



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**"ANOMALIAS DEL DESARROLLO Y
CRECIMIENTO."**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N:

MA. TERESA MARTINEZ BOLAÑOS

GLORIA LUZ ROJAS VALENZUELA

MEXICO, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E .

ANOMALIAS DEL DESARROLLO Y CRECIMIENTO.

CAPITULO I

TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y CRECIMIENTO DE LAS ESTRUCTURAS BUCALES.

- a) Trastornos de desarrollo de los maxilares.
- b) Trastornos de desarrollo de labios y paladar.
- c) Trastornos de desarrollo de la lengua.
- d) Trastornos de desarrollo de forma, número, tamaño y estructura de los diente.

CAPITULO II

GENERALIDADES DE TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE CAVIDAD BUCAL.

- a) Lesiones benignas específicas.
- b) Neoplasias benignas diversas.
- c) Neoplasias benignas centrales.
- d) Neoplasias Malignas.
- e) Lesiones cancerosas precoces.
- f) Localizaciones del cancer de la boca.
- g) Cancer de los maxilares.
- h) Neoplasias diversas de la boca y de los maxilares.
- i) Sarcomas del hueso y del cartilago.

CAPITULO III

GENERALIDADES DE TUMORES DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

- a) Tumores benignos de glándulas salivales.

- b) Tumores malignos de glándulas salivales.
- c) Tumores del estroma de las glándulas salivales.

CAPITULO IV

GENERALIDADES DE QUISTES Y TUMORES ORIGEN ODONTOGENO.

- a) Tumores ectodérmicos de origen dental.
- b) Tumores mesodérmicos de origen dental.

CAPITULO V

ALTERACIONES REGRESIVAS DE LOS DIENTES.

- a) Atrición, abrasión y erosión.
- b) Esclerosis dentinal.
- c) Dentina secundaria.
- d) Atrofia reticular de la pulpa.
- e) Calcificación pulpar.
- f) Resorción dental.
- g) Hipercementosis.

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

En la presente tesis se ha tratado de una forma fundamental las Anomalías - del desarrollo de los tejidos de la cavidad bucal y los cambios que estos - sufren durante el crecimiento.

La información que se requiere para este desarrollo existe en abundancia, - aunque se le encuentre sumamente dispersa, y en su mayoría son trabajos de investigación, en los que se examina una serie de problemas que se presen-- tan durante el desarrollo y el crecimiento de las estructuras bucales, problemas que son de suma importancia que el cirujano dentista debe conocer.

Dependiendo del conocimiento que se tenga de las anomalías desde el punto de vista etiológico, características clínicas, diferencias clínicas e importan- cia odontológica se podrá detectar tempranamente y aplicar un tratamiento satisfactorio.

Cuando nos propusimos escribir ésta tesis tuvimos la ambición de tocar pro-- blemas que desde nuestro punto de vista son importantes para la carrera que hemos estudiado y a la vez poner un instrumento de estudio a la disposición de nuestros compañeros de carrera que se interesan por los múltiples proble- mas de la ciencia odontológica y sus relaciones con la medicina y la salud - general de los pacientes. Con este espíritu escribimos este trabajo destina- do a ayudar en sus conocimientos de patología bucal a los futuros odontólo-- gos, y de esa forma actuar mejor en la práctica.

Los problemas infantiles más frecuentes, para citar algunos ejemplos son da- dos por factores ambientales, deficiencias nutricionales, enfermedades exan- temáticas como sarampión, varicela etc., trauma natal, sífilis congénita, in- gestión de sustancias químicas principalmente los fluoruros, cuya anomalía -- más frecuente es la hipoplasia adamantina entre otros trastornos citados en este trabajo. Por lo que se hace hincapié de que en la medida en que se vigile el desarrollo y crecimiento de las estructuras bucales de los niños evitaremos problemas mayores que incidirán en un tratamiento lento y costoso aundo al problema psicológico consecuente.

CAPITULO I

TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL CRANEO.

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

La deficiencia de la clavícula ocasiona el aspecto alargado del cuello y la estrechez de los hombros. La amplitud de los movimientos del hombro permitida por este defecto óseo es muchas veces notable y el paciente puede aproximar sus hombros por delante del torax.

El paladar tiene un arco muy elevado y puede presentar una hendidura del paladar, de los tejidos blandos y duros. Se ha observado también la falta de fusión en la sínfisis mandibular. Existe un prognatismo relativo o falso, - ya que el crecimiento del maxil. inferior es normal.

En la disostosis Cleidocraneal la erupción suele ser tardía o falta la erupción de los dientes deciduos y permanentes. Es posible que exista la formación de quistes alrededor de estos dientes impactados, muchas veces invertidos o desplazados, produciendo una gran destrucción de hueso que termina en una fractura patológica.

También hay tendencia a una falta de exfoliación de los dientes deciduos.-- Los dientes sin predecesores deciduos tienen más probabilidades de erupción. La extracción de estos dientes deciduos no parecen facilitar la erupción de los dientes permanentes.

La alteración bucal más notable es el número de dientes supernumerarios, en ocasiones son tan numerosos que constituyen una tercera dentición.

Se cree que la causa por la que no hay erupción es por la incapacidad de resorción de la cripta ósea, esto no ha sido demostrado.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

No hay tratamiento específico para esta enfermedad. Es importante el cuidado de las condiciones bucales. Si los dientes primarios se carian, es preciso restaurarlos, ya que su extracción no necesariamente induce al brote a -

Carótida externa) o una malformación efectiva de la Arteria Estopélica.

La mandíbula es siempre hipoplásica; el ángulo anormalmente obtuso y la superficie inferior del cuerpo es muchas veces muy abultado.

Otras características clínicas son:

- (1) Fisuras Palpebrales.
- (2) Hipoplasia de huesos faciales, especialmente de malar y mandíbula.
- (3) Macrostomía, paladar alto (a veces hendido) y posición anormal y maloclusión de dientes.
- (4) Fístulas ciegas entre ángulos de la oreja y boca.
- (5) Crecimiento Atípico del pelo, en forma de una prolongación con aspecto de lengua en el área de las patillas.

Se cree que este Síndrome es producto de un retardo o falta de diferenciación del mesodermo del maxilar durante el periodo fetal de 50 mm y después de él.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

No hay tratamiento para este mal, pero el pronóstico es bueno; la mayoría de los pacientes viven períodos normales.

gametos o células reproductivas.

Otro principio de la herencia importante es el descubrimiento hecho por Morgan, esto es del encadenamiento de los factores, lo que ofrece una explicación de que los dos o más caracteres pueden permanecer ligados en su pasaje de una generación a otra. De esto se deriva el descubrimiento del encadenamiento al sexo. Por ejem., un individuo puede transmitir un rasgo ligado al sexo, a sus nietos, pero no a sus hijos ni através de ellos. Esa transmisión depende del par de cromosomas sexuales de un individuo.

Muchos de los trastornos del desarrollo y crecimiento de las estructuras bucales y para bucales, así como otras enfermedades bucales tienen un fondo hereditario definido

Algunas veces se presentan tendencias familiares es decir enfermedades bucales en las cuales el testimonio de la herencia es sugerente pero no concluyente.

AGNATIA.

Es un defecto congénito extremadamente raro y se caracteriza por la ausencia del maxilar o de la mandíbula. Es más común que solo falte una porción de -- uno de los maxilares. A menudo se le ve asociado con otros trastornos del desarrollo y suele ser incompatible con la vida. En el caso de lesión en el superior, puede tratarse de una apófisis maxilar o aún del premaxilar.

Cuando la lesión es en la mandíbula la ausencia parcial de ésta es más común. Puede faltar la mandíbula de un lado íntegramente o con mayor frecuencia únicamente el cóndilo o la rama en su totalidad.

AGENESIA DE LA RAMA Y/O DEL CONDILO DE LA MANDIBULA.

La agenesia unilateral de la rama o del cóndilo o de ambos está asociada con anomalías que interesan a los arcos braquiales primero y segundo. Ha sido de-

Algunos pacientes, desde el punto de vista clínico, parecen tener una acentuada retrusión del mentón, pero mediante las mediciones se comprueba que la mandíbula está dentro de los límites normales de variación. Estos casos pueden deberse a la localización posterior de la mandíbula con respecto al cráneo o a un ángulo mandibular acentuado que da lugar a la retrusión aparente de la mandíbula.

La agenesia de los cóndilos produce también una micrognatia mandibular verdadera.

La micrognatia de Tipo Adquirida.

Es de origen posnatal y suele resultar de un trastorno en la zona de la articulación Temporomandibular.

La anquilosis de la articulación, por ejemplo, puede ser causada por el trauma o infección de la mastoides, oído medio o de la articulación propiamente dicha. Como el crecimiento normal de la mandíbula depende del desarrollo normal de los cóndilos así como de la función muscular, la Anquilosis Condilar da por resultado una mandíbula deficiente.

El aspecto clínico de la Micrognatia mandibular se caracteriza por la marcada retrusión del mentón, ángulo mandibular acentuado y barbilla deficiente.

del nacimiento. El lado opuesto o agrandado crece en grado proporcional al lado sano, de manera que la proporción es desigual y se mantiene durante toda la vida. De todos los casos registrados, las mujeres estaban afectadas con mayor frecuencia que los varones. La lesión ataca el lado izquierdo y el derecho en proporción casi igual.

MANIFESTACIONES BUCALES.

Los dientes del lado afectado son anormales en tres aspectos 1) el tamaño de la corona, 2) el tamaño y la forma de la raíz, y 3) el ritmo de desarrollo. No todos los dientes afectados se encuentran en el nivel igual de afectación. No hay información en cuanto a los efectos sobre la dentición primaria, pero los dientes permanentes del lado afectado están agrandados con frecuencia. Este agrandamiento puede atacar a cualquier diente; pero parece producirse con mayor frecuencia en los caninos, premolares y primeros molares.

Los dientes permanentes del lado afectado se desarrollan más rápidamente y erupcionan antes que sus contrapartes del lado sano. Concomitante con este fenómeno, se produce la caída prematura de los dientes primarios. El hueso del maxilar y la mandíbula también está agrandado; es más ancho y grueso, a veces con alteración del trabeculado.

Es común que la Hipertrofia Hemifacial abarque la lengua y que este presente un cuadro variable de agrandamiento de las papilas linguales, además del agrandamiento unilateral general. Es frecuente que la mucosa bucal sea aterciopelada y cuelgue en pliegues blandos en el lado afectado.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Hay ciertas enfermedades de los maxilares que tienen el aspecto clínico de la Hipertrofia Hemifacial, como son las neurofibromatosis y la displasia fibrosa de los maxilares, pero estos son diferenciados por la falta de efecto sobre el tamaño de los dientes y la velocidad de la erupción.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

No hay tratamiento específico para esta lesión, salvo los intentos de reparación estética. No se conoce con certeza su efecto exacto sobre la expectativa

ANOMALIAS DE LAS RELACIONES DE LOS ARCOS DENTALES.

De suma importancia es la relación entre los maxilares y las dificultades oclusales y funcionales que de ella resultan.

De mucha mayor importancia es la disparidad de tamaño de los maxilares, ya sea de uno o de ambos.

En lo que respecta a las dificultades oclusales, existen muchos tipos de maloclusiones, y han proliferado las clasificaciones en un intento por unificar las técnicas de tratamiento. Universalmente la más conocida y usada es la clasificación de Angle, propuesta en 1899 y es la siguiente:

Clase I.- Arcos en relación mesiodistal normal.

Clase II.- Arco mandibular en relación distal con respecto del maxilar.

División 1.- Bilateralmente distal, con protrusión de incisivos superiores.

Subdivisión. Unilateralmente distal, con protrusión de incisivos superiores.

División 2.- Bilateralmente distal, con protrusión de incisivos superiores.

Subdivisión. Unilateralmente distal, con retrusión de incisivos superiores.

Clase III.- Arco mandibular en relación mesial con respecto del maxilar.

División.- Bilateralmente Mesial.

Subdivisión.- Unilateralmente mesial.

La anterior clasificación de Angle es con respecto a pacientes con anomalías Ortodónticas. Si la oclusión es normal será cúspide con foseta y si es anormal las alteraciones pueden ser mordida cruzada (los dientes antagonistas harán su oclusión por cara palatina en lugar de por labial), puede ser total o parcial.

ETIOLOGIA.

Puede ser congénita o adquirida como consecuencia de un traumatismo del labio.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Aparece por lo común, en el labio superior, aunque también en el labio inferior y en casos raros en ambos. Por lo general, cuando los labios están en reposo, no es posible ver el labio doble. No hay predilección familiar, por sexo o raza.

La presencia del labio doble adquirido, junto con la blefarochálasis y el agrandamiento tiroideo atóxico se conoce como Síndrome de Ascher. En estos casos, las anomalías oculares y labiales se desarrollan bruscamente. No es seguro que el trastorno tiroideo necesariamente sea parte del Síndrome.

TRATAMIENTO.

Por necesidad estética o funcional de la fonación y masticación se hace la Cirugía, pero no hay necesidad de tratamiento excepto para los fines antes señalados.

Con la Cirugía no se elimina el exceso de tejidos fácilmente.

LABIO LEPORINO (FISURADO) Y PALADAR HENDIDO.

LABIO LEPORINO.

Es la más importante de las fisuras faciales y puede ser superior o inferior.

El labio leporino inferior es extremadamente raro, se produce en la línea media del labio inferior; se debe a una falla en la unión, la cual no da lugar a la formación del arco mandibular, ni a la persistencia del surco central de la protuberancia mandibular.

Solo está afectado el labio, pero ocasionalmente lo están el labio y el maxi-

dos quirúrgicamente con excelentes resultados estéticos y funcionales.

PALADAR HENDIDO.

Representa un trastorno de la fusión normal de las protuberancias palatinas: - falta de unión debido a la ausencia de fuerza, interferencia de la lengua o disparidad de tamaño de las partes afectadas.

El paladar blando y la úvula se forman no como resultado de la fusión de las - partes, si no como la extensión posterior de las protuberancias palatinas.

ETIOLOGIA.

La herencia es indudable. Otro factor importante son los factores ambientales. No se conoce con exactitud el modo de transmisión de los defectos. Esto ha sido estudiado por Bhatia quien señaló que los posibles modos de transmisión son por un gen mutante único que produzca un efecto pronunciado.

Se ha informado que el "Stress" fisiológico, emocional o traumático puede desempeñar un papel significativo en la etiología del paladar hendido del ser humano. Esto es debido a que el "Estress" induce al incremento de la función de la corteza Suprarrenal y Secreción de Hidrocortisona.

Otros factores sugeridos como causas posibles del Paladar Hendido son:

- (1) Aporte vascular deficiente en la zona afectada.
- (2) Una perturbación mecánica en la cual el tamaño de la lengua impediría la -- la unión de las partes.
- (3) Substancias que circulan, como el alcohol y ciertas drogas y toxinas.
- (4) Infecciones
- (5) Falta de fuerza del desarrollo intrínseco.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Presenta un grado amplio de gravedad y lesión de los tejidos. En muchos casos - la fisura del paladar duro se extiende adelante a través del reborde alveolar y del labio, produciendo una completa fisura en el labio, reborde y paladar. Oca-

QUEILITIS GLANDULAR.

Es una anomalía que se produce con mayor frecuencia en varones - adultos. Se presenta de siguiente manera: el labio inferior se agranda, se torna firme y por último se gira hacia afuera.

ETIOLOGIA.

