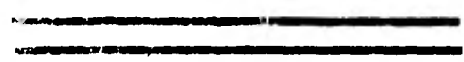


24 473

# Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



## CANINOS INCLUIDOS Y SU TRATAMIENTO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

JESUS NORBERTO JARAMILLO GODINEZ

Director de tesis: Dr. Marcelo Yolli Sato Sato



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.

## I N D I C E

	INTRODUCCION	1
I.-	NOMENCLATURA	4
II.-	FACTORES ETIOLOGICOS	7
III.-	LA ERUPCION Y SU RELACION CON LOS GRADOS DE INCLUSION	13
IV.-	CLASIFICACION	20
V.-	DIAGNOSTICO	24
VI.-	ESTUDIO RADIOGRAFICO	27
VII.-	CANINOS INCLUIDOS Y SU TEJIDO CIRCUNDANTE	32
VIII.-	COMPLICACIONES DEBIDAS A LA INCLUSION	35
IX.-	CONDUCTA DEL CIRUJANO DENTISTA EN PRESENCIA DE UN DIENTE INCLUIDO	40
X .-	TRATAMIENTO	44
	A).- Quirúrgico Ortodóntico	
	B).- Quirúrgico	
XI.-	TRATAMIENTO POST - OPERATORIO	67
	CONCLUSIONES	70
	BIBLIOGRAFIA	73

INTRODUCCION  
\*\*\*\*\*

Es necesario para todo cirujano dentista tener en consideración la importancia básica del estado de salud de la cavidad bucal así como el estudio y cuidado de la misma.

Dicho estudio deberá estar basado en un diagnóstico completo para poder detectar desde muy temprana edad todos aquellos problemas que se puedan presentar posteriormente.

El cirujano dentista tomara en cuenta los siguientes tres puntos que son primordiales para un diagnóstico preciso del paciente:

- 1.- Estudio semiológico.- Apreciación en conjunto del paciente (reconocer características precisas del enfermo, tales como: talla habla, marcha etc. ).
- 2.- Historia clínica.- Estudio bucofacial del paciente (se pone especial atención al tamaño y forma de la cabeza, piel, cabello, ojos, oídos y nariz así como de la articulación temporomandibular ).
- 3.- Estudio Estomatológico.- Este puede desarrollarse libre y armado para no permitir que datos importantes escapen a nuestra observación, se revisaran con sumo cuidado los siguientes datos:
  - a) Aliento
  - b) Labios
  - c) Mucosa
  - d) Encía (color, forma, tamaño y consistencia)
  - e) Lengua
  - f) Faringe

- g) Amígdalas
- h) Saliva (calidad y consistencia)
- i) Dientes (tamaño, forma, color, movilidad, trastornos de su erupción, oclusión y número ).

El número de dientes ha de ser el factor principal del cual nos ocuparemos y al cual se ha dirigido mayor atención - debido a los trastornos ocasionados por la falta de piezas -- dentarias dentro de la cavidad óral y los factores etiología--cos que los producen.

**CAPITULO I**  
\*\*\*\*\*  
**NOMENCLATURA**  
\*\*\*\*\*

CAPITULO I  
NOMENCLATURA

Es conveniente tomar en cuenta el significado de la palabra "Incluido" ya que este termino puede ser confundido con el significado de la palabra "Retenido" aunque ambos -- significados sean equivalentes.

"INCLUIDO" significa contener una cosa a otra.

"RETENIDO" significa detener, conservar, guardar en si.

En el caso de los dientes se ha generalizado el uso de la palabra "Incluido" y por lo tanto sera esta la que se utilice dentro de este estudio. Teniendo en cuenta este concepto podemos decir que todas las piezas dentarias se encuentran "incluidas" fisiologicamente por un periodo mas ó menos largo durante el cual transcurre su formación y desarrollo, antes de ir a ocupar el lugar que les corresponde dentro del "arco dentario".

Durante mucho tiempo no se prestó atención a la ausencia de piezas dentarias en la cavidad bucal y principalmente la del canino, y no fue sino hasta el año de 1895 cuando por medio del descubrimiento de los rayos " X " y la aplicación de estos al terreno de la medicina y al de la odontología, se logró se prestara mayor interes a este gran problema.



Esto dio origen a la cirugía bucal y por consiguiente-- a las intervenciones quirúrgicas con la finalidad de retirarlos de su nicho.

Sin embargo no se prestó atención a la gran importancia que tiene este diente dentro de la "Arcada Dentaria" y al que en la actualidad se le ha comprobado el papel que tiene como órgano fuerte y necesario en la estética dentaria, facial y funcional.

Es por esto que hoy en día se han unido los esfuerzos de la cirugía y la Ortodoncia para tratar de conservar dicho diente.

CAPITULO II

FACTORES ETIOLOGICOS

## C A P I T U L O II

### F A C T O R E S E T I O L O G I C O S

A continuación se estudian las causas del porqué se - -  
efectúa la inclusión de los caninos en el maxilar.

Aceptando el sumario de Dewel tomaremos en cuenta los -  
puntos siguientes:

- a).- Los huesos de que está compuesto el paladar duro, ofrecen mayor resistencia que el hueso alveolar a la erupción de los caninos, los cuales son empujados hacia - - palatino.
- b).- La mucosa que se encuentra cubriendo el tercio anterior del paladar esta sujeta a repetidos esfuerzos y presiones durante la masticación provocando así que se vuelva gruesa, densa y resistente; esto hace que esté más adherida a la estructura ósea que ningún otro tejido blando de la cavidad oral.
- c).- La erupción de los dientes hasta cierto punto depende de un aumento asociado al desarrollo apical (encontrándose disminuida porque su raiz está normalmente más formada en el momento de la erupción que ningún otro diente permanente).
- d).- Cuando existe una gran distancia en un diente, desde el punto de desarrollo hasta la oclusión normal, mayores son las posibilidades de provocar una desviación a su curso normal.

el canino debe recorrer mayor distancia para llegar a la completa oclusión (aceptando que cuanto menor es la distancia que recorre el diente, menor es la retención-- basandose en los primeros y segundos molares permanentes que raramente son retenidos ).

- e).- En el crecimiento de los caninos permanentes, la corona se encuentra colocada por palatino hacia el eje largo de la raíz del canino primario, en el caso de existir cualquier cambio de la posición o condición de este -- último, provocado por cáries o pérdida prematura de los molares primarios, se reflejará a lo largo de su altura total, hasta el extremo de la raíz causando una desviación en la posición y dirección del canino permanente.
- f).- La reabsorción retardada de las raíces de los caninos primarios.
- g).- Los caninos son los dientes que mas están expuestos a las influencias ambientales desfavorables, por ser los últimos en su erupción.
- h).- Por lo general al erupcionar los caninos, lo hacen sobre dientes que ya estan en oclusión encontrandose en competencia con los molares y premolares.

i).- En el canino primario el diametro mesiodistal es menor-  
que el del permanente. Como consecuencia de estos fac-  
tores decimos que el canino es el primero en frecuencia  
de los dientes incluidos.

## CAUSAS GENERALES

Las causas sistémicas de retenciones o de inclusión, se encuentran donde no existen condiciones locales y estas son:

### 1.- Prenatales:

- a).- Herencia
- b).- Mezcla de razas
- c).- Sífilis
- d).- Tuberculosis
- e).- Desnutrición.

### 2.- Post - natales

- a).- Raquitismo
- b).- Anemia
- c).- Sífilis hereditaria
- d).- Tuberculosis.
- e).- Enfermedades excentematosas
- f).- Falta de espacio en maxilares poco desarrollados
- g).- Enfermedades de los maxilares y tejidos vecinos.

Otras causas raras pueden ser:

Disostosis Cleido - Craneal.- Es una condición congénita muy rara en la cual hay una osificación defectuosa de los huesos craneales.

Ausencia parcial o total de las clavículas cambio retardado - de la dentición, dientes permanentes no erupcionados y dientes supernumerarios rudimentarios.

Oxicefalia.- Es la llamada "cabeza de cono", en la cual la parte superior de la cabeza es puntiaguda.

Progeria.- Esta anomalía representa envejecimiento prematuro es una forma de infantilismo caracterizado por: Estatura pequeña, ausencia de bello facial y pubico, piel arrugada, cabello gris y en la apariencia facial actitudes y maneras que corresponden al anciano.

Acondroplasia.- Es una enfermedad del esqueleto, que empieza durante la vida fetal y produce una forma de enanismo, en estas condiciones el cartilago no se desarrolla normalmente.

Fisura Palatina.- En el paladar se presenta una fisura congénita en lo que representa la línea media del mismo.

\*\*\*CAPITULO III\*\*\*

\*\*\*LA ERUPCION Y SU RELACION\*\*\*

\*\*\*CON LOS GRADOS DE\*\*\*

\*\*\*INCLUSION\*\*\*



C A P I T U L O   I I I  
L A   E R U P C I O N   Y   S U   R E L A C I O N  
C O N   L O S   G R A D O S   D E  
I N C L U S I O N

PROCESOS DE LA ERUPCION.- La erupción dentaria se realiza en tres periodos:

Período Oseo.- Cuándo comienza la reabsorción en el interior de los maxilares.

Período Submucoso.- Una vez reabsorbido todo el tejido óseo ocurre lo mismo con la parte constituida por el saco dentario y la encia.

Período Mucoso.- Se presenta cuando el diente ha perforado el tejido gingival, y va al encuentro de su antagonista.

De acuerdo a estos periodos tendremos por consiguiente tres tipos de "Inclusión" y estas seran:

- a) .- Osea
- b) .- Submucosa
- c) .- Mucosa

Antiguamente el término de erupción era aplicado sólo a la aparición de los dientes en la cavidad oral, sin embargo sabemos que este movimiento no cesa aún cuando los dientes estan en contacto con su antagonista.

Por lo tanto los movimientos de erupción empiezan en el momento en que se inicia la formación de la raíz y continúa - durante toda la vida del diente.

