculas relacionadas con el síndrome de Peutz--Jeghers o enfermedad de Adison.

Mácula plana bien definida, bien circunscrita, sencilla o múltiple, parda--negra, gris o de color azulado, asintomática y puede aparecer en el paladar, mucosa vestibular, labios y encía. Pigmentación más ordinaria en la cavidad oral de individuos con piel blanca.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Nevo melanocítico
Hematoma.

TRATAMIENTO. No se requiere, puede tomarse biopsia para descartar que sea maligno.

NEVO MELANÓTICO

CARACTERÍSTICAS GENERALES El nevo puede aparecer al nacer, en la pubertad, o tempranamente en la edad adulta.

Aparece como una área irregular plana o ligeramente elevada, bien circunscrita de color pardo-azul o negro, asintomático.

La lesión representa una malformación del desarrollo más que una neoplasia verdadera y esta compuesta de una masa de melanoblastos productores de pigmento melanótico. Se localiza en cualquier sitio aunque son poco frecuentes dentro de la boca. Casi todas las lesiones intrabucales se presentan como pápulas elevadas, en ocasiones no pigmentadas que se localizan, por lo general, en el paladar duro, con menos frecuencia en la mucosa bucal, labial o gingival, el proceso alveolar a los labios.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ,
Manchas melanóticas.
Tatuajes por amalgama.
Hematoma.
Melanoma.

TRATAMIENTO Excisión por el potencial de transformación maligna, la recurrencia es rara a menos que la excisión sea incompleta.

HEMATOMA

CARACTERÍSTICAS GENERALES Trauma de la mucosa bucal puede producir hemorragia y un área clínica de coloración rojo púrpura, conocida como hematoma, que es un gran coágulo resultante de la sangre liberada dentro de los tejidos por un vaso sanguíneo roto, con forma de domo elevado, bien circunscrito o difuso, fluctuante o firme de color azul negro y puede presentar sensibilidad, a la palpación, se puede presentar en la mucosa vestibular, labios paladar blando y piso de boca.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Mácula melanótica
Nevo melanótico.

TRATAMIENTO. No se requiere, resolución de la lesión al cabo de siete a catorce días.

LESIONES ULCERADAS

ÚLCERA AFTOSA

CARACTERÍSTICAS GENERALES Es una ulceración dolorosa de la mucosa que ocurre en los niños de la edad escolar y en adultos que afecta del 10% al 60% de la población. Las úlceras tienen mayor prevalencia en personas de entre 10 y 20 años de edad con prevalencia en mujeres.

Se localizan generalmente en la lengua, la mucosa vestibular y el piso de boca y en los pilares de las fauces, no se encuentran en piel, labios, encía o paladar duro, por lo general son redondeados u ovales, no precedidas por vesículas. Tipo menor por lo regular única, que mide menos de 1 cm de diámetro, es poco frecuente, tipo mayor grave, cura después de dos semanas, deja cicatriz, tipo herpetiforme, varios grupos recurrentes de úlceras.

La causa es desconocida tal vez un defecto inmunitario de linfocitos T, no es producido por un virus, los factores precipitantes son el estrés, traumatismos, alergias y estados endocrinos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Úlcera traumática
Úlcera herpética recurrente.

TRATAMIENTO. Alivio sintomático, si es grave enjuague bucal con suspensión de tetraciclina. Frecuencia de recurrencia variable

ÚLCERA TRAUMÁTICA

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Ulceración focal. Su aparición es respuesta de innumerables lesiones traumáticas que pueden ser quemaduras

En general la lesión es solitaria y difusa o localizada, superficial o profunda, cubierta por pseudomembrana blanca, dolorosa, a menudo cicatriza al cabo de 7 días son más frecuentes en los márgenes laterales de la lengua, mucosa vestibular y paladar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Úlcera aftosa.
Úlcera herpética recurrente.

TRATAMIENTO.- Alivio sintomático y eliminación de causa.

INFECCIÓN RECURRENTE DE HERPES SIMPLE

CARACTERÍSTICAS GENERALES El agente causal es el virus herpes simple tipo 1. Las lesiones ocurren por la activación del virus que se encuentra inactivo en el ganglio del nervio trigémino en un huésped con infección previa. Casi el 25% de los enfermos presentan uno o más episodios al mes de la activación viral puede vincularse con el frío, la luz solar o el estrés. Por lo general el paciente refiere lesiones similares en labios y en la unión mucocutánea, las comisuras bucales o debajo de la nariz.

Hay comezón o una sensación de cosquilleo antes de que ocurra las lesiones. Las vesículas se rompen y forman costras en 36 a 48 horas. Las concentraciones virales concentran su punto máximo durante las primeras 48 horas de la infección, para después disminuir.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Úlceras de gingivostomatitis herpética.

TRATAMIENTO. Sólo tener bien lubricada la lesión para facilitar la cicatrización.

GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Causada por el virus del herpes simple tipo I. Las manifestaciones de la infección representan la exposición primaria del enfermo al virus. Se encuentra con mayor frecuencia en la infancia temprana, pero puede presentarse en adolescentes y adultos. Se presentan vesículas en la mucosa labial, lingual y gingival, que poco tiempo después revientan para formar úlceras grandes y dolorosas. Las encías presentan edema y eritema con sangrado fácilmente ante cualquier estímulo ligero de la lengua. Puede mostrar una cubierta blanca.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Úlcera aftosa
Úlcera traumática.

TRATAMIENTO. La enfermedad es autolimitada y por lo general la etapa aguda dura 7 a 10 días. El tratamiento consiste en reposo, administración de antipirético, si hay fiebre.

Los enjuagues paliativos con Benadril y kapectate ayudan aminorar las molestias. Se debe tomar muchos líquidos. Las úlceras sanan sin formar cicatriz, está contraindicado administrar antibiótico a menos que haya infección secundaria. No se debe administrar corticoides.

QUEILITIS ANGULAR.

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Se presenta con mayor frecuencia en adultos, aunque puede presentarse en la primera y segunda década sin predilección por sexo.

Se encuentra bien ubicada en forma bilateral a nivel de la comisura de los labios, la queilitis angular se caracteriza por úlceras focales exudativas que muestran cuarteamiento, queratosis y un leve eritema. La enfermedad es causada generalmente por *Candida albicans* o se infecta secundariamente con este microorganismo, aunque se pueden encontrar estafilococos y estreptococos.

Afecta con mayor frecuencia a respiradores bucales y en niños que repetidamente humedecen los labios con saliva.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Impétigo
Úlcera herpética recurrente.

TRATAMIENTO. Deben eliminarse y controlarse los factores predisponentes, sean locales o sistémicos. La aplicación tópica de algún ungüento que sea fungicida o antibiótico. Tendencia a que recurra la lesión.

VERRUGA VULGAR.

CARACTERÍSTICAS GENERALES Se presenta en la primera y segunda década de la vida, sin predilección por sexo.

La verruga vulgar, es una neoplásia inducida por un virus de la piel, generada por un virus papova.

La lesión es blanca con una superficie queratósitica y un borde bien delineado, es imposible distinguir un tallo. Se localiza en labios.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Papiloma.
Condiloma acuminado.

TRATAMIENTO.. Excisión de manera ocasional sufre involución espontánea. La recurrencia es rara.

