

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela de Odontología

52  
2ej



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**"Lesiones Ambientales Caracterizadas  
por Pérdidas de Tejidos Dentales Calcificados"**

**Tesis Profesional**

que para obtener el título de:

**CIRUJANO DENTISTA**

presenta:

**Ignacio Hernández Razo**

**ASESOR: DR. JAIME SALVADOR HERRERA URBINA**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

" LESIONES AMBIENTALES CARACTERIZADAS POR PERDIDA DE -  
TEJIDOS DENTALES CALCIFICADOS. "

I N D I C E.

PAG.

INTRODUCCION.

CAPITULO I.	LESIONES AMBIENTALES CARACTERIZADAS POR PERDIDA DE TEJIDOS DENTALES CALCIFICADOS.....	1
-	ATPICION.....	3
	Etiologia.....	4
	Aspectos clínicos.....	5
	Aspectos patológicos.....	7
	Aspectos radiográficos.....	7
-	ABRACION.....	8
	Etiologia.....	8
	Aspectos clínicos.....	9
	Aspectos patológicos.....	11
	Aspectos radiográficos.....	13
-	EROSION.....	13
	Etiologia.....	13
	Aspectos clínicos.....	15
	Aspectos patológicos.....	17
	Aspectos radiográficos.....	18
-	RESORCION.....	18
	Etiologia.....	19
	Aspectos clínicos.....	22
	Aspectos patológicos.....	23
	Aspectos radiográficos.....	24
	Diagnóstico.....	25
	Tratamiento.....	26
	CASUISTICA.....	28
	CONCLUSIONES.....	36
	BIBLIOGRAFIA.....	38

## INTRODUCCION .

Este trabajo de tesis, que a continuación --  
presento a ustedes, ha sido para mi un gran estímulo, --  
ya que ha provocado en mi diario hacer, una mayor con-  
ciencia de la gran obligación y necesidad que se tiene  
como profesionistas de mantenerse en forma continuada,  
dentro de una línea de actualización de estudio, que -  
nos de el nivel óptimo, para hacer frente, también en-  
forma exitosa, a las solicitudes de nuestros pacientes  
y que con nuestro servicio profesional les de más solu-  
ción a sus padecimientos.

Deseo que los datos y observaciones acenta--  
dos en éste trabajo de tesis lleven satisfactoriamente  
el requisito que mi Universidad Autónoma de Guadala-  
jara a través de mi Facultad de Odontología me pide, - -  
para tener acceso al derecho de Examen Profesional.

Con humildad quiero que éste trabajo, lo to-  
men como un afán de superación futuro en el ejercicio-  
de mi profesión,

## CAPITULO I

" LESIONES AMBIENTALES CARACTERIZADAS POR PERDIDA DE -  
TEJIDOS DENTALES CALCIFICADOS. "

## Definición.-

Hay por lo menos cuatro mecanismos patológicos, que son responsables de la pérdida de los tejidos duros de los dientes, aparte de la causada por caries: ATRICION, ABRASION, EROSION y RESORCION.

ATRICION ( del latín Attero, frotar sobre o -  
contra), pérdida de tejidos duros de los dientes por el  
desgaste fisiológico causado por la masticación.

ABRASION ( del latín Abrasado, frotar o ras--  
car fuera ), pérdida de tejidos duros de los dientes, -  
por el desgaste patológico causado por cuerpos extra- -  
ños.

EROSION ( del latín Eroso, desgastar o consu-  
mir ), pérdida de tejidos duros de los dientes por des-  
composición química de la sustancia dental, que no re-  
quiere la presencia de bacterias.

RESORCION, destrucción de tejidos duros de los dientes, a diferencia de los tres anteriores en donde -- intervienen factores físicos y químicos, aquí en estas - lesiones intervienen factores biológicos muy similares - al de la resorción ósea.

### ATRICION.-

La atrición suele definirse como un desgaste lento, gradual y fisiológico del esmalte y algunas veces de la dentina, que es debido al contacto de diente con diente durante la masticación. Se interesan principalmente las superficies oclusal, incisiva y proximal.

La atrición es un proceso de envejecimiento -- fisiológico y se compensa por la erupción contigua y -- migración mesial de los dientes.

El grado de atrición depende de la estructura y relación oclusal de los dientes, calcificación del esmalte, desarrollo de los músculos de la masticación hábitos de masticación y capacidad de abrasión de los alimentos que se consumen.