Teniendo en cuenta lo anterior tenemos que los movimientos de los dientes se dividen en tres fases.

- a) Fase pre-eruptiva.
- b) Fase prefuncional.
- c) Fase funcional.

Así mismo tenemos que los movimientos de los dientes se desplazan en cuatro direcciones:

- 1.- Axial.- Movimiento en dirección al eje mayor del diente.
- 2.- De Derivación.- Movimiento de todo el cuerpo del diente - en dirección mesial, distal, vestibular - y lingual.
- 3.- De Inclinación.- Movimiento alrededor de un eje transversal.
- 4.- De Rotación.- Movimiento alrededor de un eje longitudi - nal.

#### FASE PRE - ERUPTIVA :

Durante la primera fase o fase pre - eruptiva, el or - - gano del esmalte crece hasta alcanzar su tamaño final, y se - forman los tejidos duros de la corona.

Durante este periodo los germenos dentales se encuentran envueltos por el tejido conjuntivo del saco dentario y por el hueso del alveolo dentario.

Los germenos dentarios mantienen su relación con el borde alveolar en crecimiento, moviéndose en sentido oclusal y bucal.

Dos son los procesos a los cuáles se debe que durante el curso de desarrollo del diente este alcance y mantenga sus relaciones con el maxilar en crecimiento y en especial a lo que se refiere en su relación con la cresta alveolar.

- a).- La traslación de todo el diente se caracteriza por un simple movimiento del germen dental se reconoce por la aposición de hueso detrás del diente en movimiento y por la reabsorción del hueso delante del él.
- b).- En el crecimiento excéntrico, una parte del germen dental queda fija; el crecimiento da lugar a una desviación del centro del germen dentario. El crecimiento excéntrico se caracteriza sólo por la reabsorción del hueso en la superficie., hacia la cual crece el germen dentario.

Durante la mayor parte del tiempo en que se desarrollan los dientes primarios, el maxilar y la mandibula, crecen - - simultaneamente al ritmo de los dientes temporales que estan en crecimiento se desplazan en dirección vestibular al mismo tiempo que esto ocurre, los dientes anteriores se desplazan mesialmente y los posteriores distalmente, los dientes permanentes que tienen predecesores tienen movimientos intrincados antes de alcanzar la posición en la cual emerge.

Cada incisivo y canino permanente se desarrolla primero en posición lingual con respecto al germen del diente temporal y a nivel de su superficie oclusal.

Al terminar la fase pre-eruptiva, Se les encuentra en situación lingual con respecto a la región Apical de los predecesores.

Las modificaciones de las relaciones axiales entre los dientes temporales y permanentes se debe al movimiento oclusal de los dientes temporales.

Fase Pre-funcional.-- La segunda fase del movimiento de los dientes o sea la prefuncional principia con la formación de la raíz y termina cuando los dientes entran en oclusión.

Al comensar esta fase, la corona esta cubierta por el epitelio del organo del esmalte.

A medida que la corona se mueve a la superficie, el tejido conjuntivo situado entre el epitelio reducido del esmalte y el epitelio bucal, desaparece probablemente debido a la acción desmoltica del epitelio del esmalte. Al acercarse las cúspides a la mucosa bucal se fusiona el epitelio reducido del esmalte y el epitelio bucal, en el centro de fusion el epitelio degenera y la cúspide emerge a la cavidad bucal.

La aparición gradual de la corona es debida al movimiento oclusal del diente ( Erupción Activa ), y tambien a la separación del epitelio del esmalte ( Erupción Pasiva).

El crecimiento de la raíz o raíces de un diente se produce por la proliferación coordinada y simultanea de la vaina radicular de "Hertwig" y del epitelio conjuntivo de la papila dentaria, la proliferación del epitelio se produce por la desviación mitosica de las células del diafragma epitelial.

Durante la fase prefuncional de la erupción, la membrana periodóntica primitiva, deriva del saco dentario y se adapta al movimiento relativamente rapido del diente. Se pueden distinguir tres capas en la membrana Periodóntica situada alrededor de la superficie de la raíz en proceso de desarrollo: Una adyacente a la superficie de la raíz (Fibras dentinarias). Otra adherida al alveolo primitivo (Fibras alveolares) y una tercera al plexo intermedio.

Este esta formado principalmente de fibras precolagenas mientras que las fibras alveolares y dentinarias son principalmente colágenas.

El plexo intermedio permite la reconstrucción y remodelamiento continuo de la membrana periodontal.

Fase funcional.- Esta fase comienza cuando los dientes entran en oclusión, y dura toda la vida del diente, los movimientos se producen tanto mesiodistal como oclusalmente.

Por no ser de interes a nuestro estudio esta fase de la erupción, nos concretamos unicamente a mencionarla. Siendo la anomalía ( Caninos Incluidos ) una función o Hipofunción del proceso erupcional durante las fases pre-eruptivas. y parte de la prefuncional; Causadas por factores etiologicos diversos mencionados en el capítulo respectivo.

C A P I T U L O   I V  
\*\*\*\*\*

C L A S I F I C A C I O N  
\*\*\*\*\*

CAPITULO IV  
CLASIFICACION

Es imperativo que la posición del canino incluido sea cuidadosamente determinada, así como su colocación y posición en el maxilar.

Ronhrer, ha demostrado que los caninos incluidos se encuentran comunmente veinte veces más en la maxila que la mandibula.

Las inclusiones de canino en el maxilar superior ocurren tres veces más frecuentemente en el lado palatino del arco que en el lado labial o bucal.

Son más comunes los caninos incluidos en las mujeres, probablemente a causa de que el hueso del cráneo, la maxila y la mandibula, son en promedio menores que en el hombre. En la mandíbula raramente se encuentra hacia lingual siendo localizados más frecuentemente en la superficie labial.

En las mujeres es mayor la frecuencia en el lado izquierdo.

Hasta ahora no se ha podido explicar la razón de por que se presenta una mayor inclusión de los caninos superiores.



En la maxila siempre están rotados sobre su eje longitudinal y usualmente en posición oblicua. Frecuentemente -- los caninos incluidos maxilares se encuentran en una posición horizontal.

Los caninos aberrantes, han sido encontrados ante el -- primero y segundo premolares, en la nariz, el seno maxilar, -- la orbita, el labio, bajo la lengua y bajo el mentón.

- 1) En el paladar, con la corona localizada por el lado palatino del incisivo lateral superior y la raíz -- extendiendose Posteriormente paralela a los premo-- lares.
- 2) Con la corona colocada lingualmente al incisivo - - central superior y la raíz extendiéndose posteriormente en paladar, Paralelo a los premolares o entre las raíces de ellos extendiéndose hasta la superficie bucal.
- 3) Con la corona en la superficie del paladar y la - - raíz en la superficie bucal del maxilar.
- 4) Con la corona en la superficie bucal del maxilar, y la raíz extendiéndose hacia el lado palatino de las raíces del premolar en el paladar.

- 5) Con toda la pieza en la placa cortical bucal.
- 6) En una boca edéntula.
- 7) Bilateralmente incluidos; tanto en los huesos palatinos o labialmente en la placa cortical del maxilar.

C A P I T U L O V  
\*\*\*\*\*

D I A G N O S T I C O  
\*\*\*\*\*

## C A P I T U L O V

### D I A G N O S T I C O

El diagnóstico de un canino incluido en el maxilar - - superior su posición, la relación con los dientes vecinos y - su clasificación se realiza por medios clínicos; La inspec-- ción, La palpación y por exámen radiográfico.

a).- La inspección; la usencia del canino permanente en la - arcada, la presencia del temporal, pueden hacer sospe-- char la inclusión de una pieza dentaria, en caso de in- clusión palatina vestibular, la inspección visual puede descubrir una elevación o relieve en el paladar o ves-- tículo.

La alteración o forma de la bóveda palatina nos puede - dar una indicación de la probable ubicación del diente.

No debe ser confundido el relieve originado por un ca-- nino, con el que puede producir la raíz del incisivo lateral- o del premolar.

El dedo índice que investiga, confirma la existencia de esta elevación que presenta uan consistencia igual a la de la tabla ósea, en caso de existir algún proceso infeccioso o una fistula, un sondeo introducido a traves de ella nos llevara a chocar contra un cuerpo duro que representara la corona del - canino.

El exámen radiográfico del canino incluido debe ser --  
realizado según ciertas normas, para que nos sea de utilidad  
y así poder enfrentar el problema quirúrgico.

CAPITULO VI  
\*\*\*\*\*

ESTUDIO RADIOGRAFICO  
\*\*\*\*\*

## C A P I T U L O VI

### E S T U D I O R A D I O G R A F I C O

La importancia de la radiografía para investigar la presencia y posición de caninos incluidos es fundamental. En la actualidad en un diagnóstico Radiográfico completo no se puede prescindir de utilizar varias técnicas combinadas entre sí, y de las cuales nos servimos como valioso elemento de juicio.

La técnica comprende el conocimiento del manejo de los aparatos, de los materiales, del coeficiente de transparencia de los cuerpos a los rayos " X " y de las incidencias que se utilizan para la toma de Radiografías.- La constitución de una placa o película Radiográfica es exactamente igual a la fotografía.- Esta formada por una emulsión de gelatina o Bromuro de plata, adherida a un vidrio o celuloide.

Las sales de plata son reducidos por la luz, los rayos " X " o agentes simultaneos. La mayor o menor sensibilidad de la película está dada por otros elementos que se agregan a las sales de plata. Se dice que una película es tanto mas rápida, cuando menos cantidad de rayos de luz sean necesarios para imprimirlos.

La mayor sensibilidad, Nos permitirá reducir los tiempos de exposición, teniendo en cuenta estas características- la película puede ser regular rápida o extra-rápida.