CONDILOMA ACUMINADO

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Se presenta en la segunda década de la vida sin predilección por sexo.

Es una lesión papilar verrugosa provocada por el papovirus, las lesiones son múltiples y tienden a aumentar de tamaño y cualescen pronto, encontradas en grupos difusas.

Enfermedades de transmisión sexual, es más usual encontrar las lesiones en la región anogenital. Son autoinoculables y pueden transmitirse también como enfermedades venéreas. Lo que origina la denominación de verrugas venéreas.

Se localizan en el dorso de la lengua, mucosa vestibular, paladar y encía.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Verruga vulgar.

Papiloma florido bucal.

TRATAMIENTO. Recurrencia usual : excisión.

CAPÍTULO II

LESIONES MESENQUIMATOSAS BENIGNAS DE TEJIDOS BLANDOS.

GRANULOMA PIÓGENO

CARACTERÍSTICAS GENERALES Se presenta en la segunda década de la vida con predilección por el sexo femenino. El granuloma piógeno es un agrandamiento nodular bien circunscrito, pedunculado o sésil, alcanza a menudo grandes proporciones, aunque es usual que emanen de un pedículo que surge en la papila gingival, presenta unas superficies ulceradas, uniforme o lobulada de consistencia blanda, hemorrágica, de color rojo o morado.

El granuloma piógeno es el resultado de un traumatismo o irritación crónica y cambios hormonales durante la pubertad y en el embarazo, pueden causar una reacción gingival exagerada a la irritación local.

Se localiza en encía, labios, lengua y mucosa vestibular.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Fistula.

Hiperplasia fibrosa.

Granuloma periférico de células gigantes.

Hemangioma capilar.

TRATAMIENTO. Se hace la excisión y eliminación del irritante, recurre si no se elimina la causa.

HIPERPLÁSIA INFLAMATORIA FIBROSA FIBROMA POR IRRITACIÓN

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Se presenta en la primera y segunda década de la vida, y tiene predilección por el sexo femenino. Esta lesión presenta un agrandamiento sésil o pedunculado, bien circunscrito, superficie lisa agranular, firme, por lo general del mismo color que la mucosa vecina, de crecimiento lento y asintomático, se localiza en labios, mucosa vestibular, lengua y paladar.

Es una lesión reactiva más común de la cavidad bucal en niños.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Fibroma periférico osificante.
Granuloma piógeno.
Granuloma periférico de células gigantes.

TRATAMIENTO. Excisión y retiro del irritante, puede recurrir si no se erradica la causa.

FIBROMA PERIFÉRICO OSIFICANTE

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Se presenta en la segunda década, mayor incidencia a los 13 años de edad y la predilección es por el sexo femenino. Esta lesión presenta un agrandamiento sésil o pedunculado, bien circunscrito de superficie lisa o ulcerada, de consistencia firme por lo general del mismo color que la mucosa contigua, de crecimiento lento y asintomático.

Con frecuencia motiva la migración de los dientes y se localiza en la encía anterior a la región molar, por lo general en las papilas interdentes.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Granuloma piógeno.
Granuloma periférico de células gigantes.

TRATAMIENTO. Excisión profunda incluyendo el periostio y el ligamento periodontal, la recurrencia es usual.

GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Se presenta en la primera y segunda década sin predilección por sexo alguno. Puede aparecer en los rebordes alveolares dentados y desdentados, en su ubicación está restringido sólo a esas regiones de la boca. La lesión puede tener un agrandamiento nodular circunscrito con una superficie lisa y úlcera, de consistencia esponjosa o firme, presenta color rojo intenso a azulado-rojizo y es asintomático.

Esta lesión es agresiva y puede erosionar el hueso alveolar subyacente, rara vez retrasa la erupción dental o provoca migración de los dientes

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Granulomas piógeno.
Fibroma periférico osificante

TRATAMIENTO. Excisión quirúrgica incluyendo el periostio y la eliminación de irritantes locales puede recurrir si la excisión es inapropiada.

HEMANGIOMA.

CARACTERÍSTICAS GENERALES. En la primera década, la mayor parte se identifica durante el primer año tiene predilección por el sexo femenino.

Esta lesión presenta un agrandamiento bien circunscrito difuso, lobular o con forma de domo, pedunculado o sésil, color rojo intenso a azulado rojizo, blando y compresible, presenta isquemia al palparlo, es asintomático, el 16% son múltiples.

Puede causar microglosia, o macroquelia, la hemorragia por traumatismo es una complicación frecuente.

Se ubica en labio, lengua, mucosa vestibular y paladar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Linfoangioma

Granuloma piógeno.

Hematoma.

Fenómeno de retención mucosa.

Granuloma periférico de células gigantes.

TRATAMIENTO. Excisión, agentes esclerosantes, crioterapia, puede presentar regresión espontánea, no recurrente con eliminación adecuada.

LINFANGIOMA.

CARACTERÍSTICAS GENERALES Se consideran lesiones congénitas más que tumorales, ya que con frecuencia están presentes desde el nacimiento o aparecen en el periodo perinatal o en las primeras dos décadas de la vida.

Cuando estas lesiones son superficiales se presentan como tumefacciones vesiculares nodulares e indoloras, cuando su localización es más profunda como una masa submucosa cuyo color varía desde más claro que el tejido que lo rodea hasta rojo azulado cuando posee capilares.

A la palpación las lesiones pueden producir un sonido crepitante por movimiento de líquido linfático

En la boca afecta con mayor frecuencia la lengua, por lo que, las lesiones se distribuyen en forma difusa en la submucosa, puede provocar macroglosia en los labios a veces origina macroquelia y en el cuello se denominan higroma quístico, higroma colli, o linfangioma cavernoso. Este último pone en peligro la vida si la tumoración difusa de los tejidos blandos daña estructuras vitales del cuello en algunos casos el higroma quístico da origen a secuelas entre las que incluye la dificultad respiratoria, hemorragia intrínseca y desfiguración facial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Hemangioma, cuando tiene un componente capilar importante y cuando las lesiones son pequeñas pueden confundirse con mucocele.

TRATAMIENTO. Se hará excisión pero con frecuencia la lesión recurre por carencia de cápsula.

NEUROFIBROMA

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Se presenta en la segunda década de la vida, sin predilección por sexo. Pueden presentarse como lesiones solitarias o múltiples; en este último caso forman parte del síndrome de neurofibromatosis.

La etiología del neurofibroma solitario es desconocida, pero la neurofibromatosis es una enfermedad hereditaria autosómica dominante. No está bien establecido el origen celular del neurofibroma, pero, la mayoría de los investigadores creen que se origina en la célula de Schwann y otros piensan que se deriva del fibroblasto perineural.

En esta lesión puede observarse agrandamiento bien circunscrito difuso, solitario o múltiple; forma nodular a colgante, de superficie lisa; de igual color que la mucosa contigua, de consistencia blanda a firme, y asintomático.

Se localiza generalmente en lengua, encía, mucosa vestibular y paladar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Tumor de células granulares.

Schwannoma.

Neoplasias de las glándulas salivales.

TRATAMIENTO. Los neurofibromas solitarios se tratan con extirpación quirúrgica; después de la cual hay pocas posibilidades de recurrencia. Los daños múltiples de la neurofibromatosis pueden tratarse de la misma manera; pero, como son tan numerosos, este tratamiento es poco práctico.