La pérdida rápida y extensa de sustancia, dental se conoce como atrición patogénica y constituye en realidad una variedad de la abración.

Actúa sobre el esmalte y dentina, periodonto-

y algunas veces, como secuela de cambios en la oclusión sobre la articulación temporomandibular.

#### Etiología:

En el hombre pre-histórico y en miembros de muchas tribus nativas primitivas que comen alimentos -- bastos mezclados con arena se observa una intensa atrición.

Los aborígenes australianos muestran una intensa atrición de todos los dientes, siendo las lesiones más avanzadas en las hembras porque comen los restos de las comidas que parecen contener más partículas abrasivas.

Costumbres sociales como, la masticación de -- tabaco y de nuez de betel, también producen una atrición patológica. El tabaco o la nuez de betel machacadas no son abrasivos por su mismas, pero con el tabaco se mezcla arena y la cal es un importante componente -- de la mascada de nuez de betel en la India.



En las civilizaciones occidentales, la causa más común de la atrición patológica es el BRUXISMO. La bruxomanfa o rechinar de los dientes tiene lugar durante el sueño o inconscientemente en el individuo despierto.

Esta costumbre consiste en apretar, rechinar y golpear los dientes. Su etiología es compleja, siendo responsables factores locales, psicológicos y ocupacionales aisladamente o en combinación.

La tensión emocional parece ser una causa muy común. Es más frecuente en individuos internados en instituciones mentales, en atletas y en trabajadores de precisión. La parálisis cerebral produce Bruxismo reflejo continuo. La XEROSTOMIA completa puede producir un rápido desgaste de los dientes a causa de la ausencia del efecto lubricante de la saliva.

#### Aspectos clínicos:

Las lesiones están limitadas a las superficies incisal, oclusal y proximal. En algunos casos también están afectadas las superficies linguales de los dientes anteriores.

Las facetas aparecen en primer lugar sobre --  
las cúspides y los rebordes marginales, oblicuos y - -  
transversos.

Los bordes cortantes se aplanan, también se -  
forman facetas en los puntos de contacto y los dientes-  
se vuelven movibles.

Las superficies incisiva y oclusal son gra- -  
dualmente aplanadas por desgaste hasta que acaban desa-  
pareciendo todos los detalles anatómicos de los dien- -  
tes.

La pérdida de sustancia dental también ocurre  
en la dimensión vertical y alineación de los dientes.

Cuando la altura de la corona ha quedado fuer-  
temente reducida pueden aparecer algunas veces transtor-  
nos de la articulación temporomandibular. La exposi- -  
ción de la pulpa, aunque rara, es observada en la atri-  
ción patológica muy intensa.

Aspectos patológicos:

Los repetidos estudios de las superficies muestran que éstas son lisas y pulimentadas.

En todos los dientes que presentan atrición -- incisiva u oclusal se encuentra dentina esclerosada y secundaria, excepto en casos de los diversos tipos de displasia de la dentina en las cuales la pulpa no puede depositar una dentina secundaria.

Frecuentemente se observa hipercementosis que representa una exacerbación de la formación fisiológica-continua de cemento y erupción de los dientes.

Puede haber exposición y necrosis de la pulpa.

Aspectos radiográficos:

El examen radiográfico demuestra principalmente una gran pérdida de esmalte y dentina y dentina secundaria, disminución en el tamaño de la cámara pulpar, ensanchamiento del espacio periodontal, pérdida de hueso al-

veolar, osteoporosis u osteosclerosis e hipercementosis.

### ABRASION.-

#### Etiología:

La abrasión se debe a las diversas formas de - desgaste mecánico por cuerpos extraños o sustancias no encontradas normalmente en la boca y que no forma parte de la dieta fisiológica del hombre.

Estos agentes etiológicos son numerosos y sus efectos son variables.

Entre las numerosas costumbres orales del - hombre, algunos son dignas de mención. El fumar en pipa, abrir botellas con los dientes anteriores y morder lápices o tomarlos con los dientes causa defectos característicos. En las mujeres se producen escotaduras - características en el borde cortante de los incisivos - maxilares superiores por morder el hilo o por abrir alfileres con los dientes.

Se observan escotaduras en forma de V en los incisivos de indígenas que usan sus dientes para abrir semillas de girasol o de albaricque.