Para nuestro estudio se dividen en dos grandes grupos: Intraorales y Extraorales; Los intraorales son: Linguales - de tres por cuatro centímetros. Oclusales de 4 x 6 centímetros y de 6 x 8 centímetros. De mordida lateral de 2.5 cms. x 4.5 cms. Vertical de 3 x 4.5 cms. Horizontal de 3 x 5.5-cms. horizontal grande 2 x 3 cms. para niños.

Las radiografías extraorales desempeñan doble papel en el establecimiento del diagnóstico.

- 1.- Nos permite investigar las piezas incluidas que -- por su magnitud o alejamiento de los arcos dentales, no son reveladas por las radiografías intraorales.
- 2.- Nos sirve para determinar las relaciones bucofaciales utilizando el método de las proyecciones ortogonales para establecer la posición de las mismas piezas dentarias con respecto a los tejidos craneofaciales. Estas radiografías pueden ser parciales o totales de la cabeza, las totales pueden ser de frente o de perfil y las parciales solo de los maxilares.



Las radiografías de frente o sea las tomadas con incidencias anteroposteriores sirven para determinar las anomalías de desarrollo del cráneo y de los maxilares, para el estudio de senos maxilares y frontales.

Empleando película de 24 x 30 cmts. y de acuerdo a la incidencia de los rayos, las radiografías intraorales pueden ser:

- a) Linguales
- b) Oclusales
- c) Costa Carelli

En las linguales el eje del diente y el plano de la película forzosamente han de formar un ángulo como ocurre generalmente.

Para los caninos la incidencia del haz de rayos debe ser perpendicular a la bisectriz del ángulo.

Tomando en cuenta esta incidencia, se obtienen las radiografías dentales que nos dan la imagen vestibulo-lingual de los dientes es decir como si el observador estuviera situado en el centro de la boca mirando hacia afuera.

Las oclusales se toman colocando la película en el plano de oclusión y haciendo incidir los rayos a manera que sigan el eje de los dientes.

De uso menos frecuentes que las inguales, se emplean -- para obtener las siluetas y la posición de los dientes según sus ejes verticales y con ellas se establece si las raíces -- son rectas o están en dilaceración sobre el plano horizontal, si el eje del diente sigue una dirección paralela, perpendicular u oblicua respecto al plano sagital, o si la retención o inclusión está más o menos cerca de la tabla externa o interna del máxilar.

De Costa Carelli.- Son usadas en caso de trismus o bien en casos en los cuales el paciente no puede abrir mucho la -- boca.

Se coloca la película en un plano oclusal y haciendo -- que los rayos incidan a la altura de los ápices con una angulación de  $45^{\circ}$  formando un triángulo isósceles con base en el haz de rayos y los otros dos lados por el eje longitudinal -- del diente y la imagen de la proyección que sobre la película está.

En esta forma se obtiene dentro del estudio radiográfico -- de un canino incluido el valor definitivo y de asegurarse su presencia y la localización exacta intraósea, y sirve para establecer el tratamiento quirúrgico adecuado para la abul- -- sión del diente incluido.

C A P I T U L O V I I  
\*\*\*\*\*

C A N I N O S I N C L U I D O S Y S U  
\*\*\*\*\*

T E J I D O C I R C U N D A N T E  
\*\*\*\*\*

C A P I T U L O   V I I  
C A N I N O S   I N C L U I D O S   Y   S U  
T E J I D O   C I R C U N D A N T E

Los resultados histológicos de varios dientes incluidos y que han sido reportados por LOGAN, estando dirigida principalmente su investigación a descubrir si las pulpas y los tejidos que la revisten se encuentran o no afectadas.

Partiendo de que la infección produce una reacción tisular característica llamada inflamación. Se hizo un estudio microscopico de las pulpas y los folículos dentarios de los dientes incluidos, para asegurar la ausencia o presencia de una reacción de este tipo.

De los hallazgos de estas piezas completamente incluidas, LOGAN llegó a la conclusión de que estos dientes representan una continuación del estado pre - eruptivo.

DEPOSITO DE CEMENTO EN LAS CORONAS DE LOS DIENTES  
INCLUIDOS.

Mientras que el epitelio del esmalte que cubre la corona de un diente incluido se encuentra intacto, el esmalte - - esta separado de el tejido conectivo del folículo del diente y no podra dar lugar a cambios de superficie.

Si el diente permanece incluido por un período de tiempo largo, el epitelio del esmalte podrá volverse atrofico y desaparecer. Entonces el tejido conectivo del folículo dental puede depositar cemento sobre la superficie del esmalte, frecuentemente este depósito de cemento se halla cerca de la unión cemento - esmalte.

#### REABSORCION DE DIENTES INCLUIDOS

Los procesos de reabsorción en la corona o la raíz del diente incluido son bastante comunes, su causa es desconocida la reabsorción del esmalte y la dentina es invariablemente -- seguida por un depósito de cemento sobre las superficies reabsorbidas y por un crecimiento del hueso. En casos avanzados de reabsorción la mayor parte de la estructura dentaria se encuentra reemplazada por hueso esponjoso y medula ósea, un -- exámen histológico revela únicamente islas dispersas de dentina en hueso.

En una radiografía un diente incluido reabsorbido tiene una apariencia típica en lugar de tener un contorno definitivo denso, la superficie aparece irregular y a veces faltan grandes porciones de corona y raíz, habiendo sido reemplazadas -- por tejido conectivo y hueso esponjoso. Este diente tiene -- una superficie áspera, erosionada, y sus defectos pueden tener aspecto de caries.

C A P I T U L O V I I I  
\*\*\*\*\*

C O M P L I C A C I O N E S D E B I D A S  
\*\*\*\*\*

A L A I N C L U S I O N  
\*\*\*\*\*

C A P I T U L O   V I I I  
C O M P L I C A C I O N E S   D E B I D A S  
A   L A   I N C L U S I O N

Sintomatología.- Los síntomas subjetivos que pueden ser causados por los dientes incluidos, se dividen en dos:

- a).- Los debidos a trastornos por presión
- b).- Aquéllos causados por infección.

Los caninos incluidos tienen una tendencia inherente a movilizarse en direcciones oclusales si encuentran como obstáculo otro diente causan presión sobre él produciendo a su vez dolor.

Un canino incluido al encontrar un filete nervioso y -- lastimarlo puede causar dolor de tipo neuralgico otros resultados de la presión provocada por un canino incluido puede -- manifestarse en cambios de alineación de los dientes vecinos en resorciones patológicas. de los mismos dientes adyacentes y estructuras óseas circundantes semejantes a las que se -- observan en quistes y tumores, el canino superior incluido -- puede presionar contra la raíz de un incisivo lateral aún del centro causando en ellos resorciones radiculares o cambios de posición.

Entre los procesos infecciosos encontramos: infección - mucosa abscesos alveolares agudos o crónicos, quistes osteitis supurativa crónica, necrosis y osteomielitis, la historia de estos casos en la de ataques repetidos intermitentes de dolor e inflamación, con alguna descarga de pus en los tejidos blandos circunvecinos al diente, el tejido blando sobre la corona se inflama y se vuelve doloroso; fiebre y linfadenitis suelen acompañar estos ataques revelando las radiográficas en -- algunos casos destrucción ósea.

El dolor puede reflejarse no únicamente en las áreas de distribución del nervio involucrado y en el plexo del nervio asociado sino también en regiones remotas reflejándose el dolor muchas veces al oído, pudiendo ser este ligero o localizado a la región inmediata a la pieza incluida o puede ser severo y a veces muy grave y agudo abarcando las dos arcadas en el lado afectado, el oído, el área post auricular o cualquier parte de la región inervada por el quinto par craneal, incluyendo esto dolor temporal.

El dolor puede ser intermitente constante o periódico, - de tipo neurálgico. intermitente trifacial que simula un tic doloroso distinguiéndose este tic, en que el dolor que aparece es grave, agudo, lancinante y repentino como resultado del contacto de una zona.



Que dispara y desencadena una reacción en la cara o el labio, diferenciándolo esto de otras neuralgias trifaciales.

#### OTRAS COMPLICACIONES

Los caninos incluidos son dientes colocados en mala posición y como tales son fuente potencial de varias complicaciones, las cuáles sin ser raras, son encontradas en menor frecuencia que las mencionadas anteriormente.

Se pueden presentar las siguientes manifestaciones: - - afecciones del ojo, sonidos molestos, zumbidos de oídos, opacidad de la visión ceguera iritis y dolor simulando al del -- Glaucoma.

La frecuencia con la que ocurren fracturas de la mandíbula a través de áreas ocupadas por dientes incluidos demuestran el factor debilitante de estos dientes a causa del desplazamiento del hueso.

Estudios encaminados a descubrir una relación etiológica entre la enfermedad mental y dientes incluidos, han sido inconclusos pero sin embargo todos los dientes incluidos deben ser eliminados en pacientes con enfermedades mentales.

En los alrededores de los dientes incluidos pueden aparecer tumores malignos.

Han llamado la atención la relativa frecuencia de piezas incluidas relacionadas a neoplasias, es objeto de discusión si el diente incluido es la causa del tumor; quizás - - ambas son manifestaciones coordinadas derivadas de la constitución individual. Esta posibilidad rara puede llevarnos a la decisión de descubrir ortodonticamente o extraer con mi--ras profilácticas todas estas piezas, puesto que generalizando estas enfermedades sólo pueden evitarse a través del co- -rrespondiente tratamiento temprano, si es que existe tal re-lación de causa a efecto.

La operación temprana puede también evitar que posteriormente en edad avanzada o bajo manifestaciones graves de alguna infección aguda, tenga que recurrirse al tratamiento.

CAPITULO IX  
\*\*\*\*\*

CONDUCTA DEL CIRUJANO  
\*\*\*\*\*

DENTISTA EN PRESENCIA  
\*\*\*\*\*

DE UN DIENTE INCLUIDO  
\*\*\*\*\*

## C A P I T U L O IX

### C O N D U C T A D E L C I R U J A N O D E N T I S T A E N P R E S E N C I A D E U N D I E N T E I N C L U I D O.

El cirujano dentista que se encuentra en presencia de un diente incluido, debera tener en cuenta antes de decidir la conducta a seguir, las siguientes consideraciones:

- a).- Si el diente incluido actúa en alguna forma contra la estética.
- b).- Si ha podido dar lugar a algún trastorno de origen infeccioso, nervioso o mecanico.