En estos casos la importancia de la lesión reside en el alto riesgo de transformación maligna y también en factores estéticos. Los pacientes en los que se presenta transformación maligna del neurofibroma anterior en neurosarcoma, tiene mal pronóstico

ÉPULIS CONGÉNITO.

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Se presenta al momento del nacimiento y tiene predilección por el sexo femenino. Es una neoplasia de origen desconocido, de hallazgo exclusivo en proceso alveolar anterosuperior. Consiste en un agrandamiento nodular bien circunscrito; pedunculado de consistencia ahulada firme, igual al color de la mucosa vecina con una superficie uniforme, está puede ser hemorrágica y ulcerada.

Esta lesión posiblemente alcance un diámetro de varios centímetros y emana de un tallo constreñido que fija el "tumor", al alvéolo desdentado del recién nacido. Este tipo de lesiones puede generar problemas alimentarios o respiratorios.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Granuloma piógeno.
Hemangioma.
Granuloma periférico de células gigantes.

TRATAMIENTO Se hará la excisión cuidadosamente para no alterar la dentición en desarrollo. No presenta recurrencia.

CAPÍTULO III

QUISTES Y SEUDOQUISTES EN TEJIDOS BLANDOS.

QUISTES PALATINOS Y DE LA LÁMINA DENTAL EN RECIÉN NACIDOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Se presenta en el momento del nacimiento o durante el periodo neonatal y no hay predilección por sexo alguno. En raras ocasiones, pequeñas lesiones blancas o grisáceas situadas sobre la mucosa alveolar del recién nacido pueden ser diagnosticadas incorrectamente como "dientes natales". Por lo general las lesiones son múltiples pero no aumentan de tamaño, se encuentran como nódulos discretos, firmes, pequeños y asintomáticos

Fromm comunicó que se hallaron quistes clínicamente visibles en 1.08 de 1.367 niños recién nacidos. Este autor registró y clasificó los tres tipos de quistes de inclusión:

1) Perlas de Epstein, formadas a lo largo del rafe palatino medio. Se les considera remanentes de tejido epitelial atrapados a lo largo del rafe a medida que crece el feto.

2) Los nódulos de Bohn, se forman a lo largo de las caras vestibulares y linguales de los bordes alveolares y en el paladar, lejos del rafe.

3) Los quistes de la lámina dental se encuentran en la cresta alveolar superior e inferior.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Dientes neonatales
Dientes natales

TRATAMIENTO. No requiere tratamiento alguno, por lo general se descama al cabo de algunas semanas

FENÓMENO DE RETENCIÓN MUCOSA. MUCOCELE.

CARACTERÍSTICAS GENERALES Tumefacción labial más frecuente en niños, a menudo se relaciona con antecedentes traumáticos. Es un agrandamiento con forma de domo móvil, fluctuante en tamaño, color translúcido azulado. Se puede subdividir en dos:

a) **Quistes de extravasación mucosa**, en los cuales ha habido paso de moco al tejido conjuntivo y que no tiene cubierta epitelial.

b) **Quistes mucosos de retención**, que sí poseen cubierta epitelial.

Se localizan en labio inferior, mucosa vestibular, porción ventral de la lengua y piso de boca. Está tumefacción es más frecuente en niños y a menudo se relaciona con traumatismos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Hemangioma
Quiste linfoepitelial.
Carcinoma mucoepidermoide.

TRATAMIENTO Excisión, marsupialización si la lesión es grande. índice de recurrencia es alto si no se elimina la glándula causal.

QUISTE LINFOEPITELIAL

CARACTERÍSTICAS GENERALES Se presenta en la primera y segunda década de la vida, sin predilección por sexo. El quiste linfoepitelial que surge en el piso de la boca es análogo a su contrapartida extraoral, el quiste de la fisura braquial del cuello. La variedad intraoral es casi siempre pequeña, ubicada en el piso de la boca en la cara ventral y superficies posterolaterales de la lengua. Se va a presentar como un nódulo solitario, pastoso y bien circunscrito, de la superficie lisa, libremente móvil, de color amarillento o blanco amarillento, sintomático. Puede ser doloroso si se traumatiza.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Fenómeno de retención mucosa.
Lipoma.
Quiste epidermoide.
Cálculos salivales.

TRATAMIENTO Se hará excisión ya que no recurre.

QUISTE DE LA ERUPCIÓN.

CARACTERÍSTICAS GENERALES Se presenta en la primera y segunda décadas sin predilección por sexo. Es un quiste dentigero de tejidos blandos del epitelio reducido del esmalte y del folículo, de un diente primario o permanente en erupción.

Va a presentar un agrandamiento fluctuante bien circunscrito como forma de domo color azulado, sobre un diente en erupción y por lo general es asintomático. Se localiza en la mucosa alveolar y puede ocurrir en cualquier dentición y ser sensible si hay infección bacteriana superimpuesta.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Linfangioma alveolar neonatal.
Hematoma.

TRATAMIENTO. No requiere tratamiento alguno; excisión de la encía sobrepuesta si hay síntomas.

CAPÍTULO IV

QUISTES ODONTÓGENOS Y NEOPLASIAS MAXILARES

QUISTE DENTÍGERO.

CARACTERÍSTICAS GENERALES Se presenta en la segunda década de la vida, sin predilección por sexo. El quiste dentigero es un tipo de quiste odontógeno relativamente común asociado con la corona de un diente retenido. Aunque estas lesiones clínicamente son característicamente asintomáticas, siendo halladas en exámenes radiográficos rutinarios, pueden ser grandes lesiones expansivas y destructoras de hueso. Esta lesión es localizada y de crecimiento lento.

La apariencia radiográfica es la de una lesión radiolúcida bien definida que puede ser unilocular o multilocular. La lesión puede variar en tamaño desde una en la que la diferenciación a partir de un folículo agrandado es en el mejor de los casos arbitraria hasta una gran lesión destructora de hueso que puede reabsorber las raíces de los dientes temporarios, provocar la divergencia o desplazar completamente a los dientes permanentes y producir grandes áreas de destrucción ósea en la mandíbula o en el maxilar superior. Por lo general zona superior e inferior del tercer molar y caninos superiores.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Folículo dental hiperplásico.
Queratoquiste odontógeno.
Ameloblastoma uniuquistico.

TRATAMIENTO Se hará la excisión y curetaje. La recurrencia es rara.

QUERATOQUISTE ODONTÓGENO

CARACTERÍSTICAS GENERALES Se presenta en la segunda década de la vida con ligera predilección en el sexo masculino. Se acepta que el queratoquiste odontógeno se origina de restos de la lámina dental localizados en la mandíbula o maxilar superior; sin embargo, hay evidencia que sugiere que también pueda derivar de una extensión de componente de células basales del epitelio bucal que lo cubre. A menudo las lesiones que se observan en los niños, corresponden a queratoquistes odontógenos múltiples que forman parte del síndrome de carcinoma nevoide de células basales; por lo que, cuando se encuentra este tipo de quiste debe descartarse la presencia de este síndrome

Los queratoquistes odontógenos afectan en forma predominante la mandíbula en proporción 2:1 con respecto al maxilar donde se localiza con mayor frecuencia en la región posterior del cuerpo y en la rama mandibular. Cuando afectan en el maxilar superior predominan en la zona del tercer molar y con menos frecuencia en la región canina.