La causa es desconocida, se afirmó que la exposición crónica al sol, viento y polvo, así como el uso continuo del tabaco son factores importantes para la aparición de esta anomalía.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Las glándulas salivales labiales se agrandan y a veces se tornan nodulares, los orificios de los conductos se encuentran inflamados y dilatados, en la mucosa se observa pequeñas máculas rojas, que es la forma en que aparece sobre la mucosa los conductos dilatados.

Puede ser que al girar el labio hipertrófico hacia afuera haya secreción mucosa viscosa.

Hay tres tipos de Queilitis Glandular:

- 1.- tipo simple,
- 2.- supurativo superficial, y
- 3.- supurativo profundo.

El tipo simple, que es el más común, se caracteriza por múltiples lesiones del tamaño de la cabeza de un alfiler, con depresiones centrales y conductos dilatados. De éste se derivan cualquiera de los otros tipos (supurativo superficial y el profundo).

El tipo supurativo superficial, se le conoce como enfermedad de Baelz, se caracteriza por la hinchazón indolora, induración, formación de costras y úlceras superficiales y profundas del labio.

TRATAMIENTO.

Se probaron muchas formas de tratamiento, pero resultaron insatisfactorias para curar esta enfermedad.

SINDROME DE POLIPOS INTESTINAL HEREDITARIA. (SINDROME DE PEUTZ-JEGHERS)

Es una enfermedad poco común que reviste interés para el Odontólogo en razón de los hallazgos bucales. El Síndrome consiste en la poliposis intestinal generalizada familiar y manchas pigmentadas en cara, cavidad bucal, y a veces, en manos y pies.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Las pigmentaciones melánicas de labios y mucosa bucal suele aparecer en el nacimiento, como motas verdes o pardas que miden entre 1 y 5 mm de diámetro. Dentro de la boca, la mucosa es la zona afectada con mayor frecuencia le sigue la encía y el paladar duro. Es raro que la lengua presente esta pigmentación. En la cara las manchas tienden a agruparse alrededor de los ojos, narinas y labios.

Los pólipos intestinales están, por lo general, distribuidos en todo el intestino, pero se manifiestan clínicamente en el intestino delgado. Por esto los pacientes con esta enfermedad padecen de frecuentes dolores abdominales y signos de obstrucción menor que suele terminar en la invaginación.

Los pólipos múltiples del colon suelen transformarse en lesión maligna.

Pero en la poliposis de Jeghers los pólipos son simples excrecencias intestinales con potencial maligno bajo.

La poliposis intestinal generalizada con pigmentación bucal es -

TRASTORNOS DURANTE LA INICIACION DE LOS GERMENES DENTARIOS.

DISPLASIA ECTODERMICA.

Se trata de una enfermedad hereditaria que afecta todas las estructuras derivadas del ectodermo. Es una mutación recesiva que se presenta mucho más frecuentemente en los varones que en las mujeres.

Sus manifestaciones generales y orales consisten en ausencia o escasez de pelo (hipotricosis), ausencia de glándulas sudoríferas (anhidrosis) y sebáceas (asteatorrea), elevación de la temperatura (a causa de la anhidrosis), piel seca, puente nasal hendido, protrusión de los labios, desarrollo mental deficiente y anodoncia parcial y completa, tanto de los dientes temporarios como de los permanentes, con malformación de cualquier diente que pudiera existir.

ANODONCIA.

Se le conoce así a la ausencia congénita de dientes y son de dos tipos: Total y Parcial.

La Anodoncia Total, es cuando faltan todos los dientes y puede comprender -- tanto la dentición primaria como la permanente.

Esta anomalía es rara, cuando llega a producirse suele estar asociada con un trastorno más generalizado como es la Displasia Ectodérmica Hereditaria.

La Anodoncia inducida o falsa se produce como consecuencia de la extracción -- de todos los dientes. La Anodoncia se aplica a los pacientes que tienen mu- -- chos dientes no brotados.

La Anodoncia Parcial Verdadera afecta uno o más dientes y es una anomalía más bien común. Aunque puede haber ausencia congénita de cualquier diente, hay -- tendencia a que ciertas piezas falten con mayor frecuencia que otros.

En la Anodoncia Parcial Severa, puede ser notoria la ausencia bilateral de --

los incisivos centrales superiores.

El diente supernumerario segundo en frecuencia es el cuarto molar superior y se sitúa distal al tercer molar. Suele ser un diente rudimentario pequeño, - pero también tiene tamaño normal.

Asimismo en algunas ocasiones un cuarto molar inferior se puede encontrar, - pero es mucho menos frecuente que el superior.

Otras piezas supernumerarias vistas con frecuencia son los paramolares superiores. El paramolar es un molar supernumerario, pequeño y rudimentario que se sitúa por Vestibular o por lingual de uno de los molares superiores o entre el primero y segundo o el segundo y tercero.

No se tiene explicación para esto pero es un hecho que el 90% de los dientes supernumerarios son superiores.

Los dientes supernumerarios son menos frecuentes en la dentición primaria -- que en la permanente.

Cuando se presenta en la dentición primaria, el diente supernumerario suele ser un incisivo lateral superior, pero pueden ser caninos supernumerarios -- primarios superiores e inferiores.

IMPORTANCIA CLINICA.

Debido al volumen adicional, los dientes supernumerarios causan malposición de los dientes adyacentes o impiden su erupción.

En la Disostosis Cleidocraneal es característico encontrar dientes supernumerarios múltiples, muchos de ellos retenidos.

El Síndrome de Gardner es un complejo nosológico interesante y reviste importancia para el Odontólogo puesto que los dientes retenidos y Osteomas de los maxilares conducen al diagnóstico de la totalidad del Síndrome.

El Síndrome también se caracteriza por presentar múltiples dientes supernumerarios retenidos. Este Síndrome se compone de:

retenidos (en desdentados totales) que hacen erupción después de la colocación de aparatos de prótesis.

Se han registrado pocos casos de personas a las cuales se les extrajeron -- todos los dientes permanentes y que posteriormente brotarán varios dientes -- más especialmente después de la instalación de prótesis completa.

Una pequeña cantidad sin embargo son ejemplos de dentición pospermanente -- o tercera dentición, aunque es mejor clasificar a estos como dientes no brotados supernumerarios, puesto que es posible que se formen o de un germen -- de la lámina dental ubicado mas allá del germen dental permanente.

Afecta con mayor frecuencia al incisivo lateral superior, se le denomina a esta anomalía como lateral "conoide o de clavija".

En vez de presentar las superficies mesial y distal paralelas o divergentes, los lados convergen hacia incisal, formando una corona en forma de clavija o cono.

La raíz de estos dientes suele ser más corta que lo normal.

MACRODONCIA.

Es lo opuesto a la Microdoncia y se refiere a dientes que son mayores que lo normal.

Se clasifica de la siguiente manera:

LA MACRODONCIA GENERALIZADA VERDADERA, anomalía en la cual todos los dientes son mayores que lo normal, ha sido asociada con el gigantismo hipofisario pero es extremadamente rara.

LA MACRODONCIA GENERALIZADA RELATIVA, es algo más común y es el resultado de la presencia de dientes normales o ligeramente grandes en maxilares pequeños dando por resultado esta disparidad la ilusión de la Macrodoncia. Debe de tomarse en cuenta el factor de la herencia en esta anomalía.

LA MACRODONCIA UNIDENTAL, es relativamente rara, pero se puede observar algunas veces. Es de etiología desconocida. El diente es normal en todo sentido excepto en su tamaño.

MICRODONCIA.

Este término se usa para describir dientes menores que lo normal, es decir fuera de los límites usuales de variación.

Se conocen tres tipos de Microdoncia:

Los dientes afectados con mayor frecuencia son los incisivos laterales superiores, a veces están afectados los incisivos centrales superiores y con frecuencia es bilateral.

No solo llegan a estar afectados los dientes posteriores, si no que también hay una forma análoga de invaginación en las raíces dentales.

Esta anomalía esta consignada en la literatura como bastante común.

La denominación "dens in dente", originalmente aplicada a una marcada invaginación que da el aspecto de un diente dentro de otro, es en la actualidad in adecuada, pero se sigue utilizando.

En la forma leve, hay una invaginación profunda en la zona de la fosa lingual, que clínicamente puede ser evidente.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Se ve como una invaginación piriforme de esmalte y dentina, con una constricción estrecha en la abertura de la superficie del diente y muy cerca a la -- pulpa en su profundidad. Los residuos de los alimentos pueden quedar retenidos ahí, con producción de caries e infección pulpar.

Las formas pronunciadas de "dens in dente" presentan una invaginación que se extiende casi hasta el apice del diente, radiográficamente refleja un notable trastorno de la estructura anatómica y morfológica normal de las piezas.

Esta anomalía en su forma severa, se presenta con menos frecuencia, en su -- forma leve es bastante común.

TRATAMIENTO.

Para impedir las caries, con infección pulpar y pérdida prematura de los -- dientes, es preciso reconocer, por esta razón, tempranamente esta anomalía y hacer una restauración profiláctica.

Por fortuna es posible identificar este defecto en las radiografías aún antes de que los dientes erupcionen.

La pieza puede tener conductos radiculares separados o fusionados y la anomalía es común tanto en la dentadura permanente como en la primaria.

Además de afectar a dos dientes normales, la fusión también puede producirse entre un diente normal y un supernumerario (como el mesiodens o el distomolar que son los más comunes).

En algunos casos la anomalía puede tener una tendencia hereditaria.

DILACERACION.

Está anomalía se refiere a una angulación, o curvatura pronunciada en la raíz o la corona de un diente formado.

ETIOLOGIA.

Se debe a un trauma recibido durante el período en que se forma el diente, - - cuya consecuencia es que la posición de la parte calcificada de la pieza se - modifica y el resto de esta se forma en un ángulo. La curvatura puede producirse en cualquier punto a lo largo del diente, a veces en la porción cervical, --- otras a mitad de camino en la raíz o aún en el ápice radicular, según sea la cantidad de raíz que se ha formado en el momento del traumatismo.

Es frecuente que los dientes dilacerados presentan dificultades para su ex- -- tracción si el operador no está enterado de la presencia de la anomalía, por- lo que es necesario el tomar radiografías antes de realizar cualquier procedi- miento quirúrgico.

TAURODONTISMO.

Se utiliza este término para describir una anomalía dental en la cual el cuer- po del diente está agrandado a expensas de las raíces. El término deriva de - la similitud de estos dientes con los animales rumiantes.

Se clasifica en dos tipos:

RAICES SUPERNUMERARIOS.

Esta anomalía del desarrollo no es común y puede aparecer en cualquier diente.

Piezas que normalmente son unirradiculares, particularmente premolares y caninos inferiores, a menudo tienen raíces supernumerarios.

Tanto los molares superiores como inferiores, en especial los terceros molares pueden presentar una o más raíces supernumerarias.

Este fenómeno es de considerable importancia en la exodoncia, ya que es posible que una de estas raíces se fracture durante la extracción y si no se le reconoce y se deja en el alveolo, puede ser la fuente de una futura infección.

presente, aparecerá como una capa muy delgada, principalmente en las puntas - de las cúspides, también en las superficies interproximales.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El esmalte es defectuoso, muy delgado, con muy pocos prismas y sin laminillas.

TRATAMIENTO.

No hay tratamiento alguno, salvo el destinado a mejorar la estética. Pero por lo general estos dientes no pasan como anormales al observador casual.

HIPOPLASIA ADAMANTINA POR FACTORES AMBIENTALES.

Diferentes factores ambientales son capaces de lesionar los ameloblastos dando por origen a esta anomalía.

Estos factores son:

- 1.- Deficiencias nutricionales (vitamina A,C y D)
- 2.- Enfermedades exantemáticas (sarampión, varicela, fiebre escarlatina)
- 3.- Sífilis congénita
- 4.- Hipocalcemia
- 5.- Trauma natal, nacimientos prematuros, enfermedad hemolítica por RH
- 6.- Infección o trauma local
- 7.- Ingestión de sustancias químicas (principalmente fluoruros), y
- 8.- Causas ideopáticas.

En la hipoplasia adamantina leve por factores ambientales puede haber únicamente algunos surcos, fosas y hendiduras en la superficie del esmalte.

Cuando la anomalía es más marcada, el esmalte presenta hileras de fosas profundas dispuestas horizontalmente a través de la superficie de los dientes.

HIPOPLASIA ADAMANTINA POR HIPOCALCEMIA.

La tetania, inducida por el descenso del nivel del calcio en la sangre, y -- puede provenir por deficiencia de vitamina D.

Este tipo de hipoplasia adamantina corresponde a la variedad en fosillas.

No difiere a la causada por trastornos nutricionales y enfermedades exantemáticas.

HIPOPLASIA POR TRAUMATISMO NATAL.

El anillo o línea neonatal que aparece en dientes primarios y primeros molares permanentes, puede ser considerada como un tipo de hipoplasia por que se produce en el esmalte, trastorno indicador de traumatismo o modificación del medio en el momento del nacimiento.

En los nacimientos traumáticos la formación de esmalte puede incluso cesar - en ese momento, por lo que es evidente que la hipoplasia adamantina es mucho más común en niños de nacimiento prematuro que en criaturas nacidas a término.

HIPOPLASIA ADAMANTINA POR INFECCION O TRAUMA LOCAL.

Si un diente temporal tuviera caries durante el período en que se forma la - corona del diente permanente sucesor, la infección bacteriana de su tejido - periapical podría alterar la capa ameloblástica del diente permanente y producir una corona hipoplásica. El grado de hipoplasia dependerá de la intensidad de la infección.

Otro tipo de hipoplasia es la producida después de un traumatismo en un dien

Los dientes atacados moderadamente o intensamente tienden a que su esmalte se -- desgaste y hasta se fracture.

TRATAMIENTO.

Por razones estéticas, se estableció la práctica de blanquear los dientes afectados con alguna substancia como el peróxido de hidrogeno. Esto es eficaz, pe-- ro el procedimiento se realiza en forma periódica ya que los dientes siguen -- pigmentandose.

HIPOPLASIA POR FACTORES IDEOPATICOS.

Hay hipoplasias que se desconoce su etiología, que no presentan origen ambien-- tal ni factores nutricionales.

AMELOGENESIS IMPERFECTA.

(DIENTES OPALESCENTES HEREDITARIOS PARDOS)

Es un trastorno ectodérmico cien por ciento, puesto que los componentes meso-- dermicos del diente son normales.

La formación del esmalte normal se hace en dos periodos: formativo, en el cual hay depósito de matriz orgánica, y el de maduración, durante el cual esta ma-- triz es mineralizado.

Hay dos tipos reconocidos de Amelogénesis Imperfecta:

- (1) Hipoplasia adamantina (en la cual se forma una matriz defectuosa)
- (2) Hipocalcificación Adamantina (hipomineralización) en la cual se produce la mineralización defectuosa de la matriz formada.

Presenta túbulos irregulares, con amplias zonas de matriz no calcificadas.-- Los túbulos tienden a ser de mayor diámetro y menos numerosos que los normales en un determinado volumen de dentina.

En algunas zonas puede observarse la ausencia completa de túbulos. Hay inclusiones celulares en la dentina (probablemente Odontoblastos) y la cámara pulpar está casi obliterada por la continúa aposición de dentina.

TRATAMIENTO.

El tratamiento esta orientado a la conservación del esmalte y la consiguiente prevención de la perdida de dentina por atrición.

Se han colocado coronas metálicas coladas en dientes posteriores y coronas - fundas en dientes anteriores, con considerable éxito, se debe tener cuidado al tallar las piezas para estas restauraciones.