Los efectos de una higiene oral defectuosa -- influyen en la frecuencia más elevada de abrasión en -- las civilizaciones occidentales.

Se producen lesiones en el esmalte, cemento y dentina por dentífricos o polvos para dientes que son abrasivos, técnicas incorrectas de cepillado de los -- dientes y abuso de mondadientes y seda acerada.

#### Aspectos clínicos:

Es difícil determinar la frecuencia de la -- abrasión. Hay pocos estudios seguros y los números -- dados varían mucho. Un estudio de 1,252 pacientes reveló recesión gingival y exposición de la raíz de 1 mm. -- o más en el 80% de los pacientes encuestados, y abrasión en uno o más dientes en el 66%. En el 22% la abrasión -- era más frecuente en el lado izquierdo en pacientes -- dextromanos y en el 20% más frecuente en pacientes zurdos.

Las lesiones, en orden de frecuencia se observan en las siguientes localizaciones: región cervical-labial de los dientes anteriores, región cervical bucal de los dientes posteriores, borde cortante de los dientes anteriores superiores, borde cortante de los dientes anteriores inferiores y superficies oclusales de los dientes posteriores.

El agente etiológico abrasivo determina la localización de la lesión y el diagnóstico es muchas veces evidente por la anamnesis o el examen clínico solo. Como las lesiones suelen producirse lentamente, permanecen asintomáticas durante mucho tiempo.

Algunas veces la abrasión por cepillado de la región cervical progresa rápidamente y la dentina queda expuesta, ocurriendo ésto especialmente en individuos compulsivos, neuróticos o psicóticos.

El diente se vuelve sensible al calor y frío a alimentos o bebidas dulces o ácidas. La exposición de la pulpa o pulpitis es rara. La fractura de la corona, raíz o estadios avanzados de abrasión o en las que tienen la costumbre de abrir botellas con sus dientes.

### Aspectos patológicos.

La abrasión consiste fundamentalmente en una pérdida de tejido dental calcificado y se localiza en cualquiera de las tres estructuras dentales calcificadas.

La abrasión cervical representa la lesión típica y más común. En el cuello del diente en la zona de regresión gingival que expone la unión cemento esmalte se observa un defecto en forma de V o de cuña. Los bordes son agudos y la base es oscura, lisa, muy pulimentada brillante y libre de manchas extrínsecas.

Cuando la dentina se expone y desgasta, se observa un color amarillo oscuro hasta marrón que es debido a la pérdida de transparencia a causa de la esclerosis de la dentina y aposición de dentina secundaria en la cámara pulpar o conducto radicular directamente por debajo de la abrasión. En las lesiones avanzadas, la pulpa se observa en la base de la abrasión a través de una delgada ventana transparente de dentina, finalmente, la corona aparece debilitada y ocurre una fractura, especialmente en los dientes anteriores afectados.

La dureza y densidad de la base, evidentes---

ya al examen macroscópico, se explica, por la pérdida de matriz orgánica. Estudios repetidos muestran que -- las abrasiones presentan superficies irregulares que -- muchas veces son características para el agente causal, al microscópico se demuestra una pérdida de esmalte, -- cemento -- dentina.

Se observa esclerosis de la dentina en la base de la lesión y esta esclerosis se extiende hasta la pulpa al ser expuesta los túbulos dentinarios hay formación de dentina secundaria por la irritación de los procesos odontoblásticos.

La velocidad de la formación de dentina, ad-- venticia depende del grado de irritación de la pulpa, -- integridad de los odontoblastos, estado de la pulpa y -- resistencia general del individuo. La fibrosis, calci-- ficación distrófica, denticulos y puentes dentinales -- se observan en lesiones extensas o en personas de edad-- avanzada.

La dentina secundaria y denticulas presentan un tipo tubular irregular y tienden a ser semejantes -- al hueso o cemento o ambos. Es característico encon--- trar dentina, secundaria al lado de la base de la abra--



sión pudiendo obliterar la cámara pulpar y conducto de la raíz en esta zona. La pulpitis e infecciones, periapicales después de la exposición de la pulpa representan complicaciones terminales de abrasiones que progresan rápidamente. La enfermedad periodontal es una complicación muy frecuente.

#### Aspectos radiográficos.

El examen radiográfico descubre pérdida del esmalte, cemento, dentina, disminución en el tamaño de la cámara pulpar, presencia de dentina esclerosada y secundaria y algunas veces cálculos pulpares.