Clinicamente podemos hallar expansión ósea, perforación ocasional de la lámina cortical, puede ser dolorosa o no, las lesiones grandes pueden causar parestesia del labio o de los dientes, los hallazgos radiográficos muestran una zona radiolúcida grande bien circunscrita y presenta bordes radiopacos delgados. Es posible observar multilocularidad, en especial en lesiones más grandes; sin embargo, la mayor parte de los daños son uniloculares y más del 40% son adyacentes a la corona de un diente sin erupcionar. Puede verse desplazamiento dentario, especialmente de piezas retenidas, así como movilidad, reabsorción radicular, divergencia radicular y extrusión de dientes erupcionados.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Quiste dentigero.
Quiste primordial.
Ameloblastoma

TRATAMIENTO No existe acuerdo general acerca de la mejor forma de tratar los queratoquistes odontógenos, variando las recomendaciones desde la marsupialización hasta la enucleación y la resección. Esto se debe en parte a la presentación clínica variable y mayormente a la elevada frecuencia de las recidivas registradas en estas lesiones.

TUMOR ODONTÓGENO ADENOMATOIDE.

CARACTERÍSTICAS GENERALES Se presenta en la segunda década de la vida, con una predilección por el sexo femenino. El tumor odontógeno adenomatoide es un tipo raro de tumor odontógeno epitelial de histogénesis incierta. Algunos autores creen que se trata de una neoplásia benigna mientras que otros sugieren que es de origen hamartomatoso. Ese tumor se conocía también con el nombre de “ adenoameloblastoma “ que es extremadamente engañoso porque este tumor se comporta clínicamente de forma claramente diferente a la de los ameloblastomas.

La lesión es más frecuente en el maxilar superior que en la mandíbula; advierte una predilección por las regiones caninas e incisivas y el tumor está asociado con un diente no erupcionado, en especial un canino superior o inferior pese que a menudo es asintomático, el tumor puede causar tumefacción indolora

El hallazgo radiográfico más frecuente es una lesión radiolúcida unilocular, que puede semejar un quiste dentífero. A menudo se encuentran radiopacidades de diversos tamaños y densidad. Como se trata de lesiones que ocupan espacios, pueden observarse divergencias radiculares y desplazamiento de dientes.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Quiste odontógeno calcificante y queratinizante.
Etapa precoz de odontoma complejo.
Fibroma cementificante y oscificante.

TRATAMIENTO. Excisión o curetaje ya que no recurre.

ODONTOMA COMPLEJO/COMPUESTO

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Se presentan en la segunda década de la vida, sin predilección por sexo alguno. Los odontomas son tumores mixtos odontógenos en los que ambos componentes epitelial y mesenquimático, sufren diferenciación funcional hasta el punto que se forma dentina y esmalte. Las células y los tejidos son normales, pero la estructura es defectuosa, por lo que se postula que los odontomas deben considerarse más bien hamartomas que tumores.

Estas lesiones son de crecimiento lento, presentan ligera expansión del proceso alveolar, se relaciona con la erupción retardada de los dientes; hay ocasiones que la lesión erupciona y produce inflamación gingival.

Por lo general puede tener una o dos configuraciones; en la primera, en la que se encuentran múltiples dientes rudimentarios o en miniatura, se denomina adenomatoma compuesto y la segunda, en la que se observan conglomerados amorfos de tejido duro, se le conoce como odontoma complejo.

Se localiza con mayor frecuencia en el maxilar que en la mandíbula, los odontomas compuestos tienen tendencia a presentarse en la región anterior y los complejos en la región posterior de los maxilares.

Los signos clínicos que sugieren la presencia de un odontoma incluyen diente retenido decidual y diente incluido y tumefacción alveolar, es habitual que produzca síntomas.

Los hallazgos radiográficos en el odontoma compuesto se manifiestan por una estructura radiopaca, que contiene varios dientes maduros, rodeados de una zona radiolúcida bien circunscrita, se relaciona con un diente y se localiza entre las raíces o sobre la corona de un diente retenido.

En el odontoma complejo aparecen en las mismas regiones como masas amorfas globular radioopaca rodeada por una zona radiolúcida bien circunscrita, patrón tipo estallido solar, ocasionando posición pericoronar

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Tumor odontógeno adenomatoide
Quiste odontógeno calcificante y
queratinizante
Fibroodontoma ameloblástico.

TRATAMIENTO Excisión, curetaje. La recurrencia es rara.

FIBROMA AMELOBLÁSTICO.

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Se presenta en la primera y segunda década , la edad promedio es de 15 años, sin predilección por sexo. El fibroma ameloblástico es un auténtico tumor mixto de origen odontógeno caracterizado por la proliferación de epitelio odontógeno y de tejido mesenquimático, sin formación de dentina ni esmalte. Aproximadamente el 70% de los casos ocurre en la mandíbula y allí preferentemente en la región molar. Son de crecimiento lento, expansión indolora y expansión cortical asociada con retraso de erupción dental.

Radiográficamente puede ser una lesión radiolúcida bien circunscrita, uni o multilocular, con margen esclerótico uniforme; posición pericoronar, puede desplazar a los dientes contiguos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Quiste dentígero.
Queratoquiste odontógeno.
Ameloblastoma.

TRATAMIENTO. Se recomienda hacer excisión quirúrgica agresiva ya que es recurrente.

CAPÍTULO V

NEOPLASIAS BENIGNAS, NO ODONTOGENAS DE LOS MAXILARES

TUMOR NEUROECTODÉRMICO MELANÓTICO DE LA INFANCIA.

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Se presenta en mayores de un año de edad, sin predilección por sexo alguno. Se trata de una neoformación diferenciada benigna, con melanina, como ocasionalmente con agresividad local y originada probablemente en las células de la cresta neural.

Se presenta como un agrandamiento óseo localizado, no ulcerado, expansivo, con áreas de pigmentación azul o negras, con índice de crecimiento variable presentando desplazamiento de labio superior.

Radiográficamente se presenta una zona radiolúcida difusa, hay desplazamiento de los gérmenes dentales con un aspecto de dientes flotantes, se localiza con mayor frecuencia en la zona anterior del maxilar superior.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. • Epulis congénito.

Quiste grande de la erupción.

Granuloma piógeno.

TRATAMIENTO. Excisión con curetaje óseo vigoroso y seguimiento a largo plazo. Índice de recurrencia local del 15%.

GRANULOMA CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES.

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Se presenta en la segunda década de la vida, con predilección por el sexo femenino. Es una lesión única y aparentemente reactiva del hueso, limitada a los maxilares

El granuloma central de células gigantes se localiza casi de forma exclusiva en los maxilares, pero se conocen unos cuantos casos que afectan los huesos faciales. Las lesiones ocurren casi siempre en la mandíbula y tienden a comprometer las regiones anteriores a los molares, pero en ocasiones se extienden más allá de la línea media. Pocas veces afecta las regiones posterior de la mandíbula.