A.- Si el diente está en situación anómala colocado por fuera del arco dentario y contribuye a deformar las partes blandas vecinas. Si la ortodoncia no estuviera indicada habrá que decidirse por la extracción, o a veces por la del vecino. No siendo las circunstancias apuntadas, puesto que siempre se deberá proseguir un patrón establecido, sino empleando un criterio propio y adaptado al caso en especial, cuidando siempre tener mucha cautela. En efecto, si comprobamos la ausencia de uno o de los dos caninos permanentes, en un adulto que aún conserva los respectivos dientes caducos no debemos precipitarnos a extraer éstos si razones de orden patológico no nos lo indican.

En verdad, estos dientes temporales sin caries, sin -- procesos inflamatorios de vecindad con su raíz intacta o más- o menos reabsorvida pero firmes en su alveolo; pueden permane- cer en la boca durante muchos años y a veces indefinidamente- llenado a satisfacción las funciones tanto estéticas como -- fisiológicas.

B.- Si los dientes incluidos pertenecientes a cualquier grupo han provocado alguno de los trastornos a los que nos -- hemos referido, la indicación de la eliminación es absoluta, Más aún, si se trata de trastornos de orden nervioso cuya -- causa no se encuentra en ninguna otra parte del organismo, -- también está indicada la extracción de cualquier diente in- -- cluido por ser posible que sea el causante del fenómeno, pero si casualmente se descubre un diente incluido en cualquiera -- de los dos maxilares, en un sujeto que no padece trastornos -- de ninguna especie, debemos ser parcós en aconsejar su extrac- ción, aconsejando siempre que sea posible su rahabilitación -- por medios ortodónticos.

Eso sí, cuando hayamos descubierto un diente que no -- haya provocado accidente o trastorno alguno y al que por lo -- tanto hayamos resuelto conservar, debemos informar al pacien- te de su existencia y aconsejarle:

" LA TOMA PERIODICA DE RADIOGRAFIAS DE LA REGION, QUE -  
SI EN EL FUTURO EXPERIMENTA DOLORES LOCALES O IRRADIADOS, O -  
SI ES AFECTADO POR UNA NEURALGIA FACIAL APARENTEMENTE DE CAU-  
SA DESCONOCIDA SI EN POCAS PALABRAS LLEGA A SUFRIR TRASTORNOS  
DE CUALQUIER NATURALEZA, INFORME A SU MEDICO O CIRUJANO DEN--  
TISTA QUE TIENE UN DIENTE INCLUIDO Y QUIZA ESE SEA EL MOMENTO  
INDICADO PARA EXTRAERLO " .

C A P I T U L O X  
\*\*\*\*\*

T R A T A M I E N T O  
\*\*\*\*\*

CAPITULO X  
TRATAMIENTO  
GENERALIDADES A LOS TRATAMIENTOS  
ORTODONTICO Y QUIRURGICO

Existen ciertos pasos que se pueden adaptar en ambos - casos: El estudio clínico del paciente en el que seguiremos la conducta mencionada en capítulos anteriores.

Si no existen estados fisiopatológicos que puedan comprometer el éxito, se hará el estudio hematológico y cualquier otro análisis de laboratorio considerado necesario. Se le puede administrar al paciente una medicación ligeramente sedante, lo que nos permitira efectuar la intervención con la tranquilidad necesaria para obtener los mejores resultados.

Con toda intención dejaremos de lado las consideraciones referentes a la posición del enfermo, esterilización del instrumental que se ocupara, ayudantes, preparación de la mesa etc. Ya que el procedimiento a seguir en estos casos sera similar al de cualquier otra intervención de tipo quirurgico, que llegue a efectuarse en cavidad oral ademas de ser bien conocido por todos la rigurosidad que se requiere en algunas intervenciones y el elasticismo que se debe adoptar en otras.



Ya hemos hablado, en el capítulo referente a diagnóstico, de los distintos tipos de radiografías que existen para establecer con precisión el sitio o dirección que ocupa la -- inclusión así como también la distancia del tejido óseo que -- la separa de la encía.

Cuando el procedimiento quirúrgico sea para exponer la pieza con fines ortodónticos se insistirá que el examen radiográfico se efectúe con mayor detenimiento. La exactitud es -- más necesaria que cuando se va a eliminar el diente incluido, porque en este caso la intervención se hace con amplitud.

No es posible tampoco, pretender que el mismo tipo de incisión sirva para los dos casos, se recomienda seguir siempre -- un orden determinado.

Se aconseja que el paciente haga enjuagatorios ligeramente antisépticos. Al efectuar la anestesia de la zona a intervenir, es necesario adoptar las precauciones habituales, -- pincelación con alguna tintura, anestésico tópico, etc. -- Cuidando que la acción sea efectiva y profunda para no tener complicaciones durante la intervención.

Ya efectuado el bloqueo, se comprueba la insensibilidad de la zona a intervenir.

TECNICAS DE EXPOSICION QUIRURGICA PARA EL TRATAMIENTO  
CON FINES QUIRURGICOS

Hawley pugnó por el empleo de una placa de Vulcanita en el espacio en que ha de brotar un canino incluído. La presión correspondiente activa su erupción. Sin embargo este método es lento, por lo que el período de erupción sera demasiado largo.

Es necesario poner al descubierto la corona que ha de brotar a fin de que no exista hueso oclusal capaz de obstruirla. Sippel ha optado por mantener expuesta la corona dentaria por medio de excesivas intervenciones con el galvanocauterio, hasta que en su migración eruptiva, el diámetro mayor de la corona haya rebasado el obstáculo.

Monti: "sugiere una incisión en círculo completo coincidente lo más posible con la corona del canino incluído de una extensión mucosa y el levantamiento del periostio circunscrito en la incisión por medio de pequeñas legras; eliminando el colgajo se encuentra el tejido óseo si se trata de una retención ósea o bien se encuentra el diente si la inclusión es submucosa. En este momento suelen presentarse ligeras hemorragias que son en la mayoría de los casos detenidas por la presión digital ejercida en ese sitio por intermedio de un trozo de gasa esterilizada.

Se ha observado que las retenciones subgingivales, son las que generalmente producen una más intensa hemorragia; la razón es que la presencia de un diente debajo de la zona gingival y a veces perióstica, mientras el diente ha permanecido en "situ", una mayor afluencia sanguínea y hasta posiblemente una proliferación vascular, excitada en primer lugar por la presencia de la pieza dentaria y en segunda parte por el roce de los alimentos y la palpación repetida provocada por el mismo paciente que nota algo extraño que lo obliga a tratar de investigar cual es el motivo de la molestia.

Todo esto provoca una congestión y que se distingue como suele observarse en el exámen clínico por una coloración más intensa.

La forma de cohibir dicha hemorragia es ya por medio de taponamiento compresivo, adicionado de una substancia coagulante como el Cemento de Ward cuyas propiedades son: hemostático, analgésico y antiséptico; o bien por la cauterización o galvanocauterio; procedimientos que retardan la cicatrización de la brecha quirúrgica que justamente lo que interesa y que permite luego libremente la adaptación del aparato que completará la intervención llevando al canino incluido al sitio normalmente le corresponde en la arcada.

Si la retención es subgingival, se está ya en presencia del diente y para completar la intervención bastará con descubrir el resto de la porción coronaria que se considere necesaria, para lo cual es a veces imprescindible reseca y delgadas porciones de tejido óseo. Si la retención es intra ósea la intervención es un poco más complicada por que es necesario eliminar por una brecha reducida mayor cantidad de tejido óseo, se comenzará el tallado por el centro del tejido óseo expuesto. Porque si bien es cierto que ha tratado de situar previamente lo más exactamente posible el sitio y dirección de la retención mediante radiografías que por más fieles que sean, pueden inducirnos al error y la diferencia de uno o dos milímetros haciendo que se sacrifique una zona ósea más extensa innecesariamente.

Se efectua una "ventana" en la lámina ósea, llegando hasta el diente que se observa justamente en la zona y se extiende en la brecha hacia la parte que interesa, en muchos casos es menester ampliar también la abertura gingival lo que no constituye en modo alguno, una falta de técnica en el trazo inicial de la incisión. El tallado de todo el tejido óseo que cubre al diente incluido es necesario hacerlo sin presipitaciones y despejando el campo operatorio de las esquirlas y sangre que dificulten su visión.

Si se observa que la perforación media coincide con el centro de la corona del diente incluido, se efectúan cuatro perforaciones equidistantes, y luego, merced a pequeños golpes de cincel, o por medio de fresas se unen entre sí levantando en esta forma una zona ósea más extensa, en menor tiempo y con menor molestia para el paciente.

Para lograr que la corona que está fuera de alineación, ofrezca asidera para mover el diente a su posición, se han -- propuesto varios métodos que incluyen bandas, pernos o tornillos cementados a un ojillo de ligadura de latón que abrace -- la corona. Taylor es partidario de este último procedimiento se limpia el diente y se seca con algodón, se le cubre con -- una capa abundante de cemento negro de cobre y se inserta en -- éste el tallo retorcido del ojillo, que se mantiene en posi-- ción hasta que ha fraguado el cemento.

En otra sección se pasa una ligadura por el ojillo, y -- se inserta un dispositivo ortódontico para lograr el movimien-- to del diente.

Strock, sigue la siguiente técnica para movilizar pie-- zas incluidas: "Expuesta la corona, se establece a su alrede-- dor una cavidad macriforme ( en forma de ortesa. ) incidien-- do la porción del saco del folículo dentario.