También se tendra cuidado con los Aparatos parciales que ejercen cargas sobre los dientes, por que las raíces se fracturan con facilidad debido a la - blandura de la dentina.

DIENTES EN CASCARA.

Esta anomalía es un trastorno dentinal en el cual el esmalte del diente es - normal, mientras que la dentina es en un extremo delgada y las cámaras pulpa res son enormes. El tamaño de las cámaras pulpares no se debe a la resorción si no a que la dentina se forma en forma insuficiente y defectuosa.

Estos dientes tienen raíces demasiado cortas.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Son de color y aspecto clínicas normales.

teriormente se activara durante el desarrollo del diente.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El brote de los dientes con Odontodisplasia se produce con retardo o no se produce. Por lo general su aspecto es muy irregular, con frecuentes evidencias de mineralización defectuosa.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Las radiografías revelan una disminución de la radiodensidad, de manera que los dientes adquieren aspecto "fantasmal". El esmalte y la dentina son muy delgados y las cámaras pulpares excesivamente grandes.

La capa Adamantina no suele observarse.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Hay una marcada merma de la cantidad de dentina, el ensachamiento de la capa de predentina, la presencia de grandes cantidades de dentina interglobular, son características importantes.

Es típico que el epitelio reducido del esmalte que rodea a los dientes no erupcionados presenta muchos cuerpos calcificados bastante irregulares.

TRATAMIENTO.

Tienen un aspecto tan deplorable estos dientes que esta indicado la extracción de estos y la restauración con prótesis.

PIGMENTACION DE ESMALTE Y DENTINA.

La pigmentación vital de esmalte y la dentina es rara. No obstante, se le

TRASTORNOS DURANTE LA CALCIFICACION DE LOS TEJIDOS DENTARIOS DUKOS.

HIPOCALCIFICACION DEL ESMALTE.

Esta anomalía se trasmite de dos maneras diversas: (a) como un rasgo dominante autosómico y (b) como un rasgo recesivo autosómico.

Una de las formas de hipocalcificación del esmalte es la que aparece en la Displasia Oculodentodigital que consta de:

- (a) Hipertelorismo Ocular,
- (b) Desfiguración dígital y
- (c) Hipocalcificación del esmalte que afecta las dos denticiones.

Esta anomalía afecta a las dos denticiones. Sin embargo, los hallazgos dentales son más característicos de Hipoplasia Adamantina que de Hipocalcificación.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se ha dividido la Hipocalcificación en tres grupos según sus manifestaciones clínicas y son:

- 1.- Los dientes van de color amarillo al pardo claro, tiene textura algo cetrácea, hay poco astillamiento del esmalte y zonas bien calcificadas en la superficie adamantina y en la unión amelocementaria.
- 2.- Los dientes son de color pardo oscuro y el esmalte tiene una consistencia caseosa, tiende a quebrarse fácilmente, puede haber una capa delgada de esmalte duro sobre la dentina de dientes brotados recientemente.
- 3.- El esmalte es hipocalcificado en zonas específicas de los dientes y tiende a astillarse y pigmentarse en esos sitios.

Las piezas atacadas de Hipocalcificación tienen forma normal cuando erupcionan, pero tienen color anormal y son opacos. La pigmentación va acentuándose con la edad y varía en forma considerable en los diferentes dientes.

como la deficiencia Paratiroidea o el raquitismo puede producir dentina interglobular.

TRASTORNOS DURANTE LA ERUPCION DE LOS DIENTES.

MALOCCLUSION.

La malposición de los dientes es muy frecuente. Las anomalías varían entre - la malposición de un solo diente hasta la afección de todos los dientes.

Estas anomalías pueden estar relacionadas con una alteración en la forma, tamaño y anchura de los maxilares o aparecen independientemente.

La herencia juega un papel muy importante para que se presente esta anomalía ya que se puede heredar el tamaño de los dientes de la madre y presentarse - una disparidad que ocasiona la anomalía.

En esta anomalía se incluye:

- 1.- Prognatismo
- 2.- Mordida cerrada con retroinclinación de los dientes anteriores del maxilar superior
- 3.- Relación Anormal entre el tamaño de los dientes y maxilares.

PROGNATISMO.

El término se refiere a la disposición de los incisivos mandibulares en posición anterior. Está asociado con la proyección del mentón, labio inferior engrosado y ángulo maxilar aplanado.

con solo un acortamiento del arco superior que causa un falso Prognatismo.

ETIOLOGIA.

Casi siempre es hereditaria independientemente de su forma clínica.

MORDIDA CERRADA CON RETROINCLINACION DE LOS DIENTES ANTERIORES DEL MAXILAR - SUPERIOR . (2)

Está caracterizada por la introversión de los incisivos del maxilar superior especialmente los centrales. Los incisivos laterales permanecen muchas veces en posición normal, pero también pueden estar inclinados hacia afuera y sobrepasar las superficies distales de los incisivos centrales.

Con menor frecuencia se afectan los caninos y dientes posteriores.

La mordida cerrada suele estar asociada a la mordida profunda. En una expresión grave, el proceso alveolar inferior puede quedar cubierta por los incisivos del maxilar superior.

ETIOLOGIA.

La mordida cerrada parece ser heredada como un carácter dominante autosómico con elevada penetrancia.

DIASTEMA MEDIAL. (3)

Es un espacio de 1 mm a 6 mm o mayor entre los incisivos centrales del maxilar superior. Los ejes longitudinales de los incisivos centrales del maxilar con diastema medial suelen ser divergentes o paralelas. Cuando son incisivamente convergentes se puede sospechar de un mesiodens (diente supernumerario interradicular), aunque su ocurrencia es rara.

Hay dos clases de diastema, el Verdadero y el seudodiastema. El Verdadero se

apiñonamiento con resorción de hueso interdentario de tal manera que las raíces quedan en contacto próximo y se fusionan por depósito de cemento entre ellas.

La concrecencia puede ocurrir antes o después de la erupción del diente. -- Por lo regular la concrecencia ocurre solo en dos dientes.

Por medio del examen radiográfico se hace el diagnóstico, es importante que el Odontólogo tenga conocimiento de ello, ya que la extracción de uno puede provocar la extracción del otro.

ERUPCION TARDIA.

El retraso en la erupción se debe a variaciones extremas en la curva de la distribución normal originada por numerosos genes.

Es difícil establecer la demora de la erupción de los dientes, salvo que supere ampliamente las fechas normales.

ETIOLOGIA.

Es desconocida. A veces puede estar asociado con algunos estados sistemáticos como el Raquitismo, Cretinismo y Disostosis Cleidocraneal. Los factores locales son capaces de retardar la erupción como el caso de Fibromatosis Gingival, en el cual el tejido conectivo denso no permite la erupción.

TRATAMIENTO.

Cuando es posible identificar los factores locales que causan el retardo de la erupción, el tratamiento de estos factores aporta el alivio a la situación.

En los casos de trastornos generalizados en los cuales afectan secundariamente la dentición, el tratamiento de la afección primaria, cuando es posible, frecuentemente permitira la erupción dental.

poral es menor que las piezas vecinas, lo que cambia es el nivel relativo -- de la oclusión y no la posición de los dientes.

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico de esta anomalía se sospecha clínicamente y se confirma radiograficamente. Las piezas afectadas carecen de movilidad a pesar de la resorción avanzada. A la percusión el diente emite un sonido, característico, enforma sólido en contraste con el sonido sordo y amortiguado del diente normal.

ETIOLOGIA.

No se conoce la causa de la anquilosis, en algunos casos el traumatismo o la infección fueron considerados como factores etiológicos importantes.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Se observa la ausencia, por lo menos parcial del ligamento parodontal, con zonas de unión entre la raíz dental y hueso.

El proceso consiste básicamente en la resorción de la substancia dental y reparación ósea, como consecuencia de lo cual el diente queda fijado en el hueso.

TRATAMIENTO.

Suele ser tratada mediante la extracción quirúrgica del diente anquilosado - para impedir una maloclusión, un trastorno periodontal local o caries.

ERUPCION PREMOLAR.

Ocasionalmente las criaturas nacen con estructuras que parecen dientes brota

secuestro del brote.

CARACTERISTICAS CLINICAS .

Es una pequeña espícula ósea situado sobre la corona de un molar permanente en erupción, que se observa antes de la emergencia de las puntas de las cúpides en la mucosa bucal, o inmediatamente después. A medida que el diente sigue brotando, las espículas emergen, el fragmento óseo es secuestrado a través de la mucosa y desaparece. Por algunos días es posible ver el fragmento óseo sobre la cresta del reborde en una minúscula depresión de la cual se retira con facilidad.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS .

Podemos ver el secuestro del brote en la radiografía, aún antes de que la espícula perfora la mucosa, Se observa como una pequeña opacidad por sobre la fosa oclusal central, separada del diente.

CLINICAMENTE .

Su importancia es que a veces el niño se queja de un leve dolor en la zona. Esto seguramente es debido a la compresión del tejido blando sobre la espícula al comer e inmediatamente antes de su paso a través de la mucosa, o por el movimiento de la espícula en la cripta del tejido blando durante la masticación o al seguimiento del brote a través de la mucosa.

TRATAMIENTO .

No requiere tratamiento alguno ya que la alteración se corrige por sí sola.

DIENTES INCLUIDOS Y RETENIDOS .

Dientes incluidos son aquellos que no brotaron por falta de fuerza.

lar o el borde anterior de la rama. En este caso simplemente hay falta de -- espacio para el brote.

RETENCION HORIZONTAL.

El tercer molar está en posición horizontal con respecto al cuerpo de la mandíbula y la corona puede estar o no en contacto con la cara distal de la corona del segundo molar o de su raíz. En este tipo de retención, el tercer molar puede encontrarse en cualquier nivel dentro del hueso desde la cresta -- del reborde hasta el borde inferior de la mandíbula.

Además de la clasificación anterior, el tercer molar también puede estar desviado hacia vestibular o lingual, asimismo puede haber retenciones complicadas en las cuales los terceros molares están invertidos, con la corona orientadas hacia el borde inferior de la mandíbula, o en las cuales el tercer molar está completamente dentro de la rama de la mandíbula.

Debemos determinar en cualquier diente retenido el tipo de retención ya sea parcial o total. Un diente con retención parcial no está completamente en el tejido óseo. Un diente de retención total es aquel que está completamente dentro del hueso y no tiene comunicación con la cavidad bucal. El diente de retención total no se puede infectar o cariar.

Aunque puede haber comunicación evidente del diente con la cavidad bucal a través de una bolsa periodontal y crear una situación ideal para infecciones e incluso para cariar el diente retenido.

Los terceros molares superiores retenidos pueden estar retenidos de manera similar a la del tercer molar inferior es decir mesioangular, distoangular, vertical, horizontal e incluso desviados hacia vestibular y lingual.

TRATAMIENTO.

Depende del tipo de pieza de que se trate y de las circunstancias particula-

nal y por lo tanto no requieren tratamiento.

HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL. (ENFERMEDAD DE HECK).

Es una lesión que se da en Colombia, Venezuela, Brasil, El Salvador, Guatemala, Paraguay y Egipto. Se da esta enfermedad en niños.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se presentan como lesiones nodulares múltiples, más común en el labio inferior pero también se observan en la mucosa bucal, comisuras, labio superior y lengua.

Las lesiones nodulares son de un diametro de 1 a 5 mm, blandas y del mismo color que la mucosa adyacente. Esta afección predomina en niños entre 3 y 18 años. Suele remitir espontáneamente entre los cuatro y seis meses, en algunos casos persiste durante un año, o más.

Las lesiones a veces recidivan.

TRATAMIENTO.

No necesita tratamiento, pues las lesiones son inocuas y muchas de estas remiten espontáneamente.

TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LA ENCLIA.

ELEFANTIASIS GINGIVAL.

Es una proliferación fibrosa difusa de los tejidos gingivales. La lesión es -

TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LA LENGUA

MICROGLOSIA .

La microglosia es una anomalía congénita rara que se manifiesta por la presencia de una lengua pequeña rudimentaria. Se ha registrado casos de Aglosia que es la ausencia completa de la lengua en el momento del nacimiento. Son obvias las dificultades que un paciente con aglosia o microglosia encontraría para comer y hablar.

MACROGLOSIA .

Es una anomalía más común que la microglosia y se manifiesta como una lengua agrandada, puede ser de tipo congénito o secundario.

La macroglosia congénita se debe al desarrollo exagerado de la musculatura que puede estar asociado con una hipertrofia o hemihipertrofia muscular generalizada, o nó.

La macroglosia secundaria puede ser el resultado de un tumor de la lengua como el linfagioma o el hemangioma difuso o, a veces, por bloqueo de los vasos linfáticos eferentes en casos de neoplasia malignas de la lengua.

Hay trastornos que ocasionan Macroglósia como son: Acromegalia por Hipertuitarismo, Cretinismo o Hipotiraidismo Congénito.

La Macroglósia de cualquier tipo puede producir el desplazamiento de los dientes y maloclusión debido a la fuerza de los musculos que intervienen y a la presión ejercida por la lengua sobre los dientes.

TRATAMIENTO .

No hay tratamiento particular para la macroglosia excepto la eliminación de la causa primaria, aunque en algunos casos se ha realizado el recorte -

La incidencia de esta infección aumenta con la edad, por lo que es probable que no sea una malformación del desarrollo.

ETIOLOGIA .- Esta asociado con algún factor extrínseco como el trauma crónico o deficiencias vitamínicas.

La lengua fisurada suele ser indolora, excepto en casos raros en los cuales los residuos de los alimentos tienden a acumularse en los surcos y -- producir irritación. Este material se quita el estiramiento y aplanamiento de las fisuras y la limpieza de la superficie con un cepillo dental o una gasa.

GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA .

Se trata de una anomalía congénita de la lengua, que se produce por la falta de retracción del tubérculo impar previamente a la fusión de las mitades laterales de la lengua, de manera que entre ellas queda interpuesta - una estructura carente de papilas, por lo que se concluye que es una anomalía del desarrollo.

CARACTERISTICAS CLINICAS .

La glositis romboidea media se presenta clínicamente como una rojiza, uvoide, adamantiforme o romboidal en la cara dorsal de la lengua, inmediatamente por delante de las papilas calciformes. A pesar del término glositis ésta lesión no es inflamatoria, por lo que se puede confundir el término.

TRATAMIENTO .

Esta enfermedad es inocua por lo que la lesión no necesita tratamiento alguno .

IMPORTANCIA CLINICA .

Es una afección poco común.

CLINICAMENTE .

Se caracteriza por una hipertrofia de las papilas varía del blanco amarillento al pardo o incluso negro, según sea la pigmentación que adquiere por factores extrínsecos, como el tabaco, ciertos alimentos, medicamentos o microorganismos de la cavidad bucal. Las papilas que pueden ser de considerable longitud, ocasionalmente pueden llegar al paladar del paciente y producir el reflejo del vómito.

ETIOLOGIA .- Es desconocida, se ha sugerido que algunos microorganismos, en particular hongos, podrían ser el factor excitante. Es cierto que se pueden cultivar algunos tipos de microorganismos del raspado de la papilas, incluyendo *Candida Albicans*, pero no hay pruebas de una relación de causa y efecto. La erradicación de los microorganismos no necesariamente produce la vuelta de la lengua a la normalidad.