A menudo provoca una expansión ósea ligera o moderada; puede relacionarse con dolor, pocos provocan perforación del hueso cortical, potencial de crecimiento rápido, los dientes localizados por arriba son vitales

Radiográficamente se observa una zona radiolúcida uni o multilocular de márgenes uniformes o irregulares con un aspecto de pompas de jabón; presencia de trabeculado difuso, desplazamiento de los dientes y a veces hay resorción radicular.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Hemangioma central.
Quiste óseo traumático.
Ameloblastoma.

TRATAMIENTO. Excisión o curetaje. Con un índice de recurrencia del 13%.

QUERUBISMO.

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Se presenta en la primera década de la vida, ligera predilección por el sexo masculino. El querubismo es una enfermedad hereditaria de los maxilares, se presenta a menudo en niños de alrededor de 5 años de edad. Por lo general, se presenta como un trastorno autosómico dominante. La enfermedad es autolimitada, comienza alrededor de los 2 años de edad y progresa rápidamente durante la infancia hasta la pubertad, en este periodo empieza a evolucionar las lesiones óseas

Afecta con mayor frecuencia ángulo, rama ascendente y región retromolar de la mandíbula, así como la región posterior del maxilar. La mayor parte de los casos ocurre solo en la mandíbula, la expansión ósea suele ser bilateral, aunque hay informes de afección unilateral.

La enfermedad se manifiesta por agrandamiento indoloro y simétrico de la región posterior de la mandíbula con expansión del reborde alveolar y la rama ascendente, el crecimiento puede variar desde una tumoración posterior poco detectable, de un maxilar hasta una notable expansión anterior y posterior de ambos maxilares que produce dificultad para masticar, hablar y deglutir.

En la boca puede palparse una tumoración dura, no sensible de la zona afectada. Por lo general la lesión maxilar produce grandes deformidades, es posible encontrar compromiso simultáneo de los cuatro cuadrantes maxilares y puede ocurrir exfoliación prematura de la dentición primaria incluso a los tres años de edad, el desplazamiento de los folículos dentales en desarrollo produce mal desarrollo y erupción ectópica de los dientes permanentes; los cuales pueden desaparecer o estar mal formados, con frecuencia los más

afectados son segundos y terceros molares; además, es posible predecir que se presentará maloclusiones importantes.

Radiográficamente se observan zonas radiolúcidas bilaterales, multiloculares y amplias relacionadas con dientes desplazados. En la mandíbula se expande y adelgaza la placa cortical con perforación ocasional de la misma , es posible encontrar desplazamiento del conducto alveolar inferior. La radiografía oclusal del maxilar puede presentar una lesión semejante a burbujas de jabón y obliteración del seno maxilar .A menudo los dientes no erupcionados están desplazados y parecen flotar en espacios similares a quistes

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Ameloblastoma.

TRATAMIENTO Ninguna terapéutica, pues las lesiones involucionan con la edad, el tratamiento estético comprende el recontorneado óseo y curetaje óseo

QUISTE ÓSEO TRAUMÁTICO.

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Se presenta en la segunda década de la vida con una ligera predilección por el sexo masculino. El quiste óseo traumático carece de cubierta epitelial, por lo que no puede clasificarse como quiste verdadero, y su categorización como pseudoquiste se debe a su apariencia quística en la radiografía y en su presentación quirúrgica. Por lo general es una lesión no expansiva, las pulpas de los dientes son vitales y es asintomático.

Radigráficamente presenta una zona radiolúcida bien definida con margen uniforme, delgado, esclerótico de aspecto festoneado o lobulado; se extiende entre las raíces de los dientes, la lámina dura se encuentra intacta y esta lesión rara vez desplaza a los dientes.

Se localiza generalmente en la zona de premolares y molares inferiores, área inferior de la rama, zona de los incisivos inferiores.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Hemangioma central.
Granuloma central de células gigantes.
Queratoquiste odontógeno.

TRATAMIENTO. Se efectúa el curetaje e iniciar la hemorrágia para evitar la recurrencia.

DISPLÁSIA FIBROSA

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Se presenta en la segunda década de la vida, sin predilección por algún sexo. La displasia fibrosa de los maxilares es una entidad clínico patológica diferenciada que por lo general se considera una lesión de desarrollo del hueso de naturaleza neoplásica. Existen dos formas de displasia fibrosa: la relativamente rara forma poliostótica y la considerablemente más común forma monostótica.

La displasia poliostótica asociada con lesiones en la piel y trastornos endocrinos, (síndrome de Albright).

La displasia monostótica se observa con una frecuencia mayor en el maxilar superior que en la mandíbula. El compromiso del maxilar superior puede ser una forma especialmente seria de la enfermedad, que no con poca frecuencia puede abarcar los huesos contiguos pasando las suturas, incluyendo el seno maxilar, el piso de la órbita, el hueso esfenoides, la base del cráneo y el occipital.

Esta lesión de caracteriza por presentar un incremento gradual en el tamaño del maxilar, una superficie uniforme con mucosa de aspecto normal, hay asimetría facial no sensible, dientes desplazados o incapacidad de los dientes por erupcionar.

Es una lesión típicamente de crecimiento lento, con un agrandamiento progresivo e indoloro del hueso cuyo patrón de crecimiento a menudo se estabiliza con el tiempo.

Radiográficamente las lesiones del maxilar superior muestran a menudo un aspecto como de vidrio esmerilado en el hueso, mientras que en las lesiones mandibulares generalmente muestran una apariencia como de vidrio

esmerilado o bien un aspecto mixto, radiolúcido--radioopaco. Sus límites están típicamente mal definidos excepto en la porción anterior de ciertas lesiones del maxilar superior que pueden aparecer bien circunscritas. Puede observarse una divergencia de las raíces y en niños con los permanentes en desarrollo puede haber desplazamiento dentario o falta de erupción.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Fibroma cementificante y oscificante.
Osteomielitis esclerosante crónica.

TRATAMIENTO. Ningun tratamiento, excepto por la reducción quirúrgica estética, tiende a estabilizarse luego que concluye el desarrollo esquelético.

CAPÍTULO VI

TUMORES MALIGNOS.

OSTEOSARCOMA.

SARCOMA OSTEOGENO.

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Se presenta principalmente en personas jóvenes, es mayor la frecuencia entre los 10 y los 25 años de edad, y disminuye al aumentar la edad. Afecta con mayor frecuencia al sexo masculino.

Los osteosarcomas representan cerca del 20% de los sarcomas y son las neoplasias óseas más frecuentes después del mieloma de células plasmáticas.

Alrededor del 5% de los osteosarcomas se localizan en los maxilares y su incidencia es de aproximadamente un caso en 1.5 millones de personas por año.

Los osteosarcomas pueden originarse en anomalías óseas preexistentes, como enfermedad de Paget, displasia fibrosa, tumor de células gigantes, osteocondromas múltiples, infarto de hueso, osteomielitis crónica y osteogénesis imperfecta. Otros se presentan en hueso sometido a radioterapia por enfermedades previas o no relacionadas. La mayor parte, afecta a los huesos largos tubulares en especial, a los relacionados con la rodilla. Según su origen, pueden clasificarse en: **1) tipo convencional**, que afecta a la cavidad medular; **2) Tumores yuxtacorticales**, originados en la superficie perióstica; **3) Osteosarcomas extraesqueléticos**, que afectan los tejidos blandos.