Para lo cual se emplean cucharillas y limas periodónticas hasta que se alcanza la unión cemento-esmalte". Debe poderse pasar una cucharilla delgada sin forzarla, alrededor del diente expuesto en todas direcciones.

Se seca la corona expuesta y la cavidad macetriforme. Se elige una forma coronaria de celuloide y se conforma con alicates calientes de distender bandas hasta que el cuello de la misma tenga la latitud máxima de la forma a que pertenece.

Se corta dicho cuello para ajustarla al contorno de la corona dentaria. Se adapta la forma coronaria con objeto de que ajuste suavemente a la corona con fines retentivos aunque la forma coronaria no necesita ajustarse a toda la longitud de la corona del diente.

Se estiriza la forma vertiéndole agua hirviente y sumergiendola en tintura de yodo, se llena de un cemento y de una solución ligeramente antiséptica, se coloca sobre la corona del diente expuesto y se deja en posición de siete a diez días. Puede emplearse la misma forma durante todo el tratamiento.

Moyers, recomienda abrazar a ligar el diente descubier-  
to con ligadura de alambre. Se hace un arillo de alambre del-  
.014" de acero y se lleva alrededor del tercio cervical del--  
canino, permitiendo que los extremos libres de la ligadura se  
extienda hacia afuera de la incisión, el colgajo que se va a  
s turar se perfora, pasando a través de esta perforación el -  
alambre que se dobla alrededor del cuello del incisivo late--  
ral o primer bicúspide.

La ligadura de acero se usa para aplicar tracción a la  
pieza incluida, amarrando el alambre a un arco labial ligero,  
o a un resorte auxiliar que proviene de un arco lingual. Esta  
técnica fue sugerida primeramente por el Dr. Harry Leslie.

Según su experiencia, Fastlicht indica: "Previo a la -  
intervención quirúrgica se construya un arco lingual usando  
como anclaje los molares de los seis años, arco que básica- -  
mente servirá en esta fase del tratamiento para retener el --  
wonderpack por el mayor tiempo posible, con objeto de conser-  
var descubierta el área operada y evitar que el tejido cic--  
trizal cubra la pieza descubierta.

Se coloca la pasta de wonder-pack (mezcla en forma espe  
sa y cremosa) sobre la herida y diente recién descubierta y -  
se fija en el arco lingual que atravieza la zona operada.

Este arco lingual ha sido modificado soldándole un pequeño brazo en el lugar que corresponde al canino expuesto, - permitiendo que el wonder-pack se detenga hasta por varias - semanas, tiempo suficiente para la formación de tejidos nuevos alrededor del diente recién descubierto, evitando molestias debidas al desprendimiento de éste.

El mismo procedimiento se puede aplicar al arco labial si el diente incluido se encuentra en la región vestibular.

Se recomienda al paciente, evitar durante los primeros días los alimentos duros y en caso de desprendimiento de parte o de la totalidad de cemento medicamentoso, acudir a la colocación de un nuevo aposito. Si resiste los primeros - - ocho días (lo que ocurre con bastante frecuencia) entonces - la herida descubierta está exenta de complicaciones y molestias. El tiempo que permaneciera el aposito en su lugar dependera del criterio del operador.

Una vez concluido el tratamiento quirúrgico se deja a la naturaleza que haga el resto, es decir la erupción del -- canino después de haber suprimido los obstáculos. El canino incluido puede hacer pronto su aparición en la región palatina, aunque a veces tarde una semana o varios meses.



Esto no debe impacientar al operador, aunque preocupe - al paciente.

Sin embargo, es a veces necesaria una segunda intervención, pasados unos meses, si la mucosa llega a cubrir nuevamente la pieza incluida que por su profundidad o posición no ha podido avanzar hacia el exterior.

Pasadas varias semanas, se procede a tomar la impresión del diente o segmento que se asome y se construye el modelo - en amalgama de cobre, o kriptex para después modelar en cera el casquete, que sera de oro platinado de preferencia, pues - debe ser rígido, muy delgado y ligero. Al casquete hecho en cera, se le modela un pequeño aditamento en forma de anillo o de asa, según el lugar, dirección y posición del diente semi-incluido y la tracción que tengamos que hacer.

Estos pequeños casquetes de coronitas ya cementados, -- son muy efectivos y rara vez se desprenden, es tan buena su adherencia que a veces es necesario cortarlos, pues no cede a la presión de un instrumento cuando llega el tiempo de substituir el casquete por una banda. Se han presentado algunas objeciones a que este casquete se desprenda fácilmente, subsanándose esta posible deficiencia si se observan los siguientes pasos en la cementación.

Aislada la pieza se seca con aire caliente, se bate el cemento a consistencia cremosa, se coloca el casquete en su sitio, y se mantiene en él con al ayuda de un instrumento caliente por unos cuantos minutos permitiendo la aceleración -- del fraguado del cemento. El instrumento debe ser romo y -- ancho de preferencia para que no deslice.

En la construcción del arco lingual debe tenerse muy en cuenta la posición probable del canino o caninos por descubrir, de modo que libre la salida del diente y de ninguna manera obstruccion e o estorbe su evolución.

Transcurridas las primeras semanas, después de la inter vención y en caso de que el arco atraviere el lugar en que se encuentra el diente descubierto, deberá hacerse un nuevo arco evitándole al paciente molestias innecesarias por falta de -- Wonder-Pack, cuyo uso se considera de vital importancia.

Para llevar el diente de la región palatina a la vestibular se emplea un resorte metálico, elástico de hule, haciendo la tracción del casquete hacia el arco labial, éste se -- construye con alambre redondo del 0.36 y se fija en los túbulos redondos soldados en las bandas de los primeros molares-- permanentes.

En los mismos molares se fija en la región palatina el arco lingual.

Ya expuesta la corona, se lleva al espacio previamente-preparado para ella, espacio que será calculado midiendo el canino del lado opuesto ó usando la tabla del promedio de diámetro, siempre y cuando los demás dientes sean uniformes en su tamaño.

En algunos otros casos, la expansión de la maxila proporciona el espacio necesario, solo cuando se trata de un enfermo adulto y en el cual esta contraindicada la expansión la extracción del primer molar podra resolver el problema de espacio.

Hay que considerar que la excesiva presión causada por el prolongado uso de aparatos ortodónticos puede propiciar problemas de desalojamiento o la resorción de las raices de los dientes vecinos.

Se han desechado por ser mutilantes las tecnicas tanto Europea como Americana, en las cuáles se emplea un pivote ó gancho fijado al diente pro medio de cemento, previa perforación en el borde del canino recién descubierto.

Anestesia o Bloqueo.- Como en cualquier intervención -- quirurgica el bloquo es fundamental. La anestesia debe preever el tiempo de duración de la operación. Es importante el - empleo de un anestésico base, administrandole al paciente un- barbitúrico.

Utilizaremos: el bloqueo al agujero infraorbitario, blo- queo por infiltración a nivel del agujero palatino anterior y agujeros palatinos posteriores.

#### DEBRIDACION DEL COLGAJO.

Para la extracción del canino es necesario el desprendi- miento de la fibromucosa palatina.

El desprendimiento de este colgajo se realiza con un- - instrumento romo (espátula de Freer o peristotomo).

Este instrumento se introduce entre la arcada dentaria- y la encia, se desprende la fibromucosa hasta dejar al descu- bierto el hueso del paladar. Todo esto se debera realizar -- por medio de pequeños movimientos, sin herir ni desgarrar la- encia.

Los límites del desprendimiento van a ser: De la cara- distal del primer molar a la cara distal del primer molar del lado opuesto.

Es conveniente despues de desprendido el tejido fibro--mucoso o palatino tomarlo y fijarlo, para mantenerlo inmóvil--durante el transcurso de la intervención. Se pasa un hilo de sutura atravéz de la fibromucosa de preferencia a nivel de la lengüeta gingival, a la altura del agujero palatino anterior.

El hilo se anuda en los molares, se cohibe la hemorra--gia ósea ó de los vasos palatinos, para poder tener una vi--sión correcta.

Es importante mantener húmedo el colgajo durante la ope--ración, esto se hara por medio de pequeñas compresas empapa--das con suero fisiológico.

#### OSTEOTOMIA

Para la eliminación del hueso que se encuentra cubrien--do al canino incluido, el cirujano dentista puede valerse de--varios métodos, pero lo fundamental es evitar las molestias --que pudiera sentir el paciente.

Los instrumentos utilizados para tal fin son; la fresa--quirurgica y el escoplo.

Es importante especificar la cantidad de hueso que ha --de eliminarse.

En la osteotomía deben de quedar ampliamente descubiertos toda la corona y parte de la raíz, pues se sabe que el principal obstáculo en la extracción de un canino incluido reside en la corona y no en la raíz.

La osteotomía debe descubrir toda la corona, especialmente a nivel de la cúspide del diente y en una anchura equivalente al mayor diámetro de la corona, para que éste se pueda eliminar de la cavidad ósea, sin tropiezos y sin traumatismos.

Según la inclinación del canino se exigirá mayor o menor sacrificio del hueso a nivel de su parte radicular. Por lo general es suficiente descubrir el tercio cervical de la raíz. Con el método de Odontosección la cantidad de osteotomía está reducida.

#### USO DE LA FRESA

La fresa es el instrumento de nuestra preferencia, ya que elimina y limpia rápidamente la zona que requerimos.

Localizada previamente la corona se pasara a la eliminación de hueso por medio de pequeñas fresas de bola Núm. 4 y 5 se hacen pequeños orificios, circundando la corona y primer tercio radicular, los orificios realizados por la fresa se unen entre sí, seccionando el hueso que los separa con una fresa de fisura fina Número 568 ó con un escoplo.

## EL USO DEL ESCOPLA

Se emplea un escoplo recto. angulado ó de media caña, - se aplica verticalmente y se elimina el hueso en pequeños - - trozos.

Cuando la corona del canino es muy superficial y el hueso que lo cubre papiriceo, puede esto ser eliminado por una fresa de bola grande 8 ó 9, ó por medio del escoplo que en -- estas condiciones puede ser usado bajo presión manual.