Otra explicación es que algunos trastornos sistémicos como anemia, males-tares gástricas producían lengua pilosa y fumadores empedernidos , también es bastante frecuente en pacientes que fueron sometidos a irradiación de rayos X en cabeza y cuello para tratamiento de tumor. Se encontró que los rayos estaban dirigidos a través de alguna o de todas las glándulas salivales, alterando por lo tanto su función en cierto grado.

TRATAMIENTO .

Es una lesión benigna, el tratamiento es empírico.

VARICES LINGUALES .

Una varice es una vena dilatada o tortuosa comunmente, una vena sometida a gran presión hidrostática pero mal sostenida por los tejidos circundantes. Las varices de las venas raninas linguales son relativamente comunes, se -

démico, no es seguro que la afección sea una forma de Bocio.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Esta afección se presenta con mayor frecuencia en mujeres. La mayoría de los pacientes habían comenzado a presentar síntomas en períodos relativamente cortos de la vida principalmente durante la pubertad, la adolescencia y la madurez temprana, aunque se han registrado casos extremos en el momento del nacimiento y la séptima década.

CLINICAMENTE.

Se manifiesta como una masa nodular en la base de la lengua o cerca de ella, por lo general en la vecindad del agujero ciego, y con frecuencia, en la línea media. Esta masa aparece situada en profundidad, tiende a tener superficie lisa. En algunos casos es vascular, mientras que en otros el color de la mucosa no es atípica. El tamaño de la lesión es de aproximadamente 2 a 3 cm. de diámetro. Los síntomas generales de la enfermedad puede variar, pero la molestia que trae el paciente suele ser disfagia, disfonía, disnea, hemorragia con dolor o la sensación de tensión o plenitud en la garganta.

- 2.- Quistes del conducto tirogloso,
- 3.- Quiste epidermoide y dermoide, y
- 4.- Quiste linfopitelial.

QUISTE MAXILAR ANTERIOR MEDIO .

Se localiza en el conducto incisivo o cerca de él, es el tipo más común de quiste maxilar del desarrollo o fisural.

Se forma por el atrapamiento de epitelio cuando se lleva a cabo la fusión de los procesos palatinos con el premaxilar.

Aparece a cualquier edad, pero es muy común que se presente entre los 40 y 50 años.

Generalmente son asintomáticos, se detectan en el examen radiográfico de rutina de los dientes. Se observa una zona radiolúcida redonda, oval o acorazonado, por lo general simétrica, bilateral y bien definida.

La zona está en la línea media entre las raíces de los incisivos centrales superiores o sobre ellas y puede producir su divergencia.

HISTOLOGICAMENTE .

Está formada por epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar cilindrico pseudoestratificado.

TRATAMIENTO .

Excisión quirúrgica. Haciendo el abordaje por la región palatina, Osteotomía hasta localizar el quiste, eliminación total del quiste, eliminando totalmente la cápsula y el hacer un curetaje hasta oír la crepitación del hueso sano. Esto con el fin de evitar recidivas.

QUISTE PALATINO MEDIO .

HISTOLOGICAMENTE .

Está formado por epitelio escamoso estratificado o columnar cilíndrico y tejido conectivo fibroso.

TRATAMIENTO .

Debe ser enucleado quirúrgicamente. Rara vez es bilateral.

QUISTE MANDIBULAR MEDIO .

Es una lesión que se produce en la línea media de la mandíbula.

Es una anomalía del desarrollo que se origina por la proliferación de restos epiteliales atrapados en la fisura mandibular media durante la fusión de los arcos mandibulares bilaterales.

Es asintomático y se descubre en el examen rutinario radiográficamente. - El aspecto radiográfico que presenta este quiste es el de una imagen radiolúcida unilocular, bien delimitada, aunque también puede ser multilocular.

TRATAMIENTO .

Excisión quirúrgica.

QUISTE NASALVEOLAR .

QUISTE NASOLABIAL, QUISTE DE KLESTADT .

Tiene predilección por el sexo femenino. Este quiste no se encuentra dentro del hueso, si no que se describe como un quiste fisural raro que puede afectar secundariamente el hueso.

Es un trastorno raro. Son de origen congénito en un 5% y el aspecto clínico se aprecia a una masa móvil, blanda cuyo tamaño varía de algunos milímetros a varios centímetros, nivel de la porción anterior del cuello, puede estar a un lado de la línea media.

Es sensible a la presión.

La hinchazón se desarrolla con lentitud y es simétrica, salvo que esté en -- una ubicación alta del conducto, cerca de la lengua. En estos casos hay dis fagia.

El 60% de los casos aparece en la primera o segunda década de la vida.

Cuando se localiza en la región suprahioidea va a producir disfagia o acceso ligero de asfixia.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Está formado por epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar ciliado- o cilíndrico.

El quiste puede encontrarse en el piso de la boca, o más abajo, cerca del -- cartilago cricoideo o tiroides.

A veces se forma una fistula que nace en el quiste y se abre a la superficie cutánea o mucosa.

TRATAMIENTO.

Extirpación quirúrgica radical.

QUISTE NASOPALATINO.

Tiene forma de corazón. Incluye (a) el quiste del conducto incisivo y (b) - el quiste de la papila palatina. Varía en su localización (a) en el conduc- to y (b) abajo del agujero incisivo.

Se han encontrado en fetos de 10 a 20 cms. de tamaño pero también se han en-

TRATAMIENTO.

Remoción quirúrgica minuciosa.

QUISTE EPIDERMOIDE Y DERMOIDE.

Quiste Dermoide. Es un quiste que contiene apéndices cútaneos tales como los folículos pilosos y ocurre por el atrapamiento del ectodermo durante el cierre de las fisuras embrionarias entre la tercera y cuarta semana de vida intrauterina.

Se localiza en el piso de la boca y por encima del músculo genihioides provocando elevación y desplazamiento de la lengua, esto interfiere en las funciones del comer, del habla y en ocasiones al presionar la epiglotis va a alterar la función respiratoria.

Es raro que se haga evidente en el momento del nacimiento, casi siempre se --
diagnóstica entre los 15 y 25 años de edad.

El quiste profundo produce abultamiento en la región submentoniana.

No muestra predilección por sexo. La lesión varía de tamaño pero por lo general, alcanzan varios cms. de diámetro.

El quiste común se percibe como masilloso a la palpación, pero puede ser más-fluctuante.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Está formado por el epitelio escamoso estratificado queratinizante con folículos pilosos, glándulas sudoríferas y glándulas sebáceas.

En el epidermoide vamos a encontrar únicamente epitelio escamoso queratinizado.

CAPITULO II
= = = = =

GENERALIDADES DE TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE LA CAVIDAD ORAL

El estudio de tumores de cavidad oral y estructuras adyacentes - desempeñan un papel importante de la Odontología para llegar a - un mejor diagnóstico y tratamiento de éstas lesiones.

TUMOR.- Por definición, es simplemente una hinchazón del tejido que no implica un proceso neoplásico.

La neoplásia es un fenómeno biológico mal comprendido que en algunos casos no puede ser diferenciado de otros procesos o reacciones tisulares. Si bién no existe una definición precisa de -- neoplásia, particularmente una sin excepción, se la suele considerar una neoformación potencialmente capaz de proliferar ilimitadamente, y que no cede una vez eliminando el estímulo que produjo la lesión.

NEOPLASIAS BENIGNAS :

La mayor parte de las neoplasias benignas de la boca se pueden - ver y palpar y, mediante éstas dos fuentes de información, al igual que por ciertos datos histológicos, el clínico puede establecer su diagnóstico.

Las neoplasias benignas se presentan como una masa que hacen prominencia, en distintos grados, hacia el interior de la cavidad - de la boca. Sus superficies son bien limitadas y a menudo toman una forma ovoidal o elíptica. Muchas se adhieren a los tejidos - que hay por debajo mediante un pedículo (pedunculadas), dato que por sí sólo ya hace pensar en un tumor benigno. Otras son sésiles es decir, su adherencia, es tan ancha como el propio tumor. Por

blando de la boca, aunque casi siempre se encuentra en la nuca-
sa bucal, en la lengua o en las encías.

ASPECTO CLINICO .

Generalmente el fibroma tiene todas o casi todas las caracterís-
ticas clínicas de una neoplasia benigna.

En la forma típica, sin que se haya complicado por irritaciones
superpuestas o por traumatismos, es una masa prominente de tama-
ño variable (desde unos pocos milímetros a varios centímetros);
el tumor es de superficie lisa y de forma curva simétrica, re-
dondeada, ovalada o elíptica; su base puede ser sésil pero gene-
ralmente se adhiere a los tejidos subyacentes por medio de un -
estrecho pedículo, con lo que resalta aún más su carácter loca-
lizado y bien limitado; su color suele ser parecido al de los -
tejidos normales contiguos o algo más pálido; y su consistencia
es semisólida o dura. Sin embargo, puede encontrarse también fi-
bromas blandos. Su consistencia se debe a un contenido de teji-
do fibroso menos compacto que el de la lesión típica.

Cuando se localiza en el interior de tejidos que se pueden com-
primir (mucosa bucal, lengua, tejidos de suelo de la boca, etc.)
el fibroma puede desplazarse con facilidad de uno a otro lado -
sin alterar los tejidos que lo rodean, lo que hace pensar tam-
bién en un tumor benigno, no invasor. Por otra parte, aquellos
fibromas que se desarrollan a partir de tejidos blandos fijos -
muy adheridos (tejidos de la encía y del paladar) no tienen es-
ta libertad de movimientos. La palpación de los tejidos que ro-
dean la base del tumor muestran una simetría y consistencia nor-
males indicando, una vez más la falta de invasión o infiltra-
ción de las estructuras vecinas.

Aquellos fibromas que se originan en el tejido conjuntivo más -

vas, pero se deben generalmente a una extirpación defectuosa.

PAPILOMA .

El papiloma, una neoplasia benigna de epitelio escamoso, es también muy frecuente en la boca, aunque no tanto como el fibroma. Aunque puede localizarse en cualquier lugar, es más -- frecuente en los labios, en la mucosa labial y bucal, y en la lengua.

Se presenta por igual en ambos sexos y en personas de todas las edades.

ASPECTO CLINICO.

El papiloma suele tener las características de la mayoría de las neoplasias benignas, pero sus caracteres más importantes y diagnósticos son su color gris o blanco grisáceo y su superficie verrugosa, que hace pensar en la superficie de una coliflor.

Por lo general, el papiloma es una masa única o aislada de tejido anormal que hace prominencia en los tejidos orales, presentándose como un tumor bien limitado, sin induración de los tejidos vecinos. Sin embargo, a veces se encuentran papilomas múltiples compuestos de varias formaciones verrugosas diseminadas.

HISTOLOGIA.

El papiloma está formado principalmente por una hiperplasia de epitelio escamoso estratificado de la mucosa oral, adoptando una forma ramificada, parecida a un árbol, que generalmente se adhiere al tejido subyacente por un pedículo estrecho.

TRATAMIENTO .

El tratamiento que se recomienda es la extirpación total, gene

mas, consistiendo cada uno en formaciones ramificadas, parecidas a un árbol de epitelio escamoso. La probabilidad de encontrar caracteres disqueratósicos justifica la clasificación de esta lesión como precancerosa.

TRATAMIENTO.

El tratamiento asegurará la total y perfecta extirpación quirúrgica de la masa con un amplio margen de tejido de aspecto sano.

VERRUGA VULGAR.

El aspecto clínico de la verruga vulgar de la boca es prácticamente el mismo que el del papiloma, excepto en que el tamaño de la primera es casi siempre menor (a menudo no sobre pasa - 1 ó 2 mm. de diámetro), y frecuentemente es múltiple. Generalmente la verruga vulgar se presenta en la mucosa labial o en la mucosa bucal vecina. Su aspecto verrugoso nos debe llevar a mirar si el paciente tiene verrugas en los dedos de las manos, ya que la verruga oral se cree que es de origen vírico y probablemente debida a la inoculación vírica al poner el dedo en la boca. La historia nos mostrará que las lesiones orales de la verruga oral son de una relativamente corta duración, lo que las diferencia de los papilomas verdaderos, que por regla general suelen ser de larga duración y de crecimiento lento.

El tratamiento es el mismo que en el papiloma.

HEMANGIOMA.

Es una neoplasia benigna de los pequeños vasos sanguíneos, formada sobre todo por células endoteliales. Se ve con mucha frecuencia en la boca, generalmente en la mucosa bucal, en la mucosa labial. Aunque los hemangiomas se presentan en todas las

das paredes, limitados también por epitelio. Los espacios vasculares suelen estar llenos de sangre, pero a veces se observa también líquido linfático.

EL TRATAMIENTO.- cuando el hemangioma es pequeño o incluso de tamaño moderado, o cuando no presenta problemas estéticos o -- funcionales, no se indicará la intervención. Sin embargo, cuando el tumor origine una desfiguración o cuando sea traumatizado con frecuencia, dejando secuelas hemorrágicas, estará justificada la intervención. Puede preferirse un tratamiento con radioterapia cuando se trate de niños pequeños.

LIPOMA .

Es una neoplasia benigna compuesta por células grasas maduras, es un tumor relativamente raro de la boca. Tiene diversas localizaciones, como en la mucosa bucal, en los pliegues mucobucales, en la lengua e incluso en la encía. El lipoma se presenta como una masa blanda, única, pequeña, bien limitada, prominente, con un color amarillo pálido característico. Otras veces -- su localización es más profunda, por lo que hay que pensar en él cuando se puede observar sólo una tumoración o asimetría. La población de estos tumores suele mostrar una masa muy bien limitada, muy móvil y de consistencia blanda o semisólida. Debido al grosor de los tejidos que hay por encima, el color característico puede que no se observe, por ello muchos lipomas se diagnostican clínicamente como fibromas. Algunos lipomas -- contienen una cantidad importante de tejido conjuntivo fibroso, lo que contribuye también a que su aspecto clínico recuerde el del fibroma; estos tumores se llaman muchas veces fibrolipomas.

HISTOLOGICAMENTE.- el lipoma consiste en una masa bien circunscrita de células grasas maduras con una cantidad variable de -

NEOPLASIA BENIGNAS DIVERSAS

En los tejidos blandos de la boca tienen lugar muchos otros tipos histológicos de neoplasia benignas como son :

MIOMAS.

Compuestos de músculo liso (leiomiomas) y estriado (rabdomiomas) son neoplasias benignas de la boca muy raras. Los pocos casos se han publicado se localizaron en la lengua o en el paladar blando en los que sus características clínicas se parecen a las del fibroma. Algunos son masas prominentes, lisas, redondeadas de color rosa pálido sésiles o pedunculadas, de consistencia dura, Otros de localización más profunda, son tumoraciones bien limitadas, más duras. Su parecido clínico al fibroma de la lengua y, sobre todo, al tumor mixto del paladar blando, obliga a una exploración bióptica y a su diagnóstico histológico antes de su extirpación quirúrgica.

MIOBLASTOMA DE CELULAS GRANULARES.

Es una neoplasia benigna poco frecuente, cuyo origen y naturaleza se discuten,. La localización preferida es la lengua, pero otros tejidos, como los labios, suelo de la boca e incluso los tejidos gingivales pueden desarrollarlo.

SU ASPECTO CLINICO .

Es variable, pero generalmente presenta características que hacen pensar en un fibroma duro, nodular prominente, o en la localización profunda de una masa fibromatosa que de un pequeño abultamiento de la zona.

do pero es una masa que no suele tener la localización y bordes definidos de la mayoría de neoplasias benignas. La palpación suele ser muy dolorosa, como en el enfermo sin dientes cuya dentadura inferior ejerce presión sobre el neuroma que se ha formado en la región del agujero mentoniano. El neuroma traumático puede localizarse en cualquier extracción dental y se ha publicado su formación a lo largo del mismo nervio mandibular, en el que puede dar un dolor referido a la cara o a la cabeza.