#### EROSION.-

La erosión se define como una pérdida de sustancia dental calcificada causada por acción química -- pero no bacteriana.

#### Etiología.

La etiología de la erosión ha sido dividida tradicionalmente en lesiones causadas por ácidos gene--

ral de la boca y por acidez localizada. Sin embargo, -  
actualmente no se cree que se pueda hacer una división-  
tan categórica.

Se han propuesto diversos agentes etiológicos  
como la saliva ácida.

La información disponible indica que la sali-  
va por sí no causa erosión sino que al contrario, prote-  
ge al esmalte, limpiando, diluyendo y neutralizando - -  
los ácidos introducidos dentro de la cavidad bucal des-  
de fuera.

Es bien sabido que la frecuencia de caries y -  
erosión aumenta cuando la secreción salival esta muy --  
disminuida o ausente.

La erosión también la origina un contacto, --  
prolongado intermitente o continuo con ácidos aplicados  
directamente o con congeladores capaces de descalcificar -  
el esmalte, dentina o cemento.

El ejemplo clínico más notable es el efecto -  
del ácido clorhídrico gástrico sobre las superficies de  
los dientes. El vómito habitual esta asociado con va--

rias enfermedades médicas y quirúrgicas en niños y en adultos.

Algunos ejemplos son el embarazo, estenosis o espasmos esofágicos, estenosis pilórica, peristaltismo-invertido u obstrucción intestinal a diversos niveles.

El contacto con el ácido clorhídrico produce erosiones extensas e intensas, localizadas principalmente sobre las superficies lingual e incisiva de los dientes anteriores y lingual y oclusal de los dientes posteriores. La saliva presenta generalmente un pH neutral o alcalino.

Algunas veces se prescriben medicamentos que contienen ácido clorhídrico para la aclorhidria gástrica y el ácido puesto en contacto con las superficies dentales produce erosión principalmente sobre la superficie lingual. La exposición a alimentos y bebidas ocurre varias veces de día durante todos los años por tal motivo la acidez bucal de este origen, pudiera ser frecuente y causar erosión.

Aspectos clínicos.

Las lesiones se localizan generalmente en las

superficies labial o bucal de los dientes anteriores -- maxilares superiores, estando afectado con mayor frecuencia el tercio gingival.

La convexidad labial o bucal normal del diente se pierde rápidamente. Las lesiones varían de tamaño y forma y no progresan con la misma velocidad.

Cuando hay empastes, se observan defectos muy característicos y la restauración de amalgama o de oro-sobresale, por encima de la superficie de la erosión. Los márgenes expuestos de las restauraciones y coronas forman bordes cortantes que pueden producir lesiones -- en los tejidos blandos. Una ligera hipersensibilidad precede a la pérdida de la estructura dental en las erosiones que comienzan en la unión cemento-esmalte.

Una intensa sensibilidad hacia los cambios -- térmicos y los alimentos o bebidas ácidas y dulces. El dolor puede ser agudísimo si hay exposición de grandes superficies de dentina en los casos de intensa regurgitación de ácido clorhídrico.

### Aspectos patológicos.

Hay una considerable variación en el tamaño - y forma de las lesiones.

Las erosiones han sido clasificadas en los siguientes tipos:

- en forma de plato,
- en forma de cuña,
- aplanadas
- irregulares y labradas en una figura.

El primer cambio macroscópico es la formación de puntos blancos. La superficie del esmalte todavía - está intacta y dura. Se forma a continuación una face- ta poco profunda que avanza periféricamente.

Progresivamente la lesión hace excavada y -- presenta una base lisa dura, pulimentada y de aspecto - vitreo localizada al principio enteramente en el esmalte y extendiéndose después dentro de la dentina que en algunos casos es manchada. Los márgenes de la erosión - están bien definidas con bordes cortantes. El esmalte - vecino parece normal.

En los casos extremos, causados principalmente por ácido clorhídrico o por chupar limón, la corona parece derretirse. El esmalte desaparece y la dentina queda expuesta. Los incisivos quedan muy acortados y los bordes incisales son muy cortantes. Las superficies oclusales de los molares están aplanadas y todos los detalles anatómicos desaparecen. La dentina puede estar prácticamente disuelta hasta la pulpa.

#### Aspectos Radiográficos.

El examen radiográfico muestra cambios similares a los descritos en la abrasión, a excepción de la forma característica de los dientes restaurados que presentan erosiones circunferenciales.