Hay que hacer notar que durante el uso de fresas es necesario el cambio continuo de estas porque el embotarse con - los restos óseos y la sangre, bruñen el hueso y lo calientan, es necesario irrigar el hueso con suero fisiológico tibio.

El empleo de fresas de carburo y alta velocidad hacen - más fácil nuestra tarea, pero se corre el peligro de sobrecalentar el hueso por el uso de la alta velocidad por lo que se recomienda la utilización de la baja velocidad.

### REMOCION DEL TEJIDO CIRCUNDANTE

Después de realizada la osteotomía en la región del - - canino incluido se procede a eliminar el hueso circundante -- para facilitar la remoción del diente.

La cantidad de hueso que deberá de ser eliminado a un diente incluido o a un diente que no ha hecho erupción y que debe de ser extraído, depende del tipo de inclusión, posición del diente y tamaño.

Se deberá remover suficiente hueso para permitir levantar al diente de su cripta, sin la necesidad de grandes presiones, el uso de fuerzas excesivas en un intento por movilizar el canino incluido, a través de traumatismos óseos, puede dar como resultado fracturas. Nunca se tratará de removerlo a través de una pequeña abertura. Si es que no ocurre una fractura ocurrirá trauma excesivo que aumentará las complicaciones post-operatorias.

#### EXTRACCION DEL CANINO

Esta parte de la operación exige criterio, habilidad y firmeza, para no traumatizar o luxar los dientes vecinos o fracturar las paredes alveolares.

Esta maniobra sólo se podrá realizar por medio de palancas que apoyadas en el hueso vecino más solido elevarán al diente siguiendo la cresta ósea creada.

Existen algunos casos en que el diente esté dirigido en un sentido próximo al vertical.



En tal posición, se crea un espacio con fresas alrededor de la corona del canino y siempre que la cúspido no se encuentre enclaustrada, puede ser extraído con un elevador recto, introducido entre la corona del diente y la pared ósea contigua.

Con movimientos de rotación se introduce el instrumento, con lo cual se consigue suprimir al diente cierto grado de luxación. La extracción en tales casos, se termina tomando al diente a nivel del cuello (en casos accesibles) con una pinza de premolares superiores y ejerciendo suaves movimientos de rotación y tracción en dirección al eje del diente. Dificultades a estos movimientos significan dilaceración radicular. Hay que ser en estas circunstancias, muy cuidadosos en el esfuerzo empleado por los peligros de fractura de un apice dilacerado, cuya eliminación es muy difícil. Un procedimiento sencillo rápido y elegante es la aplicación del método de odontosección.

#### ODONTOSECCION

La odontosección puede realizarse con dos instrumentos, fresa y escoplos. El uso de la fresa, exige como condición necesaria una perfecta visión del diente y su fácil acceso. La osteotomía y la eliminación de tejido circundante lo habrá logrado.

El diente debe de ser cortado a nivel de su cuello, con fresa de fisura número 702 ó 560 siendo el corte perpendicular al eje mayor del diente.

Si la región cervical no es accesible, habrá que cortar el diente a nivel de su corona, para ésto, es necesario desgastar previamente el esmalte con una piedra de diamante para permitir la introducción de la fresa.

Seccionado el diente, se introduce un elevador recto en el espacio creado por la fresa y se imprime al instrumento un movimiento rotatorio, con el cual se logra separar definitivamente raíz y corona, si aún quedan unidas por algún trozo dentario y dar a la corona cierto grado de movilidad, luego aplicado el elevador a nivel de la cuspide del canino, se dirige la corona en dirección al ápice, aprovechando el espacio creado por la fresa de fisura. Con ésto se logra desconectar la cuspide de su alojamiento óseo.

#### EXTRACCION DE LA RAIZ

Eliminada la corona hay un amplio espacio para dirigir la raíz hacia la cavidad ósea vecina, siendo la luxación de la raíz a expensas de la "elasticidad" de la proporción ósea del paladar que la recubre, esta elasticidad se puede considerar de valor cero.

Cuando la resistencia del hueso es escasa puede luxarse la raíz introduciendo el mismo elevador angular que se uso -- para la corona, entre la pared radicular que mira a la línea-media y el hueso adyacente y dirigiendo la raíz hacia abajo y hacia la línea media.

En estas condiciones es útil practicar con una fresa -- redonda, un orificio en la bóveda ósea que llegue hasta la -- raíz, en la cual se mete el elevador fino y se dirige hacia -- el espacio vecino, también puede practicarse, con una fresa -- redonda, un orificio en la raíz, en el cual se introduce un -- elevador, llevando la raíz hacia el espacio de la corona, si -- después de recorrer un trecho se nota una nueva sensación de -- resistencia, deberá hacerse una nueva sección de la raíz con -- la fresa o escoplo, que permitira vencer el acomodamiento y -- eliminar la porción radicular.

El uso del escoplo es relativo, ya que debemos tener en cuenta la posición del canino, por encontrarse tan cerca del -- seno por una delgada porción de hueso y en algunos casos úni -- camente por el epitelio ciliado que recubre al seno maxilar -- por esta razón la posibilidad de forzar la raíz del canino en -- el seno maxilar durante la remoción seccional de un canino -- siempre estará presente.

## REMOCIÓN DEL FOLÍCULO DENTARIO

Extraído el diente, debe inspeccionarse cuidadosamente la cavidad ósea y extraer esquirlas de hueso y diente que puedan quedar y eliminar el folículo dentario perfectamente bien, porque puede producir problemas de tipo infeccioso, tu moral ( Ameloblastoma ).

## TOALLETE DE LA CAVIDAD

Es necesario y muy importante esta medida, ya que su omisión puede producirnos problemas infecciosos. Los bordes óseos agudos y prominentes deben ser alisados con fresas redondas, limas o escofinas para hueso, procurando dejar tersos los bordes de la cavidad y eliminar las pequeñas esquirlas de hueso o diente que pudieran haber quedado durante la intervención, deberá lavarse la cavidad con suero fisiológico, si la cavidad es muy grande se puede llenar con cemento quirúrgico que es absorbible para evitar molestias posteriores, se podrá usar un vehículo graso (vidaseptal), ya que las terminaciones nerviosas quedan al descubierto.

## PLANCHADO DEL COLGAJO

El planchado del colgajo deberá ser con mucho cuidado, tratando de evitar que puedan quedar pequeñas bolsas de aire.

Para lo cual se utilizan torundas de gasay se plancha el paladar, readaptándolo perfectamente, de manera que las lenguetas interdientarias ocupen su normal ubicación.

Sólo en caso de que existieran zonas desdentadas se darán algunos puntos aislados de sutura.

En el tratamiento post-operatorio debemos tener en cuenta que debido al traumatismo que pudo haber existido durante la intervención puede presentarse una inflamación, alguna - - hemorragia o dolor.

..CAPITULO XI..  
\*\*\*\*\*

CUIDADO O TRATAMIENTO  
\*\*\*\*\*

POST - OPERATORIO  
\*\*\*\*\*

C A P I T U L O   X I  
C U I D A D O S   O   T R A T A M I E N T O  
P O S T   -   O P E R A T O R I O

En el tratamiento post-operatorio debemos tener en cuenta que debido al traumatismo que pudo haber existido durante la intervención, puede presentarse una inflamación, alguna hemorragia o dolor. Por lo tanto es conveniente administrarle al paciente analgésicos, antibióticos, antiinflamatorios y hemostáticos.

También se tendrá que citar al paciente 24 horas después de la intervención para hacer una revisión de sus heridas ya que algunas ocasiones, puede desprenderse o abolsarse el tejido fibro-mucoso por no haber sido planchado y adosado perfectamente al hueso. Se tendrá en cuenta que el paciente deberá tener durante 48 horas una alimentación a base de alimentos suaves, de preferencia líquidos los cuales tomara de ser posible con popotes.

Transcurridas 72 horas deberá hacerse otra cita, en la cual el cirujano tomará algunas placas radiográficas para tener un perfecto control de la neoformación de hueso.

Si durante la intervención se tuvo la necesidad de utilizar algunos puntos de sutura, sera este el momento de retirarlos y colocar algunos "toques" con una solución desinfectante (violeta de genciana, verde brillante etc.).

Si por medio de un chequeo radiográfico se observa que la cicatrización esta ya completamente formada, se podra - - entonces proceder al tratamiento protésico que corresponda y- que sea el mas conveniente para el paciente.



..C O N C L U S I O N E S ..  
\*\*\*\*\*

## CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que he llegado a travez de este estudio son las de: ¿ Cuando debemos retirar los caninos - - incluidos, de la zona afectada? es decir que debemos buscar el momento preciso, para realizar dicho tratamiento, así - - como el porque del mismo.

Para lo cual, tomaremos como base los puntos siguien--tes, y las indi caciones que requiera cada caso en especial, - un canino incluido, debera ser retirado de su nicho cuando - tenga ó presente las características siguientes:

- A).- Cuando cause resorción en los dientes vecinos.
- B).- Cuando lastime una terminación nerviosa, causando dolor de tipo meuralgico.
- C).- Cuando por presión, cause desviación del curso -- normal de los demas dientes de la arcada.
- D).- Cuando cauce algun proceso infeccioso tal como:
  - a).- Infección Mucosa.
  - b).- Abcesos alveolares, ya que son estos agudos ó cronicos.
  - c).- Osteitis Supurativa Cronica.
  - d).- Osteomielitis.
- E).- Cuando cause resorción ósea.
- F).- Cuando cause inflamación y dolor acompañadas por fiebre y Linfadenitis.