HISTOLOGICAMENTE .

El neuroma traumático consiste en una masa de neurofibrillas y células de Schwann en una matriz de tejido conjuntivo.

NEOPLASIAS BENIGNAS CENTRALES.

Las neoplasias benignas centrales (intraóseas) de la mandíbula y de la maxila son de tantos tipos histológicos como las de localización periférica. Con pocas excepciones, el diagnóstico de las neoplasias benignas centrales es mucho más difícil que el de las periféricas.

Por ello, es importante que el médico aprenda y use todas las posibilidades diagnósticas, sobre todo las de las radiografías y la biopsia.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS GENERALES.

La radiografía suele ser una valiosa fuente de información que tendrá importancia diagnóstica, aunque no definitivas.

Las neoplasias benignas centrales, según el tipo histológico pueden ser radiotransparentes (fibroma, hemangioma, mixoma etc.) totalmente radiopacas (osteoma), o una combinación de ambas (osteofibroma).

Por lo general, la neoplasia benigna tiene una superficie lisa y forma curvada. Estas características se reflejan en la radiografía por unas radio--

tosis (osteosclerosis), osteítis condensante y el estadio más avanzado - de fibroma osificante (del que no se pueden distinguir). Aunque su aspecto radiológico se parece también al del torus palatinum y al torus -- mandibular, estos se distinguen por sus localizaciones específicas.

El osteoma suele encontrarse como una radiopacidad redonda, muy bien delimitada de densidad homogénea. Cuando es pequeño solo se necesita una - radiografía periapical o lateral, cuando es de mayor tamaño se utilizará una serie radiográfica.

HISTOLOGICAMENTE.

El osteoma está formado por huesos compacto, aunque a veces el hueso es - esponjoso.

TRATAMIENTO .

No suele ser necesario, pero cuando se dificulta el funcionamiento, se afecta la estética, o se impide la eficacia de la dentadura, se indicará - una extirpación total o parcial.

CONDROMA.

Es una neoplasia benigna central compuesta de cartilago desarrollado. Puede encontrarse en la mandíbula y en la maxila en las que se pueden encontrar restos de cartilago que darán origen a la neoplasia.

CLINICAMENTE .

Puede ser una prominencia nodular o un abultamiento único, bien redondeado de consistencia ósea, o puede ser una masa ósea multilobulada, recubierta por una mucosa lisa, de color normal. Las localizaciones más frecuentes son la región anterior de la maxila, el cuerpo de la mandíbula y las apófisis coronóide y el cóndilo de la rama.

Es una neoplasia benigna compuesta de estructuras dentarias (esmalte, dentina, pulpa y cemento). Por ello es un verdadero tumor mixto ya que su contenido es de origen tanto epitelial como mesenquimatoso. Es más frecuente en la mandíbula y más en las regiones posteriores que en las anteriores. El odontoma aparece durante la infancia y se suele descubrir antes de la edad adulta. Sin embargo, los tumores más pequeños pueden permanecer ocultos hasta que se descubran casualmente durante una exploración radiográfica habitual.

El cuadro clínico se presenta como abultamientos o tumoraciones de superficie lisa, bien delimitados, de dureza ósea y asintomáticos, en la mandíbula o en la maxila, lo cual hace también pensar en un osteoma, en una displasia fibrosa, o en un fibroma osificante.

El odontoma mixto el tipo más frecuente se observa como una masa radiopaca densa de tamaño variable desde unos pocos milímetros hasta varios centímetros y de forma diversa, aunque la mayoría tiene tamaño redondeada.

Las estructuras anatómicas se identifican fácilmente como dientes o como formaciones muy parecidas a los dientes o como formaciones muy similares. Los dientes afectados son de pequeños tamaños, deformados y se pueden identificar aún el esmalte, la dentina y la pulpa.

A veces, el odontoma parece estar situado dentro de los límites de una zona radiotransparente que, a su vez se extiende por encima y rodea la corona de un diente definitivo bien formado que no ha brotado, un odontoma dentro de un quiste; los tumores de éste tipo se les conoce a veces como odontomas quísticos o quistes odontodentados. En estos casos debería considerarse como un odontoameloblastoma.

TRATAMIENTO .

Es la extirpación quirúrgica, seguida de cuidadosos estudios microscópicos en busca de datos que hagan pensar en un odontoameloblastoma.

maño, redonda, ovalada o elíptica, con una base de adhesión plana o ligeramente pedunculada; o un tumor masivo y voluminoso, de dureza ósea que ocupe la mayor parte del volumen de la bóveda. A veces discurre por un centro un surco o una estría en dirección anteroposterior, correspondiente a la línea de fusión; en otros casos, una o varias muescas acanalán su superficie en dirección lateral; por ello, la superficie irregular de algunos toros presentan diferentes formas de crecimiento.

Ya que los toros palatinos se componen en su mayor parte o en su totalidad de hueso compacto denso, son casi siempre visibles radiográficamente. Se ven mejor en los clisés oclusivos, en los que se muestran como radiopacidades características, bien delimitadas en la bóveda del paladar. Suelen ser de gran densidad, pero, a veces y sobre todo en los de mayor tamaño, la cortical externa del toro se distingue muy bien del centro medular menos denso.

EL TORO MANDIBULAR.

Es simplemente otra forma de exostosis; es una denominación que indica específicamente la protuberancia ósea de la superficie ósea de la superficie lingual de la mandíbula, más frecuente en las regiones canina y premolar. Puede ser único o múltiple, unilateral o bilateral. Clínicamente se presenta como una proliferación ósea, dura, bien limitada, de superficie lisa, cubierta por una mucosa normal o de color rosa pálido. En algunos casos raros, las lobulaciones múltiples bilaterales alcanzan un tamaño suficiente como para ocupar una mayor porción del suelo de la boca. Los datos radiográficos suelen ser característicos. Se identifican con facilidad las imágenes radiopacas de los toros superpuestos sobre las raíces de los dientes mandibulares y sus radiopacidades densas, bien limitadas, que hacen prominencias en la superficie lingual de la mandíbula.

NEOPLASIA MALIGNAS

Los métodos utilizados por el médico para diagnosticar enfermedades desco

EVOLUCION CLINICA

El proceso patológico se caracteriza por una proliferación incontrolada de células.

La forma fungosa o exofítica del cáncer de la boca se suele encontrar como una masa tumoral anormal de aspecto impresionante, rápidamente detectable de consistencia dura a la palpación, con aumento de la densidad debido a lo muy agrupadas que están las numerosas células proliferativas. La forma fungosa suele tener mejor pronóstico que la infiltrativa debido a que es menos invasiva y a que su tendencia a penetrar en regiones inaccesibles -- no es muy grande; ya que por ello tiene menos tendencia a infiltrarse en -- el interior de los vasos sanguíneos y linfáticos, su probabilidad de buena respuesta al tratamiento es mayor.

El tipo infiltrativo o invasivo del cáncer de boca no suele descubrirse -- tan rápidamente ni su aspecto es tan impresionante como el tipo fungoso. -- Esta variedad suele mostrarse como una prominencia anormal de tamaño pequeño o moderado, con su núcleo principal de tejido canceroso mucho más profundo que es la variedad fungosa.

Si el médico palpa totalmente los repliegues más profundos y descubre la -- masa tumoral dura y firme. Debido a que se extiende hacia zonas más inaccesibles y a su mayor tendencia a metastatizar, el tipo infiltrativo tiene -- generalmente un pronóstico peor que la forma fungosa.

El cáncer verrugoso de la boca suele ser una masa anormal más extensa y -- que tiende a crecer en superficie, de tejido duro, debido a su mayor tendencia a crecer en sentido lateral. En algunos casos forman un grupo de -- prominencias papilomatosas pequeñas, del tamaño de una cabeza de alfiler, o a veces mayores, rojizas, muchas veces situadas sobre una placa queratósica de color gris blencuzco o blanca. Parece que el tipo verrugoso deba -- tener mejor pronóstico debido a su aparente localización y crecimiento superficial; sin embargo, por desgracia no es así ya que esta variedad de -- cancer de boca tiene tendencia a ser más frecuente en la encía y en el pa-

Estas dos características son las manifestaciones clínicas del segundo requisito histológico del cáncer, la infiltración y la invasión; las columnas y cordones penetrantes de células neoplásicas actúan como dispositivo adherente que proporcionan rigidez, mientras que, al mismo tiempo, y por el mismo fenómeno, los tejidos laterales se hipertrofian y se hacen más densos, dando lugar a la induración.

LINFADENOPATIA METASTASICA .

Otra característica clínica del cáncer, pero que no siempre se encuentra es la de la linfadenopatía metastásica, es decir, el descubrimiento de ganglios linfáticos palpables, duros, no dolorosos y adherentes.

Por ello, cuando el médico se enfrenta a una lesión oral sospechosa, debe palpar las diversas regiones ganglionares linfáticas, incluyendo las cadenas cervical, submandibular, sublingual, yugular y supraclavicular.

SINTOMAS.

Se ha dicho que el cáncer bucal produce dolor, interferencia de la función bucal y sialorrea.

HISTORIA.

Cuando nos encontramos frente a una masa tumoral dura, de gran tamaño, que está adherida a los tejidos contiguos, rodeada por una induración notable, y que tiene una úlcera crónica en su centro y de forma de cráter, o sea todas las características del cáncer, el médico debe de enviar rápidamente al enfermo a un especialista en oncología.

Pero cuando la lesión sospechosa es pequeña y poco expresiva, o cuando nos encontramos frente a una lesión que presenta sólo una característica cancerosa, e incluso en muy poco grado, o cuando nos encontramos ante una lesión sobre la que se está indeciso en realizar o no una biopsia, se ha vis

En otras palabras, el médico no debe aceptar un resultado negativo del anatomopatólogo como definitivo cuando los datos clínicos hagan pensar en una neoplasia maligna; deben obtenerse y estudiarse una segunda o -- incluso una tercera muestra de otras regiones de la lesión.

LESIONES CANCEROSAS PRECOCES.

Aunque las neoplasias malignas de tamaño grande y aún moderado puede descubrirse rápidamente y su diagnóstico es fácil, las lesiones de pequeño tamaño y las precoces pueden no ser descubiertas. Suslen carecer de la mayoría de los signos clínicos del cáncer, o los otros caracteres que están presentes son difícilmente distinguibles y sugieren muy poca cosa.

Por ello, es importante que el médico no sólo realice una cuidadosa y completa exploración de la boca, sino que sospecha cuando se encuentre ante cualquier lesión que presente un sólo signo de cáncer, aunque sea de la más mínima intensidad.

CUADRO CLINICO.

El cuadro clínico de una lesión cancerosa precoz de la boca puede presentarse de diversas formas.

A veces se presenta como una masa ligeramente prominente, de pequeño tamaño, muy discreta, grisácea, queratósica con una superficie rugosa, que presenta numerosas prominencias del tamaño de una cabeza de alfiler, que se parecen a pápulas. La pequeña masa es de consistencia dura y puede estar poco adherida a los tejidos circundantes. Estos únicos datos, aunque sean pequeños y de mínima intensidad, obligan a sospechar un cáncer de la boca y a seguir nuevas etapas exploratorias.

En otros casos, las lesiones cancerosas precoces se presentan como erosiones intensamente enrojecidas, de forma irregular en el centro de una lesión queratósica, o como formaciones fisurales que se extienden en una placa --

cánceres de la boca.

El tipo más frecuente de neoplasia maligna de la boca es el de células es camosas o epidermoides que representa más de 90% de todas las lesiones ma-
lignas; otros tipos son el carcinoma mucoepidermoide, el cilindroma, el -
adenocarcinoma, el sarcoma y el melanoma maligno.

Se gana poco describiendo el aspecto clínico del cáncer en cada localiza-
ción, ya que las formas de crecimiento (fungoso, infiltrativo y verrugoso)
y los caracteres clínicos más precisos (dureza del tejido, ulceración, a-
dherencia e induración) son muy parecidos en los cánceres de todas las lo-
calizaciones y se expone anteriormente.

EL CANCER DE LOS LABIOS.

Es una de las neoplasias malignas más frecuentes en la boca, la mayor par-
te de ellos se desarrollan en el labio inferior. Del 90% al 98% de los -
cánceres del labio inferior se presentan en los varones. Por lo general,
la lesión se desarrolla en el borde del vermillion del labio inmediatamen-
te por fuera de la línea de cierre y a medio camino entre la línea media-
y la comisura del labio.

El aspecto clínico se parece al anteriormente descrito con algunas varian-
tes. Mientras que en las lesiones malignas localizadas en las regiones -
mas intrabucuales es frecuente una ulceración manifiesta, el ambiente rela-
tivamente seco del vermillion predispone a la formación de lesiones encon-
tradas; las costras pueden ser hemorrágicas (pardas o negras) o serosas -
o purulentas por su origen (tostadas, pajizas o amarillas). El carcinoma
del labio crece por invasión directa, infiltrando las estructuras circun-
dantes de la piel, mejillas, menton, e incluso de la mandíbula.

Excepto en raros casos, la metastatización en los ganglios regionales lin-
ticos es lenta, pero cuando lo hace suele metastatizar los ganglios subman-
dibulares y submentonianos.

EL CANCER DE LA LENGUA

CAUSA más frecuente de muerte en las lesiones malignas de otras lesiones

EL CANCER DEL PALADAR.

Es mucho menos frecuente que los cánceres de las localizaciones antes mencionadas; sin embargo, el tumor mixto, el cilindroma, y el carcinoma mucoepidermoide son mucho más frecuentes en estas localizaciones. Como los cánceres de la encía, los de los tejidos blandos que recubren el paladar casi siempre invaden los huesos adyacentes y de esta forma afectan la cavidad nasal y los senos maxilares.

Aunque el cáncer primitivo del seno maxilar no se le considera miembro del grupo de cánceres de la boca, su proximidad a la cavidad oral y su frecuente propagación a los tejidos y estructuras dentales le da cierta similitud en sus signos y síntomas. La mayor parte de los cánceres de los senos maxilares son carcinomas de células escamosas, y suelen desarrollarse en la mitad inferior del antro, relativamente cerca de las raíces de los dientes premolares y molares.

Desgraciadamente, el carcinoma precóz de los senos maxilares suele ser asintomático o da lugar a síntomas vagos de mediana intensidad. Sin embargo, si la lesión sigue su curso, el enfermo puede experimentar dolor dental cuyo origen es difícil de precisar. Otros síntomas que pueden presentarse es la sensación de relleno encima de los ápices de los dientes posteriores, o un aflojamiento de uno o más dientes en este segmento de la arcada dentaria. A veces, el cáncer del seno maxilar puede provocar una sensación de quemazón o de parestesia a lo largo de las ramas del nervio maxilar superior.

Si las lesiones cancerosas continúan evolucionando, pueden aparecer otros signos u síntomas clínicos :

- a) un aumento constante, unilateral del surco alveolar, de los tejidos del pliegue mucobucal o del paladar.
- b) Movilidad acentuada de los dientes.
- c) Tumefacción de la cara, sobre todo por debajo y al lado del ojo.

En los casos más avanzados puede penetrar y afectar por invasión directa los

to numerosos casos, y bien documentados, de afectación ósea maxilar metastásica debida a cánceres primitivos de los senos, pulmones y riñones, así como de otros órganos.