Los osteosarcomas convencionales de mandíbula y maxilar, predominan en hombres (62 %). Afectan casi en igual proporción el maxilar (51 %) y la mandíbula (49 %). En la mandíbula se localizan con mayor frecuencia

en el cuerpo (60 %) y con menos frecuencia en la sínfisis, ángulo, rama ascendente y articulación temporomandibular.

En el maxilar se presenta con igual frecuencia en el proceso alveolar y en el seno del maxilar y en muy pocas ocasiones en el paladar. Cuando se localizan en la mandíbula suelen causar tumoración y dolor localizado; en algunos casos, producen pérdida y desplazamiento de los dientes, así como parestesia, por afección del nervio alveolar inferior. Los tumores maxilares producen síntomas similares pero ocasionan además, parestesia del nervio infraorbitario, epistaxis, obstrucción nasal y alteraciones oculares.

Los osteosarcomas iniciales se caracterizan por ensanchamiento localizado del espacio del ligamento periodontal de uno o dos dientes, producido por invasión tumoral del ligamento periodontal y resorción del hueso alveolar circundante.

Las neoplasias más avanzadas, pueden manifestarse como lesiones radiolúcidas moteadas o radiopacas irregulares, mal delimitadas. La mayor parte de estos tumores tienen características radiográficas mixtas y en algunos casos, se aprecia una radiopacidad característica en forma de rayos de sol debido a una reacción perióstica, pero está no es patognomónica de osteosarcoma.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Osteomielitis crónica.
Fibrosarcoma.
Quiste aneurismático.
Tumor celular gigante.

TRATAMIENTO El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica radical del maxilar o mandíbula. En los casos de recurrencia, invasión de tejidos blandos o enfermedad metastásica se emplea radioterapia o quimioterapia.

RABDOMIOSARCOMA

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Hay dos edades claves para la aparición del rabdomiosarcoma en niños de 2 a 6 años de edad y en la adolescencia, sin predilección por sexo alguno.

El rabdomiosarcoma es una neoplasia maligna originaria de los músculos esqueléticos, es el sarcoma de tejidos blandos, más común en niños, responsable de más de la mitad de esas lesiones en la infancia.

Los rabdomiosarcomas se clasifican de acuerdo a sus características histológicas:

1- Pleomórfico

2.-Embrionario.

3.-Alveolar.

El pleomórfico es el más diferenciado de los tres tipos y consiste en células alargadas o fusiformes que presentan estriaciones.

La forma embrionaria está constituida por células primitivas redondas que raras veces muestran estriaciones.

La variante de alveolar también se compone de células redondas, pero en patrones de comportamientos.

El sitio primario de aparición de rabdomiosarcoma más frecuente en niños es la región de la cabeza y el cuello. Es la ocurrencia de estas neoplasias en la cabeza y el cuello, con la presencia del subtipo embrionario que abarca la vasta mayoría de estas lesiones que, es responsable del pico temprano de incidencia a edad temprana.

El hallazgo clínico más común es una masa que se presenta en cualquier zona de la cabeza y el cuello donde haya músculos estriados o células mesenquimáticas progenitoras. En la boca, las amígdalas, paladar blando y

lengua son las partes afectadas con mayor frecuencia. Típicamente es una masa de tejido blando de crecimiento rápido y a menudo no ulcerada, que puede propagarse por vía linfática o hematológica.

TRATAMIENTO. La combinación de cirugía, radiación y quimioterapia logra mejores resultados clínicos que cualquiera de estos métodos por sí solos.

LINFOMA MALIGNO

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Son neoplasias de origen linforreticular que pueden dividirse en dos categorías principales:

1) Los linfomas no enfermedad de Hodgkin y, 2) la enfermedad de Hodgkin.

Como grupo, los linfomas malignos representan los tumores malignos de más frecuente hallazgo en cabeza y cuello de niños; su frecuencia es aproximadamente igual para la enfermedad de no Hodgkin y la enfermedad de Hodgkin.

Enfermedad de Hodgkin. Se presenta con más frecuencia como una masa firme y dura en el cuello de un niño de 8 o más años de edad. Pueden observarse también síntomas como fiebre, sudores nocturnos y pérdida de peso. Los varones son afectados con más frecuencia que las mujeres. Desde el punto de vista clínico, se caracteriza por aumento de tamaño indoloro de los ganglios linfáticos o del tejido linfoide extraganglionar que presenta tumoración submucosa y en algunas ocasiones, ulceración de mucosa o erosión del hueso subyacente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

- Tuberculosis.
- Sarcoidosis.
- Infección por clamidias.
- Infecciones micóticas.
- Infecciones parasitarias,
(Toxoplasmosis)

TRATAMIENTO. Consiste en radioterapia externa y quimioterapia con múltiples medicamentos.

Enfermedad no Hodgkin. Los linfomas no Hodgkin, comprenden una porción significativa de las neoplasias malignas halladas en cabeza y cuello de niños menores de 5 años de edad. Aunque la enfermedad es poco frecuente dentro de la boca las manifestaciones primarias pueden corresponder al comienzo de la progresión del daño de otros ganglios linfáticos u órganos reticuloendoteliales. La enfermedad extrabucal se caracteriza por aumento de tamaño bucal gradual y asintomático, que previo al diagnóstico, puede permanecer estático por un período de tiempo considerable.

Cuando se encuentran lesiones bucales primarias, éstas se caracterizan por la ausencia de síntomas y por su consistencia relativamente blanda, a menudo con ulceración de mucosa que lo cubra.

La pérdida de hueso alveolar y la movilidad de los dientes son signo de presentación cuando el sitio primario es el hueso; pero las lesiones óseas pueden relacionarse también con tumores, dolor, entumecimiento de los labios y fractura patológica.

TRATAMIENTO Los linfomas de no Hodgkin dependen de la etapa clínica en que se encuentra el tumor es el tratamiento. En general se acepta que los tumores en etapa I deben recibir radioterapia local; sin embargo, las opiniones varían en relación con el tratamiento del tumor en las otras etapas.

SARCOMA DE EWING

CARACTERÍSTICAS GENERALES. La presenta la mayor parte de los casos entre las personas entre los 5 y 30 años de edad con clara predilección por el sexo masculino. El sarcoma de Ewing es una neoplasia de células redondas. La etiología y la célula originaria son desconocidas, aunque su expresión en antigénica multipotencial es muy discutida.

Cuando afecta los maxilares, se presenta con mayor frecuencia, en la rama mandibular y en algunas ocasiones en el maxilar. Tiende a producir metástasis a otros huesos.

Los síntomas más frecuentes son dolor y tumoración, pero el daño de la mandíbula puede producir deformidad facial, destrucción del hueso alveolar con pérdida de los dientes y úlceras de la mucosa.

Las características radiográficas no son específicas y pueden simular un proceso infeccioso. La manifestación más característica es una lesión radiolúcida moteada, destructiva de la médula, erosión y expansión de la corteza. También puede observarse una reacción perióstica en (piel de cebolla). Además, un número importante de pacientes presenta una masa de tejidos blandos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Neuroblastoma metastásico
Condrosarcoma mesenquimatoso.
Osteosarcoma de células pequeñas.