#### RESORCION.

La resorción de tejidos dentales calcificados representa otro aspecto de la destrucción del tejido duro. La atrición, abrasión y erosión patológicas las causan factores físicos y químicos, mientras que en la resorción de los dientes interviene un mecanismo biológico muy similar al de la resorción ósea.

Se cree que la destrucción ósea se debe a la desmineralización originada por una inversión del mecanismo de intercambio de cationes, y por resorción lagunar por osteoclastos. Puede haber predominio de uno de estos dos mecanismos o tal vez actúe uno solamente. En general, se observa en primer lugar desmineralización.

La resorción efectiva del hueso, dentina o cemento requiere un proceso complejo que comprende movilización de sales minerales, despolimerización de mucopolisacáridos y proteólisis. Los osteoclastos con tienen todos los queladores y enzimas necesarias.

#### Etiología.

Los factores tanto sistémicos como locales -- influyen en la resorción de los dientes.

La intensidad de la resorción de la raíz aumenta con la edad y tiene una frecuencia más elevada en mujeres. Se ha comunicado una resorción apical espontánea en diversas disfunciones endocrinas.

20

Un estudio controlado muestra que los dientes procedentes de la India muestran cinco veces más resorción que los dientes con tejidos periodontales normales obtenidos en los Estados Unidos. Este hallazgo se explica por la frecuencia de la enfermedad periodontal -- en la India, causada por la mal nutrición y deficiente-higiene bucal.

La causa mejor conocida y más común de resorción de la raíz del diente es la infección crónica que destruye fibras peridontales, en el ápice o sobre la -- superficie lateral de la raíz, produciendo necrosis del cemento. Los fragmentos del cemento son secuestrados -- y resorbidos.

Un examen cuidadoso con el microscópio diseccionador del ápice de la raíz después de quitar el granuloma revela frecuentemente una resorción radicular. Sin -- embargo, el ápice de un diente que penetra dentro de -- un absceso o cavidad quística muestra poca o ninguna resorción porque no está en contacto directo con el tejido de granulación.

Este no es el caso en el granuloma dental y a causa de ello, es más frecuente aquí la resorción apical.



Clinicamente la mejor demostración de este tipo de resorción es la invasión de la bifurcación y trifurcación, aunque también se observa a menudo en la región cervical.

La resorción de la raíz es tres veces más frecuente en dientes rodeados por tejidos periodontales enfermos.

Fuerzas anormales pueden lesionar al ligamento periodontal, causando necrosis de las fibras y superficies del hueso y del cemento relacionadas con el mismo.

En la oclusión traumática ocurre una resorción leve de la raíz.

El tratamiento ortodóntico produce resorción de las raíces dentales.

Simple arcs labiales o linguales producen menos resorción de la raíz que los arcs cinta, el arco de canto o los muelles auxiliares. La rotación de los dientes aumenta la frecuencia de la resorción de la raíz. La extracción de los premolares poco antes o durante el tratamiento ortodóntico aumenta la resorción de la raíz.

La localización de la resorción de la raíz depende del tipo de movimiento y fuerzas aplicadas, la duración y tipo de fuerza también son muy importantes.

Es bien conocida la resorción de raíces por la presión de erupción de dientes no salidos. La raíz distal del segundo molar inferior interviene generalmente en las impacciones mesioangulares horizontales u oblicuas del tercer molar inferior.

Las raíces de los incisivos laterales y centrales superiores y de los segundos molares superiores también son resorbidos algunas veces.

Siempre se encuentra tejido de granulación entre el lugar de la resorción y la corona del diente sin salir.

Aspectos clínicos.

Las formas más comunes de resorción de raíces son la resorción radicular apical externa y lateral.

En la mayoría de los estudios se encuentran --

generalmente el siguiente orden de susceptibilidad: incisivos laterales superiores, incisivos centrales inferiores, incisivos laterales inferiores, incisivos centrales superiores, caninos superiores, caninos inferiores, segundos molares superiores, primeros molares inferiores, primeros molares superiores.

La resorción ocurre en cualquier edad afectando igualmente a los dientes superiores e inferiores.

#### Aspectos patológicos.

Han sido documentados extensamente cambios -- tanto macroscópicos como microscópicos. Goldman, describió este proceso como " Resorción intermitente espontánea ", señalando que la reparación ocurría mediante un tejido parecido al hueso.