- G).- Cuando provoque molestias, tales como sumbidos en los oídos, opacidad de la visión, afecciones del ojo.
- H).- Cuando por el desplazamiento del hueso, se corra el peligro de debilitar la mandíbula y provocar una fractura.
- I).- Cuando se sospeche de una infección, alrededor -- del canino incluído y evitar que esta sea degenerativa ó maligna.
- J).- Cuando no se pueda habilitar al canino incluído - por medios ortodónticos.
- K).- Cuando dicho diente, no recibió tratamiento a - - edad temprana y manifieste alguna infección aguda.

B I B L I O G R A F I A  
\*\*\*\*\*

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL - GUSTAVO O. KRUGER

4a Edición - Editorial Interamericana

PP .- 85 - 88

CIRUGIA BUCAL - G. A. RIES CENTENO

7a Edición - PP.- 308 - 335.

CIRUGIA ODONTO - MAXILAR - DURANTE AVELLANAL

2a Parte - PP. 57 - 95.

PATOLOGIA Y CLINICA ODONTOLOGICAS - COLYER J.F.

PP.- 24 - 40

ODONTOLOGIA PARA NIÑOS - BRAUER JOHU CH.

4a Edición - Editorial Mundi

PP.- 109 - 124

DICCIONARIO ODONTOLOGICO - DURANTE AVELLANAL.

PP.- 246 - 260

DICCIONARIO ILUSTRADO DE LA LENGUA ESPAÑOLA - ARISTOS

Editorial Ramón Sopena.

CANINOS SUPERIORES PERMANENTES EN ORTODONCIA - FINO CHETE M.

Buenos Aires - 1964.

GRACIAS A DIOS:

GRACIAS TE DOY SEÑOR POR PERMITIRME  
LLEGAR A CUMPLIR UNO DE MIS MAS - -  
CAROS ANHELOS, POR LA FE QUE PUSE -  
EN TI Y PORQUE NUNCA ME FALLASTE --  
AUN CUANDO EL CAMINO SE TORNO DIFI-  
CIL.

PORQUE CUANDO ME SENTI EN LA SOLE--  
DAD SIEMPRE ME ACOMPAÑASTE Y LLENASTE  
DE CONFIANZA.

SIEMPRE ESTUVISTE A MI LADO EN LA -  
LUCHA POR LLEGAR A SER LO QUE AHORA  
SOY.

BENDITO SEAS SEÑOR JESUCRISTO POR -  
CONCEDERME EL LUGAR QUE AHORA TENGO.

249

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PRINCIPALES ENFERMEDADES QUE TIENEN SUS  
MANIFESTACIONES EN CAVIDAD BUCAL

(ESTOMATOLOGÍA)

TESIS PROFESIONAL

P R E S E N T A

JUAN B. JARQUÍN A.



MÉXICO, D.F.

1982.

## I N D I C E

INTRODUCCION:

NOMBRE DE LAS DIFERENTES ENFERMEDADES:

HERPES SIMPLE.

ESTOMATITIS CATARRAL.

ESTOMATITIS ERITEMATOPULTACEAS.

MUGUET.

ESTOMATITIS AFTOSA.

ANEMIA PERNICIOSA.

ANEMIA APLASTICA.

ESTOMATITIS ULCEROMEMBRANOSA.

PERLECHE.

HERPANGINA.

ULCERA AFTOSA MAYOR.

ZOSTER.

SARAMPION.



GINGIVITIS CRONICA.

ULCERA TRAUMATICA.

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

La inspección de la cavidad bucal y sus órganos constituye una de las maniobras diagnósticas rutinarias. va -- que sabemos que una gran cantidad de -- enfermedades generales se manifiestan -- por fenómenos bien definidos a este nivel. Pero mientras que las alteracio -- nes provocadas por las enfermedades en la mucosa de la lengua y de la boca -- son bien conocidas y difícilmente pa -- san inadvertidas en una inspección minuciosa, proporcionando importantes indicaciones y maxilares no encuentran -- siempre la consideración debida, aun -- que pueden ser la clave del diagnósti -- co y reflejar el momento en que se presenta la enfermedad general.

## HERPES SIMPLES

### (FUEGO, HERPES FEBRIL)

#### AGENTE CAUSAL:

El virus del Herpes Simple, es el prototipo del grupo de virus, del Herpes, y -- que tiene morfología semejante al de la varicela.

Aunque algunos investigadores creen, -- que es ocasionado por un virus, llamado de "SALIDA" VIRUS OPORTUNISTA, que todo ser humano lleva desde los primeros momentos de -- su nacimiento, viviendo en forma latente en individuos sanos.

#### TRANSMISION:

El virus se encuentra en las vesículas -- pero se cree que se encuentra en forma latente en el organismo y aparece y se desarrolla cuando se debilitan sus condiciones inmunológicas. Ejem. Fiebre, Dermatitis solar, Menstruación, factores emocionales, Extracciones dentarias, pulpitis etc.

#### ANATOMIA PATOLOGICA:

El virus se encuentra en forma latente -- en el organismo, y puede causar diversas entidades clínicas, según que la infección recurrente hay algo de inmunidad parcial, En -- cambio según parece, las infecciones prima --

rias pueden tener distribución general y ser graves.

En cambio rara vez tienen importancia.

Se cree que como el virus está difundido en toda la población general, la mayor parte de las personas se han expuesto y poseen algo de inmunidad parcial.

#### LOCALIZACION:

Pueden aparecer las lesiones en cualquier sitio del cuerpo; por lo regular aparecen las lesiones principalmente en: Labios, Mucosa oral, Parte lateral de la lengua y en Regiones Genitales.

#### FORMA:

Se encuentra formado por una erupción de vesículas del tamaño de la cabeza de un alfiler, transparente, rodeada de un Halo eritematoso. Agrupadas una al lado de otras, en número variado, para formar una especie de ramillete.

#### CUADRO CLINICO:

Las vesículas que pronto se romen y de cuyo líquido, transparente y abundante se forman costras amarillentas, adherentes, y capaces de supurar. Todo esto va acompañado de sensación de quemadura, ardor, dolor, prurito, ti

rantéz, rodeado y limitada por bordes en sacado con un fondo liso rosáceo. Es una enfermedad autolimitable y entre 6 y 12 días han desaparecido las lesiones; dejando apenas una ligera marca que más tarde desaparecen en forma espontánea.

Algunas veces la erosión puede infectarse-excavarse y acompañarse de una Adenopatía inflamatoria dolorosa.

El virus no deja inmunidad, de ahí que el Herpes Simple puede volver a presentarse, muchas veces en el mismo sitio o en diferentes lugares.

#### **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:**

La vesícula guarda gran semejanza con la observada en la varisela el Herpes Zoster y el Zona.

#### **COMPLICACIONES:**

Las principales complicaciones pueden ser/ La Meningo Encefalitis y la Eccema Herpético.

#### **TRATAMIENTO:**

Cuando las lesiones están en plena actividad puede ser útil la aplicación de polvos secantes a base de Oxido de Zinc.

Para las molestias, aplicar analgésico.-

Los antibióticos, antihistamínico y vitaminas algunas veces dan resultado.

Como el Herpes es benigno y cura espontáneamente en plazo de algunos días. Algunos médicos consideran que la terapéutica se reduce a pocas cosas ya que basta con simples fomentos con suero fisiológico tibio.

Los córticos esteroides por cualquier día está contraindicado. Pues se ha señalado diseminación a pulmón y a meninges, muchos de ellos de extrema gravedad.

#### DIFERENTES CLASES DE HERPES

Existe Herpes residivantes que se producen siempre en el mismo territorio a intervalos más o menos regulares.

- a) Herpes residivantes cataminal de los labios.
- b) Herpes residivantes bucal de Fournier: Sobre parte lateral de la lengua.

Hay algunos Herpes sin vesículas; éste Herpes es heritematopapuloso, insensible, eritematoso, sin edema ni infiltración dérmica. La lesión se reduce simplemente a una mancha eritematosa.

A veces el Herpes no vesiculoso es edematoso, el edema invade ampliamente la dermis y la hipodermis, produciendo una tumefacción en toda una región.

Finalmente parece existir, formas aún --  
más degradadas, sin eritema, sin infiltración--  
ni edema rebelable, en una palabra; sin s<sup>í</sup>ntomas  
cutáneos objetivos, reduciendo a trasfor-  
nos sensitivos, subjetivos, formas que podría  
dominarse, formas sensitivas, pruriginosas, -  
dolores, neurálgicas.

## ESTOMATITIS CATARRAL

### AGENTE CAUSAL:

Puede estar causada por gérmenes, ya sea por estreptococos, estafilococos, enterococos etc. O por agentes secundarios a una infección de vecindad o general.

### TRANSMISION:

El microbio no es transmisible, pero sí puede contribuir diversos factores para que se desarrolle la enfermedad, como el mal estado de la boca, falta de nutrición.

### LOCALIZACION:

Puede localizarse en toda la mucosa bucal, principalmente en encías, papilas intermedias, cuello de los dientes, feston gingival.

### ANATOMIA PATOLOGICA:

Hay una congestión simple de la encía con enrojecimiento difuso de la mucosa bucal. formándose en algunos casos edema submucoso en la forma hipertrófica, las muco-



sas de las papilas interdientarias están engrosadas tumefactas y proliferativas.

#### **CUADRO CLINICO:**

Se inicia por una congestión simple de la mucosa que se presenta enrojecida, tumefacta, cubierto de un exudado blanquecino amodo de tenues velos, seca, brillante, con sensación de calor, que sangran con facilidad, que en algunas ocasiones puede haber dolor, provocados por alimentos calientes o fríos. Pudiendo haber también hemorragias gingivales y edemas submucosos.

En la variedad hipertrófica, la mucosa especialmente la de las papilas interdientarias, están engrosadas, tumefactas y proliferantes, si el trastorno es muy acentuado, los dientes aparecen como incluidos en la encía.

Por lo general todos estos síntomas y signos son benignos. Pero en algunos casos se agudiza y pasa a la forma crónica que nos conduce a una parodontitis.