CUADRO CLINICO

Desde el punto de vista diagnóstico, el cuadro clínico del cáncer maxilar se divide en tres estadios ;

- a) el estadio inicial sintomático.
 - b) el estadio intermedio que es clínicamente observable.
 - c) el estadio avanzado.
- a) El estadio sintomático suele caracterizarse por ciertas quejas como una vaga neuralgia ósea, la hipersensibilidad ósea, un dolor como si le estuvieran royendo el hueso, se trata de un dolor que no suele ser intenso sino más bien de intensidad moderada.

Además, el enfermo no puede designar el lugar específico de la molestia sino que señala una zona extensa. En este estadio pueden faltar completamente los signos radiográficos, o si existen pueden ser difícil descubrirlos o diagnosticarlos con algún grado de exactitud. En estos casos, y en los que la exploración completa para buscar causas locales ha sido negativa, debe enviarse al enfermo para que se le realice una exploración general completa en busca de una lesión maligna primitiva en otra región del cuerpo que pueda haber metastatizado a la maxila.

- b) Estadio intermedio.- o clínico suele encontrarse los síntomas descritos más arriba, pero también puede manifestarse por otros signos como; un -vago dolor dental que no puede explicarse por una causa local, como un diente cariado o una periodontitis. Otras causas o molestias que pueden presentarse son el aflojamiento brusco de uno o varios dientes y, a menudo, parestesia, un entumecimiento del labio inferior, una pérdida de la sensibilidad, o una sensación de zumbidos en un labio o en un segmen

ótro dato radiográfico sugestivo es el de la resorción ósea, tanto en el ápice como en las superficies laterales de las raíces, que no puede explicarse por las causas locales habituales. Además la infiltración continua por acción de la neoplasia maligna puede provocar la destrucción de hueso alveolar.

Otros datos radiográficos son una radiotrasparencia que penetra en el canal mandibular, un agujero mentoniano o el suelo del seno maxilar, o una radiotrasparencia que, más que causar una desviación de la cortical inferior de la mandíbula, parece penetrar y destruirla sin que haya señales, o muy pocas de deformidad cortical.

HISTORIA CLINICA

Generalmente no es difícil descubrir los tumores malignos centrales, grandes, que pueden observarse clínicamente y muy destructores, por ello la historia clínica contribuye poco a establecer el diagnóstico.

TECNICAS DE LABORATORIO

La biopsia es esencial para establecer el diagnóstico definitivo, al igual que en las lesiones malignas de los tejidos de la boca. Sin embargo, una biopsia de una lesión central suele ser difícil de obtener y muchas veces se sigue de complicaciones posquirúrgicas. Por ello, es mejor dejar estas técnicas para el cirujano oral.

NEOPLASIAS DIVERSAS DE LA BOCA Y DE LOS MAXILARES

MEALOMA MALIGNO

Es una neoplasia rara de la boca, ya que se trata de una de las enfermedades más fatales y de más rápida evolución. Las localizaciones más frecuentes son los tejidos de la encía y del paladar. En sus primeros estadios, el único signo sospechoso puede ser un aumento de la pigmentación de mala

palpación o la movilidad de uno o más dientes, que es un dato difícil de explicar por una infección periapical o por una periodontitis, otro signo importante es la parestesia o adormecimiento del labio o de un segmento cutáneo, cerca del mentón .

En un 6 al 10% de los pacientes con mieloma múltiple hay amiloidosis, si se encuentra macroglosia o formaciones nodulares en la lengua o en la mucosa bucal es obligatorio realizar una biopsia, y si se encuentran depósitos de amiloide, debe investigarse la existencia de un mieloma múltiple.

Los datos radiológicos son variables, pero la imagen más característica es la presencia de numerosas zonas radiotrasparentes, pequeñas, bien limitadas con bordes periféricos bien delimitadas, dando una imagen en sacabocados. Sin embargo, las zonas circundantes de esclerosis, lo que permite diferenciar al mieloma múltiple de los procesos quísticos. En otros casos pueden unirse varias lesiones líticas pequeñas, dando lugar a una masa radiotrasparente más grande.

A veces tienen el aspecto de una desmineralización difusa del hueso: las trabéculas están decoloradas y confusas, estando algunas totalmente resorbidas y destruidas; los espacios medulares están agrandados y tienen un color nebuloso, gris claro.

La lamina dura relacionada con las lesiones óseas pueden faltar debido a la destrucción causada por el mieloma y, en algunos casos hay señales de resorción ósea de las raíces por la neoplasia infiltrativa.

HISTOLOGICAMENTE .

La lesión se caracteriza por grupos de células muy unidas parecidas a las células plasmáticas con poco estroma intercelular.

El tratamiento de elección es la quimioterapia más la radioterapia local.

Pronóstico malo.

No es característico, es decir, son placas queratósicas grises o blanco-grisáceas, ligeramente elevadas, muy discretas, que muchas veces tienen una superficie irregular o tosca; otras se presentan como lesiones residuales de tamaño variable, muy enrojecidas, brillantes, de erociones o de tejidos del paladar blando o de las amígdalas.

HISTOLOGICAMENTE .

Avanza todas las capas del epitelio escamoso. Se observan hiperqueratosis, acantosis y sobre todo, disqueratosis (variación del tamaño y forma de las células, núcleo hiper Cromático e imágenes mitóticas características) .

TRATAMIENTO .

La extirpación quirúrgica.

LINFOMAS Y SARCOMAS DE LA BOCA.

Los sarcomas son neoplasias malignas de origen mesodérmico y pueden desarrollarse a partir de cualquier tejido conjuntivo del cuerpo.

A excepción del grupo de los linfomas malignos y de las leucoplasias, son muy raros si se les compara con los tumores epiteliales malignos.

Los sarcomas pocas veces tienen caracteres radiográficos y clínicos, al contrario del carcinoma, se ulceran en una fase posterior de la evolución, una vez ya existe una extensa infiltración.

LINFOMA MALIGNO .

Linfoma maligno es un término clínico que se aplica a cuatro subtipos -- histológicos de neoplasias malignas que se desarrollan a partir de las células de las series linfocíticas y reticular.

El agrandamiento es difuso y los bordes no están bien limitados.

La ulceración no suele ocurrir hasta que el tumor alcanza gran tamaño o se traumatiza.

Aunque su comienzo en otras estructuras orales es raro, se ha señalado su existencia en la mucosa bucal, en la encía y en el paladar.

El reticulosarcoma es el linfoma que tiene peor pronóstico. A la afectación cervical y amigdalar le sigue rápidamente una infiltración progresiva del bazo, hígado y de la medula ósea así como los grupos ganglionares linfáticos viscerales, y a veces puede complicarse con una leucemia monocítica.

LINFOSARCOMA.

Puede desarrollarse a partir de los linfocitos o linfoblastos.

La enfermedad tiene una evolución más benigna que el reticulosarcoma.

Esta enfermedad se ve en varones de más de 40 años de edad.

El primer signo de la enfermedad suele ser una hipertrofia no dolorosa de los ganglios linfáticos cervicales profundos. Los ganglios suelen ser sólidos discretos y móviles en los primeros estadios de la enfermedad, y cuando hay infiltración se hacen confluentes y adherentes.

Muchas de las lesiones extraganglionares se desarrollan en las amígdalas, mucosa bucal, suelo de la boca y en otras zonas de la nasofaringe.

ASPECTO CLINICO .

De estas lesiones se parece al del reticulosarcoma. Las lesiones viscerales se desarrollan a los pocos meses o al año del descubrimiento de las -

su curso y se afectan las víceras y otros grupos ganglionares linfáticos puede haber una recaída de la fiebre, eosinofilia, pérdida de peso y anémia. Excepto las amígdalas es raro que hayan otros tejidos orales afectados.

El pronóstico es variable.

SARCOMAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

FIBROSARCOMA .

Es una neoplasia mesenquimatosa maligna más frecuente de los sarcomas de tejidos blandos. Es un tumor de fibroblastos malignos que puede desarrollarse a partir del tejido conjuntivo fibroso en cualquier localización, incluyendo el periostio y el endostio. Crecen lentamente por infiltración local. Las metástasis son raras y ocurren sólo en los últimos estadios.

Las localizaciones orales como el periostio de la maxila y la mandíbula, el labio, la lengua, la encía y la mucosa bucal y del paladar. También se ha descrito algunos casos en la faringe, en el antro de la maxila y en la articulación temporomandibular.

Cuando un fibrosarcoma se localiza en la boca, presenta un cuadro clínico de una masa sólida no dolorosa, no ulcerada, mal definida recubierta por mucosa rosada normal. Aquellas lesiones que se desarrollan en el periostio o en la zona perióstica quedan adheridas al hueso. Pueden ulcerarse y traumatizarse más tarde en el curso de la enfermedad. Muy pocas veces el fibrosarcoma de la cavidad oral es poco diferenciado, excepto en el caso de que el aspecto o el curso clínico sean espectaculares. Puede haber dolor intenso o parestesia, con movilización y caída de los dientes cuando hay infiltración ósea.

Los datos radiológicos del fibrosarcoma no son patognomónicos.

Los tumores bien delimitados pueden no presentar ningún signo de destruc-

La localización más frecuente es en el paladar blando, donde el tumor se desarrolla como una masa blanda, no dolorosa, sésil y polipoide. La mucosa que la recubre puede ser hiperémica, pero muy pocas veces está ulcerada, y en sus primeras fases la lesión se parece a una hiperplasia papilar

El tratamiento de elección en los tres tipos es la extirpación quirúrgica amplia.

SARCOMA DE KAPOSI.

Se cree se desarrolla a partir del tejido conjuntivo perivascular, es poco conocida, con un cuadro histológico variado.

Aparece como máculas de color púrpura, pequeñas, únicas o múltiples; crecen y se unen para formar masas nodulares sólidas prominentes, discretas y adheridas. La presencia de lesiones múltiples se cree que es debida a un origen multicéntrico más que a una diseminación metastásica. La erupción empezará en las partes distales de las extremidades y entonces crecerá hacia el tronco. El aspecto de las lesiones orales es parecido al de las lesiones de la piel.

Las lesiones locales pueden tratarse con cierta efectividad con radioterapia, pero el pronóstico es variable.

SARCOMAS DEL HUESO Y DEL CARTILAGO .

SARCOMA OSTEOGENICO .

Aunque el tumor suele desarrollarse directamente a partir del hueso, algunos de ellos, que se conocen como osteosarcomas yuxtacorticales, lo hacen a partir del periostio y del tejido conjuntivo perióstico inmediato.

El sarcoma osteogénico extraesquelético es una neoplasia muy rara que se desarrolla en los tejidos blandos y no tiene ninguna relación anatómica

dral, pero puede desarrollarse en los maxilares en relación con los restos cartilagosos de las apófisis coronóide, condilar y malar, canal incisivo, agujero mentoniano y tabique nasal.

CLINICAMENTE .

El primer signo es una masa dura, no dolorosa, lobulada, no ulcerada que se adhiere al hueso. Al crecer la lesión, hay destrucción ósea extensa y movilización de los dientes. Hay una rápida invasión del antro maxilar y de la órbita. La exploración de los ganglios linfáticos cervicales no -- duele revelar ninguna anormalidad.

TRATAMIENTO .

Es la extirpación quirúrgica radical .

PLASMOCITOMA SOLITARIO .

El plasmocitoma solitario de hueso es muy raro y afecta sólo un hueso -- con un único foco intraóseo de proliferación de células plasmáticas.

Pero muy pocas veces se desarrolla en las maxilares.

La historia y los datos de laboratorio disminuirán la lista de posibilidades diagnósticas pero el diagnóstico definitivo lo dará sólo la adecuada exploración histológica. Ya que esta enfermedad se puede confundir -- con otras neoplasias como: la enfermedad de Gaucher, y el granuloma reparador de células gigantes.

RETICULOSARCOMA .

El reticulosarcoma primario del hueso es una neoplasia rara que se desarrolla a partir de las células reticulares de la médula ósea.

CLINICAMENTE .

gia facial. Puede haber una rápida destrucción de la cortical y el tumor crece entonces hacia el interior de la cavidad oral, donde se ulcera rápidamente.

RADIOLOGICAMENTE .

Los primeros cambios que se aprecian en la cavidad medular consisten en zonas de densidad variable que corresponden a destrucción trabecular. - Cuando se afecta la cortical, el periostio queda rechazado y se forman - capas de neoformaciones ósea paralelas a la superficie. Esta imagen en - piel de cebolla es patognomónica del sarcoma de Ewing, pero no la encontramos en todos los casos.

TRATAMIENTO .

Se ha practicado la extirpación radical y la radioterapia.

CAPITULO III *****

GENERALIDADES DE TUMORES DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

Los tumores de las glándulas salivales constituyen un grupo heterogéneo de lesiones, de gran variedad morfológica, razón por la cual presentan muchas dificultades por su clasificación.

La clasificación de estos tumores son:

Tumores benignos:

- Adenoma pleomorfo
- Cistadenoma papilar linfomatoso
- Adenoma oxifilico
- Adenoma de células acinosas
- Adenoma de células sebáceas
- Lesión linfoepitelial benigna

Tumores Malignos:

- Adenoma pleomorfo maligno
- Adenocarcinoma
- Carcinoma quístico adenoide
- Adenocarcinoma de células acinosas (Formas varias)
- Carcinoma mucoepidermoide
- Carcinoma epidermoide

Aunque necesariamente simplificada, esta clasificación pone de manifiesto la gran variedad de la naturaleza de los tumores que derivan del tejido glandular salivar. En muchos casos, es posible distinguir los diversos tipos de tumores de las glándulas salivales por su pauta histogenética.

El pronóstico de las diversas lesiones se basaría, como la mayoría de los tumores, en el tipo de tumor así como en el tipo del tratamiento.

una lesión nodular irregular de consistencia firme, aunque a veces se - palpan zonas de degeneración quística, cuando son superficiales. Es raro que la piel se ulcere pese a que estos tumores alcanzan un tamaño enorme al punto que se han registrado lesiones de varias libras de peso. El dolor no es un síntoma común del adenoma pleomorfo, pero el malestar local es - frecuente. La lesión del nervio facial manifestada por la parálisis facial es raro, como podría esperarse de un tumor benigno de la glándula parótida

Como este tumor dificulta la masticación, la fonación y la respiración -- del paciente, se detecta y trata antes que los tumores de las glándulas - principales. Las glándulas palatinas son el asiento frecuentes de tumores de éste tipo, como lo son las glándulas y, ocasionalmente otros sitios. -

El adenoma pleomorfo palatino puede estar fijo al hueso subyacente, pero no es invasor. En otros sitios, el tumor suele moverse libremente y es - fácil de palpar.

Algunas zonas presentan células cuboideas dispuestas en estructuras tubulares o ductiformes que tienen una notable semejanza con el epitelio normal del conducto. No es raro que estos espacios ductiformes contengan coágulo eosinófilo. Suele haber proliferación epitelial en cordones a capas alrededor de estas estructuras tubulares. En otras zonas, las células tumorales adoptan una forma estrella, poliédrica o ahusada y puede ser relativamente escasa. Las células epiteliales pavimentosas son bastante comunes y presentan típicos puentes intercelulares y a veces verdaderas perlas de queratina. El material mixoide laxo suele ser un rasgo predominante de la lesión, y son comunes los focos de tejidos conectivo hialinizados, o - material de aspecto cartiliginoso, y hasta hueso.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO .

Es la extirpación quirúrgica.

CISTADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO (TUMOR DE WARTHON ADENOLINFOMA)

ADENOMA OXIFILO (ONCOCITOMA, ADENOMA ACIDOFILO)

Este tumor de las glándulas salivales es una pequeña lesión benigna que suele originarse en las glándulas parótidas.

El nombre "oncocitoma" proviene de la semejanza de estas células tumorales con las células aparentemente normales que se encuentran en gran cantidad de localizaciones, incluso en glándulas salivales, vías respiratorias, mamas, glándula tiroides, paratiroides, pituitaria, testículos, trompas de Falopio, hígado y estómago.

CARACTERISTICAS CLINICAS .

El adenoma oxífilo es algo más común en mujeres que en varones y se origina casi exclusivamente en personas maduras y ancianas. El tumor mide 3 y 5 cm. de diámetro y es una masa circunscrita y encapsulada, que puede ser nodular. Por lo general no hay dolor.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS .

El adenoma oxífilo se caracteriza microscópicamente por grandes células con citoplasma eosinófilo y membrana celular nítida, que tienden a disponerse en hileras o cordones estrechos. A veces, las células se agrupan por capas y pueden ofrecer una forma alveolar o lobulillar. Estas células que tienen pocas figuras mitóticas, están muy apretadas y el estroma de sostén es escaso.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO .

El tratamiento adecuado es la extirpación quirúrgica, y el tumor no tiende a recidivar ni a experimentar transformaciones malignas.

ADENOMA CANALICULAR .

El adenoma canalicular es tumor glandular salivar benigno característico

Esta lesión de glándulas salivales es bastante rara, pero muy interesante en el sentido que presenta características inflamatorias y tumorales.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se manifiesta esta lesión, en esencia, como un agrandamiento unilateral o bilateral de las glándulas parótida y submaxilar, o ambas, asociado en algunos casos con malestar local, leve dolor y xerostomía ocasional.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Esta lesión se caracteriza por la infiltración linfocitaria que destruye o reemplaza los acinos, con persistencia de células epiteliales que probablemente son restos de conductos glandulares. Habrá que poner mucho cuidado en establecer la diferencia entre el tumor linfoepitelial benigno y un linfoma maligno de las glándulas salivales. En la última enfermedad, las islas epimioepiteliales faltan, el elemento linfoide es atípico, y hay infiltración de los tabiques interlobulares con tejido linfoide.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Esta lesión linfoepitelial ha sido tratada mediante la extirpación quirúrgica y la irradiación con rayos X.

SINDROME DE AJUGREN. (SINDROME SECO)

Este síndrome es un cuadro que originalmente fue descrito como compuesto de queratoconjuntivitis seca, xerostomía y artritis reumatoide.

ETIOLOGIA.

Infección crónica, deficiencia vitamínica, trastornos hormonales, trastornos neurogénico.

CARACTERISTICAS CLINICAS .

TUMORES MALIGNOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES

ADENOMA PLEOMORFO MALIGNO (TUMOR MALIGNO "MIXTO")

Características clínicas. No hay diferencias clínicas entre el adenoma pleomorfo benigno y el maligno, en muchos casos. Es frecuente la fijación del tumor maligno a las estructuras subyacentes así como a la piel o la mucosa que lo cubre, y este se cumple, por lo común, en las lesiones malignas de las glándulas salivales; también es variable la presencia de ulceración superficial. El dolor es un rasgo del adenoma pleomorfo maligno que del benigno. Sin embargo, parecen incluir los cambios nucleares que habitualmente se consideran indicadores de malignidad (hipercromatismo y pleomorfismo nucleares, aumento o anormalidad de la mitosis y aumento de la relación entre núcleo y citoplasma); invasión de vasos sanguíneos, linfáticos o nervios; necrosis focal; e infiltración periférica obvia y destrucción del tejido normal.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Es esencialmente quirúrgico, aunque a veces, las lesiones manifiestan una tendencia a la recidiva local, son tratadas mediante la terapéutica combinada de cirugía e irradiación.

Estas neoplasias malignas tienen un elevado índice de recidiva luego de la eliminación quirúrgica, así como una frecuencia alta de afección de los ganglios linfáticos regionales. Son frecuentes las metástasis a distancia en pulmones, huesos, víceras y cerebro.

CARCINOMA QUISTICO ADENOIDE (CILINDROMA; CARCINOMA ADENOQUISTICO)

El carcinoma quístico adenoide es una forma de adenocarcinoma lo suficientemente característica como para justificar una separación en la clasificación de los tumores glandulares malignos. Lesiones histológicamente similares se producen en las glándulas salivales accesorias intrabucales así como en las lagrimales y de los senos para nasales, faringe, tráquea y bronquios, piel mamas.

Con frecuencia, el tumor de células acinosas está rodeado de una cápsula - delgada estrecha semejante a las células acinosas normales, dispuestas en estructura glandular o al azar. El citoplasma de estas células contiene -- gránulos similares a los gránulos de zimógeno de las células normales y, - con frecuencia vacuolas intercelulares.

El adenocarcinoma de células acinosas se origina en células acinosas sero- sas.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO .

El tratamiento de los tumores de células acinosas ha sido, en la mayoría de los casos, quirúrgico.

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE .

Es un tipo común de tumor glandular salival. Como lo señala su nombre el - tumor se compone de células secretoras de moco celular de tipo epidermoide en proporciones variables.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS .

La mayoría de los carcinomas mucoepidermoides de las glándulas salivales - principales se originan en las glándulas parótida, aunque también se pue - den asentar en otras glándulas.

El tumor de bajo grado de malignidad.- Suele parecer como una masa indolo- ra de crecimiento lento que parece un adenoma pleomorfo. A diferencia de - este, sin embargo, raras veces excede los 5cm. de diámetro, no es completa- mente encapsulado y suele contener quistes que pueden estar ocupados por un material mucoso viscoso. La recidiva metastática luego de la extirpación- no es rara. Los tumores intrabucuales de este tipo aparecen en zonas como - el paladar, mucosa vestibular, lengua y sector retromolar. Debido a su ten- dencia a formar zonas quísticas, estas lesiones llegan a asemejarse mucho - al fenómeno de retención mucosa o mucocele en la zona retromolar.

en los maxilares. Se sugirió que pueden originarse en:

- 1.- Inclusión de glándulas mucosas retromolares en la mandíbula, que más tarde experimentan transformación maligna.
- 2.- Restos embrionarios de la glándula submaxilar, incluidos en la mandíbula durante el desarrollo.
- 3.- Transformación neoplástica de las células secretorias mucosas comunmente halladas en el reverso epitelial de los quistes dentígenos correspondientes a terceros molares retenidos.

Como una cantidad de casos de carcinoma mucoepidermoides centrales han presentado semejanzas con los quistes dentígenos, desde el punto de vista clínico y radiográfico, es posible que la fuente de muchos de aquellos sea el epitelio pluripotencial de tales quistes. Además, en estos tumores centrales de los maxilares se observa el mismo grado de variación histológica que la registrada en los carcinomas epidermoides de las glándulas salivales principales y menores.

CARCINOMA ADENOESCAMOSO.

El carcinoma adenoescamoso, tumor que afecta cavidad bucal, cavidad nasal y la rínge. Es una neoplasia con un cuadro histopatológico característico que tiene cierta similitud con el carcinoma espinocelular adenoide de la piel, el adenocarcinoma del útero y el carcinoma mucoepidermoide.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Los tumores se presentan en la lengua, piso de la boca, nariz y laringe. En casi todos los casos, la lesión se presentaba como una pequeña zona ulcerada o como un nódulo submucoso indurado. La mayoría de las lesiones eran menores de 1 cm. de diametro.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Básicamente el tumor se compone de un carcinoma superficial espinocelular con

Este tipo de neoplasias que se origina en las glándulas salivales tiene mal pronóstico, puesto que los tumores poseen propiedades infiltrativas, dan metástasis y recidivan con facilidad. Suele presentarse con mayor frecuencia en parótida y submaxilares, pueden darse en el tejido de las glándulas salivales accesorias.

No se ha establecido definitivamente cuál es el sitio exacto en que nacen -- los carcinomas epidermoides de las glándulas salivales. Es más probable que se originen en el conducto, porque los conductos pueden experimentar con facilidad metaplasia escamosa. La metaplasia escamosa de los conductos de -- las glándulas salivales accesorias también suele ser el resultado de una sialadenitis crónica o un fenómeno de obstrucción del conducto. Estos pueden -- presentarse clínicamente como una pequeña masa nodular, por lo común en el -- paladar, pero también en otros sectores, y puede ser mal diagnosticado desde el punto de vista histológico como carcinoma epidermoide.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Es muy probable que el empleo combinado de la cirugía y la radioterapia sea -- de mayor beneficio en este tipo de tumor de las glándulas salivales que en la mayoría de los otros.

TUMORES DEL ESTROMA DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

La explicación previa versa sobre tumores que nacen de elementos epiteliales -- de glándulas o conductos salivales. Estos tumores comprenden la mayor parte -- de las neoplasias de las glándulas salivales. Sin embargo, hay un grupo de -- tumores que derivan del estroma y no del parénquima. Los tumores benignos -- del estroma de las glándulas salivales incluyen al hemangioma, diversas for -- mas de tumores nerviosos y el lipoma, melanoma y fibrosarcoma, así como los -- tumores metastáticos.

El epitelio correspondiente a cada uno de estos deriva de una de las siguientes fuentes.

- 1.- Germen dental.
- 2.- Restos de la lamina dental.
- 3.- Epitelio reducido del esmalte de una corona dental.
- 4.- Restos epiteliales de Malassez, restos de la vaina de Hertwig.

El diagnóstico de cualquiera de los quistes odontógenos y su correcta identificación según su tipo depende del examen microscópico del tejido junto con el estudio minucioso de los hallazgos clínicos y radiográficos.

QUISTE PRIMORDIAL.

Se forma por degeneración quística y licuefacción del retículo estrellado del órgano del esmalte antes que se forme esmalte o dentina calcificados. Así el quiste primordial se encuentra en lugar de un diente y no directamente asociado con él.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El quiste primordial varía ampliamente de tamaño pero posee potencial para expandir hueso y desplazar los dientes adyacentes por presión.

La lesión no es dolorosa salvo que se infecte en forma secundaria, y es raro que presente manifestaciones clínicas obvias.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Aparece como una lesión radiolúcida redonda u oval y bien delimitada que puede tener un borde esclerótico o reaccional y que puede ser unilocular o multilocular. Se localiza debajo de las raíces dentales.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

La pared se compone de fascículos paralelos de fibras colágenas, cuya densidad

guna manera vinculada con la corona de un diente no brotado.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Se compone de una delgada pared de tejido conectivo con una capa de escaso espesor de epitelio escamoso que tapiza la luz. La infiltración de células inflamatorias en el tejido conectivo es común. El contenido de la luz es un líquido amarillo acuoso, poco espeso, a veces con un poco de sangre.

TRATAMIENTO.

Las lesiones pequeñas pueden ser enucleadas por cirugía en su totalidad. Las de mayor tamaño que producen una pérdida ósea importante y adelgazan en forma peligrosa el hueso, suelen ser tratados mediante la inserción de un drenaje quirúrgico o marsupialización.

QUISTE PERIODONTAL APICAL. (QUISTE RADICULAR, QUISTE PERIAPICAL).

Afecta el ápice de un diente brotado y con gran frecuencia es resultado de una infección por vía pulpar, a causa de una caries.

El revestimiento epitelial del quiste periodontal deriva de restos epiteliales de Malassez del ligamento periodontal y no parece tener la tendencia a la transformación ameloblastomatosa que se produce en el quiste dentígeno.

QUISTE PERIODONTAL LATERAL.

Estos nacen directamente en el ligamento periodontal lateral de un diente brotado.

La predilección de este quiste por originarse en la zona de canino y premolares inferiores o de dientes supernumerarios en la zona de premolares inferiores.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

Son verdaderos quistes con una delgado revestimiento epitelial y una luz por lo común ocupada por queratina descamada, y a menudo, células inflamatorias.

TRATAMIENTO.

No se requiere, pues las lesiones desaparecen por apertura en la superficie -- por los dientes en brote.

QUISTE GINGIVAL DEL ADULTO.

Este quiste es uno que posee tejido blanco gingival, que aparece en la encía libre o insertada.

ETIOLOGÍA.

Son tejido glandular heterotópico, alteraciones degenerativas en un brote epitelial proliferante, restos de la lámina dental, del órgano del esmalte o islas epiteliales del ligamento periodontal e implantación traumática del epitelio.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Esta lesión aparece, por lo general, como una hinchazón pequeña, bien circunscrita e indolora de la encía. Tiene el mismo color que la mucosa normal adyacentes y es raro que mida más de 1 cm. de diámetro.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.

Este quiste es una lesión de tejido blando, y no se manifiesta en la radiografía .

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

El queratoquiste ha de ser eliminado por cirugía.

SINDROME DE QUISTE Y NEVO BASOCELULAR DEL MAXILAR Y COSTILLA BIFIDA.

Afección hereditaria, transmitida como rasgo dominante autosómico, con elevada penetración y expresividad variable.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El síndrome es muy complejo y abarca una gran variedad de posibles anomalías. Se puede sintetizar de acuerdo a lo siguiente:

- 1.- Anomalías cutáneas.
- 2.- Anomalías dentales y óseas.
- 3.- Anormalidades oftalmológicas.
- 4.- Anomalías neurológicas.
- 5.- Anormalidades sexuales.

MANIFESTACIONES BUCALES.

Suelen formarse en épocas tempranas de la vida, pueden presentarse deformaciones y desplazamiento de dientes en desarrollo.

TRATAMIENTO.

Enucleación quirúrgica del quiste y su examen histológico.

QUISTE ODONTOGENO QUERATINIZANTE Y CALCIFICANTE. (QUISTE ODONTOGENO).

La lesión es rara en el sentido que tiene ciertas características de un quiste, pero también posee muchas de una neoplasia sólida.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se localiza en mandíbula, a semejanza de la predilección del ameloblastoma.

cialmente capaces de formar tejido dental.

Es probable que provenga de:

- 1.- Restos celulares del órgano del esmalte, o remanentes de la lámina dental o restos de la vaina de Hertwig, o restos epiteliales de Malassez.
- 2.- Epitelio de quistes odontógenos, en particular el dentígeno, y odontomas
- 3.- Trastornos del órgano del esmalte en el desarrollo.
- 4.- Células basales del epitelio superficial de maxilares.
- 5.- Epitelio heterotópico de otras partes del organismo, especialmente la -- glándula pituitaria.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

El ameloblastoma se origina en la mandíbula, se da en zona de molares y rama.

Las lesiones menos comunes del maxilar aparecen con más frecuencia en zona de molares, antro y piso de las fosas nasales.

El ameloblastoma típico comienza en forma insidiosa como una lesión central - del hueso que destruye lentamente, pero tiende más a expandirse al hueso que - a perforado. El tumor no suele ser doloroso, salvo que tenga una infección - secundaria. Es raro que haya destrucción de la mucosa bucal.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.

Clásicamente, el ameloblastoma ha sido descrito como una lesión de aspecto - quístico, multilocular de maxilares. En la radiografía, la periferia de la - lesión suele ser lisa, aunque esta regularidad puede faltar en el momento de la operación.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

Se asemeja en mucho al órgano del esmalte.

TRATAMIENTO .

Es similar al del ameloblastoma.

CARCINOMA EPIDERMOIDE. INTRAALVEOLAR PRIMARIO .