La resorción ocurre en cualquier parte de la superficie de la raíz, pero su localización depende del diente afectado.

La resorción apical es el hallazgo patológico macroscópico más común.

El lugar más frecuente es el tercio apical - de la raíz, seguido por el tercio central y finalmente el tercio gingival.

Las superficies mesial, labial o bucal se -- afectan más a menudo que las superficies distal y lingual.

En la resorción activa de la raíz, la región apical, está generalmente cubierta por un tejido de -- granulación friable y hemorrágico que cubre parte de - la raíz.

En los dientes multirradiculares se observa -- acortamiento de la raíz resorbida.

#### Aspectos radiográficos.

La interpretación de las radiografías requie -- re un gran cuidado. Hay que examinar todos los dien -- tes para determinar la longitud normal de las raíces - de acuerdo con la edad dental del individuo.

Es necesario utilizar varias angulaciones -- para descubrir cambios precoces en la región apical.

El perfil de la lámina dura comparado con la longitud de la raíz y su densidad cuando son examinadas con lupa, presenta frecuentemente lesiones incipientes. El acortamiento de la raíz puede ser causado por anomalías del desarrollo, detención del crecimiento o resorción de la raíz.

#### Diagnóstico.

Es necesario un diagnóstico diferencial preciso de la atricción, abrasión, erosión y resorción para asegurar un pronóstico y tratamiento correctos. La diferenciación entre estas lesiones y las displacias o caries del esmalte o dentina no es demasiado difícil.

La atricción, abrasión, erosión y resorción patológicas presentan lesiones anatomopatológicas macroscópicas que no pueden ser claramente diferenciadas entre sí.

También con frecuencia se observa una combinación de varias lesiones a la vez.

La anamnesis, localización y curso biológico -

de estas lesiones dan una información muy valiosa para el diagnóstico diferencial.

#### Tratamiento.

En la actualidad contamos con un gran número de recursos para el tratamiento de las lesiones antes mencionadas y que vienen a resolvernó en forma muy adecuada los problemas que nos presentan dichas lesiones.

Podemos mencionar en la atrición, abrasión y erosión, como recursos de tratamiento las restauraciones con materiales de obturación, contando con una muy amplia gama de ellas, en donde podemos elegir el material más adecuado.

Las restauraciones a base de recubrimientos protésicos donde el área de la prótesis fija nos orientará satisfactoriamente, siguiendo siempre las guías de oclusión siempre necesarias de tomar en cuenta para estos casos.

En el caso de la resorción, nos abocaremos a consultar el área de la parodencia y periodencia para

elegir el tratamiento más indicado.

En el terreno del tratamiento de éstas lesiones siempre estará indicada la consulta a profesionales especializados que nos ayudarán a valorar mejor a nuestros pacientes y a elegir adecuadamente el mejor tratamiento.

## CASO CLINICO # 1

NOMBRE: Juan Arias Martínez.

EDAD: 28 años.

TIPO DE LESION: Atrición.

CARACTERISTICAS: Incisivos centrales y laterales superiores e inferiores con pérdida de tejidodental en los bordes incisales de los mismos causará por rechinar los dientes juntando los incisivos superiores con los inferiores,

Desde los 8 años tiene este problema -- cuando duerme.

TRATAMIENTO: Colocamos coronas Veneer de porcelana -- para reconstruir dichas piezas dentales. Sugerimos acudir al psicólogo. No ha -- regresado al consultorio.



## CASO CLINICO # 2

NOMBRE: Jaime Márquez Martín,

EDAD: 40 años

TIPO DE LESION: Abrasión.

CARACTERISTICAS: Primero y segundo premolares superiores e inferiores de lado derecho con desgaste total de las cúspides por mordedura con boquilla para cigarrillos.

TRATAMIENTO: Colocamos coronas Veneer de porcelana en los 4 premolares.

## CASO CLINICO # 3

NOMBRE: Jesús Aguirre Veloz.

EDAD: 59 años

TIPO DE LESION: Abrasión.

CARACTERISTICAS: Desgaste marcado a nivel del tercio -- cervical por efectuar una técnica defectuosa del cepillado.

La lesión abarca canino, premolares y molares del lado derecho superiores.

TRATAMIENTO: Restauramos las lesiones con resinas fotopolimerizables.

## CASO CLINICO # 4

NOMBRE: Rogelio Vázquez Núñez.