TRATAMIENTO Se emplea con más frecuencia cirugía o bien radioterapia, seguidos por quimioterapia coadyuvante.

CAPÍTULO VII

LESIONES INFLAMATORIAS DE HUESO.

OSTEOMIELITIS ESCLEROSANTE FOCAL.

OSTEITIS CONDENSANTE

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Se presenta en la segunda década de la vida, sin predilección por sexo alguno. Es un fenómeno frecuente, que al parecer corresponde a una reacción focal del hueso a un estímulo inflamatorio de baja intensidad. Se presenta, por lo general, en el ápice de un diente con pulpitis de larga evolución. En ocasiones, las lesiones pueden ser adyacentes a un diente sano sin obturación, lo que sugiere que deben considerarse otros factores etiológicos como maloclusión.

Los pacientes están, por lo general asintomáticos y la mayor parte de las lesiones se descubren en exámenes radiográficos rutinarios, aunque se pueden asociar a lesiones cariosas grandes de un diente y pueden presentar un dolor ligero relacionado con una infección pulpar, y hay sensibilidad a la percusión.

Radiográficamente se encuentra una zona radiopaca bien circunscrita a difusa alrededor del ápice radicular, el aspecto del ligamento periodontal y el contorno radicular se ven intactos. Se ubican con mayor frecuencia en el primer molar inferior permanente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Cementoblastoma.
Osteoesclerosis periapical
idiopática.

TRATAMIENTO. Tratamiento endodóntico o extracción del diente infectado. La lesión ósea no se resuelve

ABSCESO PERIAPICAL.

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Se presenta en la primera y segunda décadas e la vida sin predilección por sexo. La necrosis pulpar puede tener numerosas secuelas, que dependen de la virulencia de los microorganismos involucrados y de la integridad de los mecanismos de defensa del paciente. La inflamación originada en la pulpa puede extenderse a los tejidos periapicales, donde se manifiesta como quiste o granuloma, cuando es crónica; o como un absceso, cuando es aguda.

Los pacientes con abscesos periapicales, presentan dolor intenso en la zona que corresponde al diente sin vitalidad a causa de la presión, movilidad dentaria, tumoración de tejido blando; linfadenopatía. Los dientes dañados no responden a la estimulación eléctrica y térmica debido a necrosis pulpar.

Radiográficamente se observa desde el ensanchamiento del espacio del ligamento pariodontal hasta una zona radiolúcida difusa; puede haber resorción radicular interna, externa o ambas. La dentición primaria es afectada más a menudo. Los niños pueden presentar con rapidez celulitis, osteomielitis y bacteremia.

La complicación más severa es la trombosis del seno cavernoso que se llega a dar cuando la infección alcanza vasos sanguíneos grandes, ya que esto permite que las bacterias entren en el torrente circulatorio y produce bacteremia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Desarrollo radicular incompleto del diente erupcionado.

Absceso periodontal.

Granuloma periapical

TRATAMIENTO. El tratamiento es endodóntico o extracción del diente infectado; con una antibioterapia se la afección del tejido blando es amplia.

**OSTEOMIELITIS CRÓNICA CON PERIOSTITIS
PROLIFERATIVA.
OSTEOMIELITIS DE GARRÉ**

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Se presenta en la primera y segunda décadas sin predilección por sexo alguno. La enfermedad de Garré u osteomielitis crónica con periostitis proliferativa, es un variante de osteomielitis crónica en la cual se encuentra, además, una reacción inflamatoria periostática importante, que se origina, con mayor frecuencia, en un absceso de molar mandibular. También aparece después de infecciones relacionadas con la extracción de un diente o de molares parcialmente erupcionados.

Esta variedad de osteomielitis es poco frecuente y de manera característica afecta la parte posterior de la mandíbula y por lo general es unilateral. Los pacientes presentan una tumoración ósea dura y asintomática, cubierta por piel y mucosa de aspecto normal. En ocasiones, puede presentarse ligera sensibilidad a la palpación.

Radigráficamente, se manifiesta como una lesión central, moteada y radiolúcida que presenta un patrón similar al de osteomielitis crónica. La característica que permite diferenciarlas, es la reacción perióstica, está se observa mejor en una radiografía oclusal, y aparece como una expansión de la corteza, a menudo con capas opacas concéntricas o paralelas. También pueden observarse trabéculas perpendiculares a las capas en piel de cebolla.

El 85% de estas lesiones ocurren en niños menores de 14 años de edad, pueden vincularse con una infección del tejido blando como amigdalitis, parodontitis o celulitis.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. Callo de una fractura.
Displasia fibrosa
Sarcomas de Ewing.
Hiperostosis cortical infantil.

TRATAMIENTO. Terapéutica endodóntica o extracción del diente infectado con una cobertura antibiótica conveniente, pudiera requerirse recontorneado estético.

CAPÍTULO VIII

ANOMALÍAS DE ESTRUCTURA DEL ESMALTE.

AMELOGÉNESIS IMPERFECTA.

CARACTERÍSTICAS GENERALES. La amelogenesis imperfecta representa un grupo de trastornos hereditarios de aparición similar en la formación del esmalte de ambas denticiones. Casi todos los casos corresponden a tres categorías principales según las etapas de desarrollo dental durante las cuales se considera ocurre.

1) Tipo hipoplásico. Este tipo ejemplifica los defectos del esmalte que es posible heredar y que ocurren en la etapa de histodiferenciación en desarrollo dental. Se altera tanto la dentición primaria como la permanente y se hereda la situación de manera predominante como rasgo autosómico dominante. Los dientes hacen erupción con cantidades insuficientes de esmalte, que van desde agujeros y surcos en un paciente hasta ausencia completa (aplasia) en otro. Debido a la reducción del grosor del esmalte, - en algunos casos, puede ser evidente un contorno anormal y ausencia de puntos de contacto interproximal; la sensibilidad está aumentada a los estímulos. Se observa mordida abierta anterior en el 60% de los casos comunicados.

2) Tipo con hipomaduración. Es un ejemplo de un defecto heredable en la aposición y se caracteriza por que los dientes presentan esmalte de espesor normal, pero un valor bajo de radiodensidad y contenido mineral. El problema se relaciona con la persistencia de contenido orgánico en la vaina prismática, que causa calcificación deficiente, de bajo contenido mineral y una superficie porosa que se pigmenta.

3) Tipo hipocalcificado. Es una aberración en la fase de la calcificación en la formación del esmalte que se puede heredar. La cantidad de esmalte es

normal, pero éste es blando y friable, de manera que se fractura y desgasta con facilidad. El color varía de un diente a otro y entre pacientes va del blanco opaco y amarillo al café. Además, tienden a oscurecerse con la edad a causa del manchado exógeno.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Dentinogénesis imperfecta
Hipoplasia del esmalte.

TRATAMIENTO No es necesario ningún tratamiento al menos que sea por estética.

HIPOPLÁSIA LOCALIZADA DEL ESMALTE.