Es posible encontrar carcinomas dentro de los maxilares en una variedad de situaciones: derivados de la invasión desde tejido blandos suprayacentes, por transformación maligna del revestimiento epitelial de quiste odontógenos o no, por metástasis desde diferentes sitios, o en el caso del maxilar de tumores primarios del seno maxilar. Sin embargo, esta lesión representa un carcinoma primario desarrollado dentro del hueso, originado en restos -epiteliales odontógenos, como los de malassez.

CARACTERISTICAS CLINICAS .

Los síntomas iniciales de esta forma de carcinoma son la hinchazón del maxilar, con dolor y movilidad de dientes antes de la aparición de la úlcera

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

El aspecto de la lesión no es característico. Se presenta simplemente como una imagen radiolúcida difusa, similar a la de otras neoplasias centrales de los maxilares.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Suele presentar un patrón alveolar o plexiforme, en el cual las células --periféricas de las masas tumorales se disponen en empalizada. Las células tumorales presentan pleomorfismo e hiperchromatismo del núcleo; la actividad mitótica varía.

TRATAMIENTO .

Por resección quirúrgica y no por radioterapia.

Es un tumor raro. Se origina en los mismos tejidos mesenquimáticos que el fibroma central, pero actúa con mucha mayor agresividad. Es una lesión destructiva que produce una proliferación carnososa y abultada.

El dolor puede ser una característica de esta lesión.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Es idéntico al del fibrosarcoma de origen no odontológico. El elemento celular puede o no ser más prominente que el fibrilar. Las células suelen presentar considerable actividad mitótica. Se asemeja al fibroblastoma inmaduros y se ven como células alargadas que contienen núcleos ovalados con diversos grados de pleomorfismo, situadas en una rama fibrosa que presenta o no focos de epitelio odontógeno.

TRATAMIENTO.

Es la erradicación quirúrgica radical con resección del maxilar. El pronóstico es malo.

FIBROMA ODONTOGENO PERIFERICO. (FIBROMA CEMENTANTE Y OSIFICANTE PERIFERICO)

No hay acuerdo general entre todos los investigadores en que esta lesión sea de origen dental. Sin embargo, tiene ciertas características que sugieren que podría derivar del ligamento periodontal.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Es más común en niños y adultos jóvenes. Además, las lesiones son iguales en ambos maxilares, y aparecen por delante de la zona de los molares.

ASPECTO CLINICO.

Es una masa local de tejido bien demarcado en la encía, con base sésil o -

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS.

En algunos casos , la radiografía revela un aspecto moteado o en panal de abeja del hueso, mientras que en otros aparece una imagen radiolúcida destructiva expansiva, que a veces tiene estructura multilocular. El desplazamiento de dientes por la masa tumoral es un hallazgo relativamente común, pero la resorción radicular es menos frecuente. El tumor suele extenderse antes de ser descubierto. La invasión del antro ocurre con frecuencia en las lesiones de maxilar.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El mixoma se compone de células fusiformes y estrelladas dispuestas en forma laxa, muchas de las cuales poseen largas prolongaciones fibrilares que tienden a entremezclarse. El tejido laxo no es muy celular, y esas células no presentan evidencias de actividad significativa (pleomorfismo, nucléolos prominentes o figuras mitóticas). La sustancia intercelular es mucóide. El tumor está intercalado con una cantidad variable de minúsculos capilares, y algunas bandas de colágenos.

TRATAMIENTO.

Es la excisión quirúrgica, seguida de la cauterización.

DISPLASIA CEMENTARIA PERIAPICAL. (CEMENTOMA, OSTEOFIBROMA).

La displasia cementaria periapical, tal como se describe en forma clásica, es una lesión bastante común, pero sigue siendo un enigma para los investigadores que intentaron explicar su naturaleza. Algunos se adhieren a la teoría que atribuye su origen en el tejido odontógeno, el cemento, en tanto que otros creen que constituye nada más que una reacción desusada del hueso periapical. No se considera una neoplasia en el sentido corriente de la palabra.

ETIOLOGIA.

El tratamiento de esta lesión consiste simplemente en el reconocimiento y la observación periódica, puesto que es inocua.

FIBROMA CEMENTANTE CENTRAL.

Este tumor es una neoplasia ósea que ha provocado considerables controversias debido a la confusión de la terminología y el criterio al diagnóstico. Ahora considerado como una entidad definitiva que debe ser separada de la displasia fibrosa de hueso y ciertas lesiones ostiofibrosas que no son verdaderas neoplasias.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Puede atacar cualquiera de los maxilares pero había una marcada preferencia por la mandíbula.

Por lo general, la lesión es asintomática, hasta que el crecimiento produce una hinchazón notable y leve deformidad; el desplazamiento de dientes es un rasgo clínico incipiente. Es un tumor de crecimiento relativamente lento, y llega a existir durante años sin ser descubierto. Debido a este crecimiento lento, las láminas óseas corticales y la mucosa o piel suprayacente están casi invariablemente intactas.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS.

Las fases evolutivas; la lesión está siempre bien circunscrita y demarcada -- del hueso circundante a diferencia de la displasia verdadera.

En sus fases iniciales, o por lo menos en una forma de la enfermedad el fibroma cementante aparece como una lesión radiolúcida sin evidencias de radiopacidad interna. A medida que el tumor va madurando, hay una creciente calcificación de manera que en la zona radiolúcida aparecen opacidades hasta que, finalmente, la lesión se presenta como una masa extremadamente radiopaca.

El desplazamiento de los dientes adyacentes es común así como también la inva

da a menudo por una delgada línea radiolúcida uniforme. Por lo general el contorno de la raíz afectada está obliterada.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El grueso del tumor se compone de capas de tejido semejante al cemento, a veces parecido al cemento celular secundario y otras se deposita en estructura globular, a la manera de cementículos gigantes. Las líneas de inversión distribuidas en este tejido calcificado suelen ser bastante abundantes.

Hay un componente variable de tejido blando que consta de elementos fibrilares, vasculares y celulares. Muchas de las trabéculas cementarias de zonas de actividad están rodeadas de capas de cementoblasto. Lejos de estas superficies trabeculares, se observan cementoclastos. En estas zonas activas, la lesión suele ser microscópicamente indistinguible del osteoblastoma benigno o del osteoide gigante. En realidad, algunas zonas tienen tal actividad celular que pueden guardar estrecha semejanza con el osteosarcoma.

Esta masa calcificada estará unida a la raíz dental mediante la obliteración del ligamento periodontal, la resorción de parte de la raíz y el reemplazo por tejido tumoral. La periferia del tumor suele presentar una capa celular de tejido blando que parece una cápsula. En su exterior, las trabéculas óseas se disponen, casi invariablemente, en sentido perpendicular.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Debido a la tendencia a expandir los maxilares, se cree que la extirpación del diente esta justificada, pese a que la pulpa es vital. Hay que tener cuidado en distinguir esta lesión de la hipercementosis grave o de la osteomielitis esclerosante focal crónica (es decir, osteitis condensante), con las cuales puede tener una semejanza superficial.

CEMENTOMA GIGANTIFORME.

Es una lesión muy rara que puede o no resultar una entidad característica.

El tejido conectivo suele asemejarse a la papila dental pero el grado de celularidad varía. Es difícil justificar el diagnóstico de dentinoma, salvo que haya túbulos dentinales reconocibles.

TRATAMIENTO.

Es la excisión quirúrgica con un cureteado minucioso de la zona. Se comunicó - que algunas lesiones tienen una cápsula de tejido conectivo que si se deja en el momento de la operación, puede ser bastante para una recidiva de este tumor.

CAPITULO V

ALTERACIONES REGRESIVAS DE LOS DIENTES.

Los trastornos regresivos de los elementos que conforman a los tejidos dentales tienen que ver por lo general con el proceso de envejecimiento del individuo.

Pero en otras ocasiones, se originan como una consecuencia de las agresiones que sufren los tejidos.

En general estas lesiones representan lo que deben ser consideradas como lesiones de naturaleza retrógrada.

ATRICION.

Es la destrucción fisiológica y caída de las estructuras dentales por las fuerzas activas de la función masticatoria. Como ejemplo de esta destrucción tenemos, la pérdida de las estructuras dentarias en dientes posteriores de las superficies oclusales y en los dientes anteriores en el borde de corte o borde incisal.

Pueden verse también afectados por la atrición los dientes mal colocados, como en las relaciones punta a punta al morder.

Algunos procesos dan lugar a una mayor fuerza al morder lo que predispone con frecuencia a la destrucción de las superficies incisal y lingual de los dientes maxilares anteriores y a la superficie labial de los dientes mandibulares anteriores.

Otra etiología de atrición se observa en algunos casos de Bruxismo que está asociado a alteraciones emocionales y a la tensión nerviosa, al grado de destrucción depende de las fuerzas masticatorias y la "solidez" ó "blandura" de las estructuras dentarias en los distintos individuos.

ABRASION .

Es una destrucción patológica. La abrasión es también una destrucción de la sustancia dental, pero debida a procesos mecánicos anormales (y no por medio de la masticación, de ahí la diferencia).

Las causas más frecuentes de abrasión: los dentríficos abrasivos, uso inadecuado del cepillo de dientes, masticación de objetos extraños a la boca como pipa, morder el hilo, abrir botellas y otras costumbres semejantes en la que los dientes están expuestos a fuerzas abrasivas anormales.

Entre éstos casos es muy frecuente encontrar abrasión, producto de la utilización inadecuada del cepillo dental, empleando un cepillo demasiado seco o usandolo con movimientos horizontales en vez de verticales. Cuando la causa es un dentrífico abrasivo o un cepillo inadecuado, la abrasión se encuentra generalmente como superficies lisas, muy pulida, en forma de cuña en la porción de la raíz del diente o los dientes. A menudo se ve acompañada de retracción gingival.

La localización favorita de la abrasión cervical es en la zona de los caninos, aunque no es raro que afecte a incisivos y molares.

La abrasión cervical puede dar origen a una reacción sensitiva a los dulces, zumos de frutas y al cepillado, pero es más frecuente que las superficies afectadas estén insensibles, esto es por el depósito de dentina secundaria evitando las reacciones químicas, térmicas o físicas.

Los fumadores de pipa que la sostienen en la boca pueden presentar signos de abrasión limitado a uno o dos dientes, aquellos que están en contacto inmediato con la boquilla de la pipa. La abrasión afecta a las superficies cortantes, dando lugar a la formación de muescas.

Las abrasiones afectan a las superficies cortantes, dando lugar a la formación de muescas se observa en zapateros, carpinteros y sastres y aquellos que habitualmente sostienen clavos, alfileres y tachuelas entre sus dientes.

nes dentales con el uso habitual o normal de las sustancias anteriormente mencionadas, sino más bien el uso de ellos de forma excesiva o durante prolongados períodos de tiempo.

El aspecto clínico de las erosiones es variado, según el origen (extrínseco o intrínseco) del ácido, la intensidad y la duración, y las acciones mecánicas abrasivas superpuestas. Por ejemplo, la mayor parte de los ácidos extrínsecos, como los que provienen de la succión o bebida de zumos de frutos y bebidas carbónicas, producen erosión de las superficies labiales de los dientes maxilares anteriores y de las superficies oclusales en dientes posteriores en algunas ocasiones.

En las primeras fases las erosiones se muestran como formaciones yesosas, parecidas a escamas que se desprenden con un instrumento punteagudo. En estado avanzado, la mayoría de estas escamas se han caído, lo que da lugar a depresiones superficiales cuyos bordes periféricos pueden acentuarse por los bordes salientes del esmalte y de la dentina.

Las sustancias intrínsecas, como se ha dicho más arriba, ejerce su acción descalcificante en las superficies linguales de los dientes. Por lo general, los dientes más afectados son los anteriores. El aspecto clínico que presentan es el siguiente; las superficies linguales aparecen lisas y aplanadas, con pérdida completa de las líneas anatómicas habituales. En algunos casos las superficies linguales presentan ciertos grados de depresión.

En casos intensos de erosión pueden también afectarse los bordes cortantes, dando lugar a una disminución en la altura del diente.

En otros casos al afectarse las superficies linguales en los dientes posteriores, producen un aplanamiento de estas superficies como resultado de la pérdida del esmalte.

Los síntomas subjetivos de la erosión, dependen de la intensidad de las sustancias que la producen.

Los investigadores Van Huysen Hodge y Warren confirmaron que la dentina esclerótica está más calcificada que lo normal.

TRAYECTOS MUERTOS .

Estos se observan en los desgastes de los dientes y se manifiestan como una zona negra a la luz transmitida, pero como una zona blanca a la luz reflejada.

Este fenómeno óptico se debe a diferencias en índices de refracción de túbulos afectados y normales.

Se desconoce la naturaleza de ésta alteración experimentada en los túbulos afectados aunque estos no están calcificados y si son permeables a la penetración de los colorantes.

DENTINA SECUNDARIA .

Conocida también como Dentina Irregular.

La dentina secundaria, que se forma una vez concluido el depósito de la primaria se caracteriza por su forma irregular. Fisiológicamente se produce por la estimulación y respuesta correspondiente al proceso de envejecimiento normal.

La dentina secundaria es el resultado de la estimulación de túbulos dentinales y prolongaciones Odontoblásticas expuestas en una serie de circunstancias, como caries, abrasión, atrición, erosión, fractura dental y tallado cavitario.

La Dentina formada como respuesta a irritación anormal es conocida también como dentina adventicia.

Hay también formación de dentina terciaria, ésta se forma cuando los irri

do perfectamente por una línea de reposo intensamente coloreada.

En ocasiones la dentina secundaria se forma con rapidéz y los odontoblastos quedan atrapados, lo que produce un aspecto superficial de hueso. Ha sido denominado osteodentina a este tejido calcificado. Se ha estudiado la velocidad de formación dentinal de reparación en dientes humanos tras el tallado de cavidades. Se encontró que la reparación dentinal formada en el primer mes era insignificante en el primer mes pos-operatorio. Entre uno y mes y medio, la neoformación de dentina alcanzaba una velocidad de 3.5 micras al día máximo. Después de éste periodo la neoformación disminua rápidamente.

ATROFIA RETICULAR DE LA PULPA.

Son alteraciones degenerativas o regresivas de la pulpa.

En particularidad son modificaciones por la edad, en personas ancianas. - Los dientes afectados no presentan Síntomas clínicos y responden normalmente a pruebas de vitalidad.

HISTOLOGICAMENTE.

Se describe la atrófia reticular como caracterizada por la presencia de grandes espacios vacuolados en la pulpa, con disminución de cantidades de elementos celulares. Junto con éstos cambios, está la degeneración y desaparición de Odontoblastos.

CALCIFICACION PULPAR .

En la pulpa dental se hallan diversas formas de calcificación con tanta frecuencia que no se sabe precisar si su presencia representa un estado patológico o sólo un fenómeno dentro del límite de la variación biológica normal.

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

-TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.

DE: DR. William G. Shafer,
Maynard K. Hine,
Barnet M. Levy.

Editorial Interamericana.

Tercera Edición.

México, D.F. 1977

-DICCIONARIO MEDICO.

DE: DR. Luigi Segatore.

Editorial Taide-Barcelona.

Quinta Edición.

México 1980

-PATOLOGIA BUCAL.

DE: DR. Grispan.

Tomos: I - II y III

Editorial Mundi.

Tercera Edición.

-PATOLOGIA BUCAL.

DE: S.N. Bhaskar.

Tercera Edición.

Editorial El Ateneo Buenos Aires.

Año 1977