EDAD: 37 años

TIPO DE LESION: Atrición.

CARACTERISTICAS: Segundos molares superiores e inferiores con pérdida de tejido dental a nivel de todas las cúspides, causado por bruxismo.

Desde los 20 años de edad rechina los dientes al estar dormido.

TRATAMIENTO: Colocamos coronas completas de porcelana en dichos molares.

Sugerimos acudir al psicólogo para que le indicará ejercicios de relajación - al acostarse. Esta acudiendo al psicólogo.

## CASO CLINICO # 5

NOMBRE: Alberto Solórzano Ramos.

EDAD: 43 años

TIPO DE LESION: Abrasión

CARACTERISTICAS: Incisivos centrales superiores e inferiores con pérdida de tejido dental, -  
causado por sostener clavos con los --  
dientes, tiene 20 años de zapatero.

TRATAMIENTO: Colocamos coronas Veneer de porcelana-  
en los cuatro incisivos centrales.

## CASO CLINICO # 6

NOMBRE: Martha López Jaime.

EDAD: 51 años

TIPO DE LESION: Erosión

CARACTERISTICAS: Pérdida de tejido dental en las caras -  
bucales y linguales de las piezas denta  
les.

Presenta Hiperclorhidria gástrica con -  
regurgitaciones periódicas. Lo remiti-  
mos al Gastroenterólogo.

No ha regresado al consultorio.

## CASO CLINICO # 7

NOMBRE: Juana Velázquez de Ortiz.

EDAD: 34 años

TIPO DE LESION: Erosión - Atrición

CARACTERISTICAS: Presenta pérdida de tejido dental a -- nivel de las cúspides de los molares - y premolares superiores e inferiores - a causa del bruxismo que padece desde pequeña; tiene vómitos periódicos en el día después de las comidas, presenta deficiencia mental de nacimiento,

Remitimos al paciente al psiquiatra.

No ha regresado al consultorio.

## CASO CLINICO # 8

NOMBRE: Andres López Esparza.

EDAD: 37 años

TIPO DE LESION: Resorción

CARACTERISTICAS: Presenta retención de los dos terceros molares inferiores. Se aprecia en la radiografía resorción marcada en las raíces de los dos tercios molares y -- en la raíz distal del segundo molar inferior derecho.

TRATAMIENTO: Procedí a la extracción de los dos -- terceros molares.

Los pacientes antes mencionados fueron valorados y atendidos en mi consultorio.

## CONCLUSIONES.

Como Cirujanos Dentistas, tenemos la obligación de profundizar en cada uno de los casos que se nos presenten, no solo en relación a las lesiones que anteriormente mencionamos, sino en general debemos concientizarnos de entregar nuestro mejor esfuerzo a nuestros pacientes, atendiendo cuidadosamente cada caso con el objeto de dar satisfacción al paciente resolviendo atinadamente sus problemas dentales.

Las lesiones que nos ocuparon en éste trabajo son lesiones que observamos con mucha frecuencia y que no por eso dejaron de ser importantes,

Un pequeño desgaste, hasta una muy marcada -- resorción deberán motivarnos para meternos de lleno a su atención y a su tratamiento.

Y aunque lo he mencionado anteriormente considero de una altísima importancia la consulta interprofesional con el objeto de tener un panorama más amplio de las casos a atender y contar con elementos de



juicio que nos orienten a un acertado diagnóstico y un -  
tratamiento satisfactorio.

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.- PATOLOGIA ORAL.- Henry M. Goldman  
Robert J. Gorlin.
- 2.- TETRACICLINAS Y DIENTES AMARILLOS.-  
Dr. Adler D.K.
- 3.- CAMBIOS DEL ESMALTE.- Dr. Bhussry B.R. y  
Dr. Bibbly B.G.
- 4.- TRAUMATISMO DENTALES.- Dr. J. Amer, Dr. P. Ayers  
Dr. G. Stain.
- 5.- MALOCLUSION.- Dr. Enry Baden
- 6.- ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS.-  
Zegarely y Col,
- 7.- INTRODUCCION A LA ORTODONCIA.  
H.A. Bartels y col,

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

8.- PATOLOGIA BUCAL.- Dr. Fernando Quiroz

9.- ENFERMEDADES PERIODONTALES.-

John F. Prichard.

10.- PATOLOGIA GENERAL.- Dr. Libect.