CARACTERÍSTICAS GENERALES. La causa de la hipoplasia del esmalte que afecta los dientes individuales influyen infecciones y traumatismos locales, intervención quirúrgica yatrógena, como se observa en el cierre del paladar hendido y la sobre retención de un diente primario. Durante la formación del esmalte, los ameloblastos son susceptibles a diversos factores externos que pueden reflejarse en los dientes cuando erupcionan; si la lesión metabólica es intensa y prolongada, puede ocasionar defectos en la cantidad y forma del esmalte o en la calidad y coloración de este. La extensión del defecto del esmalte depende de tres condiciones: 1) intensidad del factor etiológico, 2) duración de dicho factor y 3) momento en el que se presenta el factor durante el desarrollo de la corona

Los factores etiológicos pueden manifestarse de manera local; afectan -- un solo diente o pueden actuar en forma generalizada y dañar a todos los dientes en los que se está formando esmalte. Los traumatismos locales o la - formación de abscesos puede afectar a los ameloblastos subyacentes a una corona en desarrollo, lo que produce hipocalcificación o hipoplasia del esmalte .

Se han informado de otras causas de hipoplasia o hipocalcificación del esmalte e incluyen defectos nutricionales, como raquitismo, sífilis congénita, traumatismo del nacimiento, fluorosis y factores idiopáticos

CAPÍTULO IX

ANOMALÍAS DE LA ESTRUCTURA DE LA DENTINA.

DENTINOGENESIS IMPERFECTA.

CARACTERÍSTICAS GENERALES. La dentinogenesis imperfecta se hereda como carácter autosómico dominante simple. Está anomalía comprende un defecto de la matriz predentinaria que causa dentina circumpulpar atubular, amorfa y sin organización. La dentina periférica es normal en comparación con la dentina circumpulpar.

Es posible dividir a la dentinogenesis imperfecta en tres clases básicas -- (Shields 1973)

Tipo I de Shields. Ocurre en osteogenesis imperfecta; los dientes primarios tienden a presentar alteración mayor que los permanentes. Son evidentes las zonas radiolúcidas periapicales, coronas bulbosas, obliteración de las cámaras pulpaes y fracturas radiculares. A menudo se nota un color dentario ámbar traslúcido.

Tipo II de Shields. Se conoce también como dentina opalescente hereditaria; tiende a presentarse como entidad independiente de la osteogenesis imperfecta. La afección de las denticiones primaria y permanente es similar y tiene las mismas características descritas para el tipo I.

Tipo III de Shields. Es bastante raro, presenta muchas características descritas, con predominio de las coronas en forma de campana, sobre todo en la dentición permanente. A diferencia de los dos primeros, el tipo III exhibe dientes con aspecto de concha y múltiples exposiciones pulpaes.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Fluorosis.

TRATAMIENTO. Se encamina a proteger el tejido dentario del desgaste y mejorar el aspecto estético,

DISPLASIA DENTINARIA.

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Es de rasgo autosómico dominante que afecta a la dentina. Es una afección rara y se clasifica en

Tipo I de Shields. Presenta morfología coronal normal, primaria y permanente con translucidez ámbar. Las raíces tienden a ser cortas y muy -- estrechas, y los dientes primarios presentan obliteración pulpar. La dentición primaria como la permanente tienen múltiples zonas radiolúcidas periapicales y ausencias de cámaras pulpares. Los patrones tubulares en cascada ocurren como resultado del bloqueo de los tubulos dentinarios normales por masas calcificadas.

Tipo II de Shields. Muestra dientes primarios color ámbar muy parecidos a los vistos en dentinogénesis imperfecta tipo I y II. Los dientes permanentes son de aspecto normal, pero desde el punto de vista radiográfico exhiben cámaras pulpares con morfología tubular a manera de cardo y múltiples cálculos pulpares. No se observa alguna zona radiolúcida periapical.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Dentinogénesis imperfecta.

TRATAMIENTO. Se orienta a retener los dientes el mayor tiempo posible, sin embargo, en virtud de las raíces cortas en lesiones periapicales el pronóstico para la retención prolongada es malo.

CAPÍTULO X

ALTERACIONES DE LA ERUPCIÓN.

DIENTES NATALES Y NEONATALES.

CARACTERÍSTICAS GENERALES. Natales (se presentan en el nacimiento) Neonatales (los que erupcionan durante los primeros 30 días de vida).

El 85 % de los dientes natales o neonatales son incisivos inferiores temporales. La causa de la erupción temprana de los dientes temporarios es con frecuencia oscura, aunque pareciera que la erupción temprana es una característica familiar.

Las evidencias acerca de una relación entre la erupción temprana y alguna enfermedad sistémica o síndrome no son concluyentes. Se deberá tomar una radiografía para determinar el grado de desarrollo radicular y las relaciones de un diente erupcionado prematuramente con sus dientes vecinos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. . Quistes gingivales o de la lámina dental en el recién nacido.

TRATAMIENTO. Algunos dientes pueden estar tan móviles que hay peligro de desplazamiento y aspiración; en este caso está indicado su extracción. En casos excepcionalmente raros en los que el borde incisal cortante del diente puede provocar la laceración de la superficie de la lengua, también podrá extraerse el diente. No obstante, el abordaje preferible del problema consiste en dejar el diente en su lugar y explicar a los padres lo deseable del mantenimiento y la erupción son problemas de los dientes adyacentes.

CONCLUSIONES.

El interés que en la actualidad debe existir por el aspecto científico de la práctica dental a subrayado la necesidad de que el cirujano dentista tenga un conocimiento básico sobre Patología Bucal.

Tomando en cuenta que el cirujano dentista es el que tiene el primer contacto con una innumerable cantidad de patologías que se presentan en la cavidad bucal, por lo tanto es necesario que conozcan las lesiones más frecuentes de la cavidad bucal.

Los parámetros de prevención de las enfermedades bucales son cada vez más amplios, por lo que es inaceptable el hecho de que el cirujano dentista se ocupe únicamente de solucionar los problemas dentales del paciente. Por lo cual, se necesita una base científica que le permita examinar al paciente, para llegar a un diagnóstico acertado y brindarle un tratamiento adecuado.

El propósito de este manual es proporcionar al pasante una guía de aquellas patologías más frecuentes en niños.

BIBLIOGRAFÍA

Peter Georges ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN PEDIATRÍA. RED

BOOK. Editorial Médica Panamericana. 22ava edición. 1992.

Regezi Joseph A. PATOLOGÍA BUCAL. Editorial. Interamericana.

Mc Graw Hill. 1991.

Pindborg. J.J. ATLAS DE ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL.

Editorial. Salvat, S.A. 3 ra. edición 1981.

Pinham. J. R. ODONTOLOGÍA PEDIATRICA. Editorial. Interamericana,

S. A. de C. V. México 1991.

Eversole. Lewis R. PATOLOGÍA BUCAL. DIAGNÓSTICO Y

TRATAMIENTO. Editorial. Panamericana. 1ra edición, 1983.

McCarthy Phillip L. ENFERMEDADES DE LA MUCOSA BUCAL.

Editorial. El Ateneo. 1985.

Mc Donald Ralph E. ODONTOLOGÍA PARA EL NIÑO Y EL

ADOLESCENTE. Editorial. Mundi. 4a edición. 1987.

Shafer. William G. TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL. Editorial.

Interamericana, 4a. edición. 1986.

Gorlin Robert J Goldman Henry M. PATOLOGÍA ORAL THOMA.
Editorial. Salvat. México, 1983.

Finn Sidney B. ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA. Editorial. Interamericana,
4a edición 1976