#### **COMPLICACION: PARODONTITIS.**

**TRATAMIENTO.**— Por lo general se cura espontáneamente; limpieza cuidadosa de boca (extracción de raigones, Vitaminas principalmente AC. Ascórbico y Complejo B.

## ESTOMATITIS ERITEMATOPULTACEA

### AGENTE CAUSAL:

Puede estar causado por diversos microbios tales como estreptococos, estafilococ~~os~~ enterococos o por una infección vecina.

### TRANSMISION:

No es transmisible, pero si, puede contribuir diversos factores, para su desarrollo. Ejem., estado de boca, nutrición etc.

### ANATOMIA PATOLOGICA:

Caracterizada anatómicamente por congestión, con edema de la dermis, con descamación exagerada del epitelio que forma los revestimientos pultáceos.

Hay un ribete grisáceo sobre las encías, en festón, en cuello de dientes lo mismo que alrededor de las raíces.

Estas lesiones son más o menos extensas llegando a curarse en un tiempo corto o complicarse y pasar a la fase siguiente como es la estomatitis ulcerosa.

### LOCALIZACION:

Se localizan las lesiones en encías, en el festón, cuello de los dientes, alrededor de las raíces dentarias, borde de la lengua-cara interna de la mejilla en relación con la línea de oclusión con los dientes, en cara interna de los labios etc.

#### FORMA:

Son lesiones extensas de diferentes formas.

#### CUADRO CLINICO:

Se presenta en forma de congestión y edema de la dermis, con descamación exagerada del epitelio que forma el revestimiento pul-táceos sobre los bordes de la lengua o cara-interna de las mejillas.

Habiendo un ribete grisáceo sobre las encías, en festón, en cuello del diente y alrededor de la encía. Encontrándose los signos funcionales más acentuados, como es aliento fétido, inapetencia con ligero malestar general. Esta fase es corta y tiende a la curación, si se complica pasa a la siguiente fase que es la estomatitis ulcerosa.

#### TRATAMIENTO:

Es un tratamiento que tiende a curarse espontáneamente.

Higiene bucal.

Vitaminas.

Analgésico.

MUGUET  
(ALGODONCILLO)

AGENTE CAUSAL:  
CANDIDA ALBICANS (Hongos)

TRANSMISION:

Por contaminación de pezones artificiales, por ropa personal o de cama.

La frecuencia de la infección es bastante mayor en los niños nacidos de mujeres -- que padecen de vaginitis moniliásica, y en adultos, con in~~mu~~no su presión y en los que toman: Esteroides, antibióticos durante largo tiempo.

ANATOMIA PATOLOGICA:

Las lesiones producen placas, múltiples blancas, adherentes semejantes a cuajo, distribuida y regularmente en la mucosa bucal. Al quitar estas placas queda una superfi -- cie sangrante desnuda, produciendo una in -- flamación, dolor, ardor y grieta en la comisura labial.

LOCALIZACION:

Puede aparecer en diversas partes de la mucosa bucal. Extendiéndose principalmente por delante: Hasta las comisuras bucales, (Boqueras) y por detrás: Hasta la pared posterior de la faringe y esófago e inclusive hasta el estómago.

#### FORMA:

Placas de formas irregulares cubiertas de una membrana blanca.

Otras veces se presentan en forma de colonias blancas cremosas, aisladas de diversos tamaños.

#### CUADRO CLINICO:

Es una de las micosis más frecuentes de la boca. Apareciendo principalmente en la infancia, aunque puede atacar adultos, sobre todo a los debilitados, diabéticos o ancianos desnutridos.

Las lesiones consisten en placas de forma irregulares, cubiertas de una membrana blanca. Se adhieren firmemente infiltrándose el micelio dentro de la mucosa, sangrando al tratar de extraerlas. Produciendo dolor, ardor, inflamación y grietas de la comisura labial y de las costras de los labios.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Se diferencia de: Difteria, Leucoplasia, Líquen plano etc.

## COMPLICACION:

Existen algunas complicaciones tales como la Moniliasis crónica (Granuloma Moniliásico)

## TRATAMIENTO:

Lavado con solución de bicarbonato de sosa, pincelaciones con borato de sosa (4 g.) y glicerina (20 gr.) mycostantin que se aplica directamente a dosis de 100 000 a -- 400 000 U. 4 veces al día durante una o dos semanas.

Anfotericina B "fungisone".  
Vitaminas (Complejo B,C )





Otro factor desencadenante con respecto a la transmisión son los factores endócrinas-factor psíquico, factor alérgico etc.

#### **ANATOMIA PATOLOGICA:**

Es una lesión frecuente de la mucosa bucal, que afecta a individuos de diversas edades y se caracteriza por la aparición de úlceras redondas deprimidas, consistente en una porción central de color rojo grisáceo de bordes elevados. Con edemas generalizados de cavidad bucal especialmente de la lengua.

#### **FORMA:**

Úlcera lisa, poco escavada lenticulares, redondas u ovaladas con bordes elevados, con un diámetro no mayor de 5 m.m.

#### **LOCALIZACION:**

Las lesiones pueden presentarse en cualquier sitio de la cavidad bucal.

Por lo regular en pliegueginvolabial suelo de la boca, cara interna de los labios, mejilla, mucosa genital, pietl etc.

#### **CUADRO CLINICO:**

Se caracteriza por úlceras lisas poco excavadas, lenticulares, redondas u ovaladas. No existiendo ninguna diferencia de nivel sobre la mucosa bucal en la que el afta se desarrolla, por lo que existe una dificultad para descubrirla, ya que al comienzo son indoloras, con un diámetro no superior de 5 m.m. con un fondo amarillo mantequilla y rodeado de un halo intensamente rojo.

Puede no ocasionar molestia alguna o acompañarse de sensibilidad intensa y de dolor que mante que se exacerban por cualquier contacto. Se encuentran lesiones únicas o múltiples, cuya lesión suele tener un ciclo de evolución entre 7 a 14 días, las úlceras se limpian, la superficie se vuelve rosácea, y después se epidermisa rápidamente casi de un día al siguiente, sin dejar cicatriz.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIA:

Se diferencia con la gingivoestomatitis herpética, con el Herper Simple, zona etc.

#### TRATAMIENTO:

No hay tratamiento específico para las úlceras aftosas recurrentes, aunque a lo largo de los años se aconsejado el uso de muchos medicamentos tales como:

Enjuague de tetraciclina (250 mg) por (5 mm.) usado cuatro veces al día entre 5 y 7 días antibiótico , tetraciclinas, antihistamínico ,vitaminas etc. Se debe de evitar ciertos elementos irritantes tales a como: miel, nueces, almedra, pasta dentrífica algunas clases de tabaco y examinar detenidamente dientes, obturación y prótesis.

## PRINCIPALES ENFERMEDADES QUE TIENEN SUS MANI-- FESTACIONES EN LA CAVIDAD BUCAL

### ANEMIA PERNICIOSA

Es una enfermedad crónica relativamente común. Aunque todavía se desconoce la naturaleza exacta de la enfermedad, se sabe que se debe a atrofia de la mucosa gástrica que no secreta el aún no identificado factor intrínseco supuestamente, este factor es una sustancia presente en el jugo gástrico normal, este es el que debe absorber el factor extrínseco (vitamina B 12 ) sustancia que ahora se cree sinónimo del factor de maduración de eritrocitos e principio hemopoyético.

Un defecto gástrico en la elaboración de factor intrínseco es que bloquea la absorción de vitamina B 12

### MANIFESTACIONES CLINICAS:

El comienzo de la enfermedad es característicamente insidiosa cuando el enfermo acude al médico, la anemia suele ser bastante intensa. El curso corriente es progresivo, pero variable con remisiones espontáneas seguidas de recidiva.

Los síntomas que suele presentar el enfer

no son:

Debilidad generalizada, adormecimiento u hermiguees de las extremidades, dificultad para caminar, incoordinación de los movimientos incluso trastornos mentales, glositis atróficas que puede originar dolor en lengua, en algunos cases las manifestaciones linguales son el primer signo de la enfermedad. Otras molestias típicas son: Cansancio fácil, cefaléa, mareo, náuseas, vómitos, diarrea, pérdida de peso, palidéz y dolor abdominal etc.

#### MANIFESTACIONES BUCALES:

La glositis es uno de los síntomas más comunes de la anemia perniciosa. El paciente sequeja de tener sensación de dolor y arder que llegan a ser tan molestas que el Odontólogo --  
suele ser el primero al que consultan.

Entre los síntomas principales que se manifiestan son:

Lengua inflamada, descrita como de colerrojo carne en su totalidad y per zonas, en dorso y bordes laterales en algunos casos se producen úlceras poco profundas parecida a afetas en lengua. Con glositis, glesodinamia y glesopirosis, hay una característica atrofia gradual de papilas linguales que dejan una lengua lisa o pelada, denominada glositis de Hunter-

• de Moller, que es igual a la lengua pelada -- de sandwith vista en la pelagra.

En ocasiones la inflamación y ardor se extiende hasta abarcar la totalidad de lo mucosa-bucal, pero por lo general, el resto de ella -- solo tiene el tinte amarillo pálido observado en piel. En algunas ocasiones la mucosa bucal del paciente con esta enfermedad no tolera la prótesis.

#### **TRATAMIENTO:**

**Vitamina B 12**  
**Acido fólico**

## ANEMIA APLASTICA

Enfermedad que se caracteriza por la falta general de actividad de la médula ósea.

Esto puede afectar solo a glóbulos blancos y a plaquetas, lo que origina pancitopénea. sus manifestaciones clínicas de la enfermedad varía de acuerdo al tipo de célula afectada.

Es como un reconocer dos formas de anemias  
Aplástica primaria y secundaria.

**La anemia plástica primaria:**

Es un mal de etiología desconocida que evoluciona muy rápidamente y suele ser mortal.

**Anemia Aplástica secundaria.**

Esta es de etiología desconocida, se origina a cualquier edad y tiene mejor pronóstico, - en particular, si se elimina la causa.

Su etiología se debe a la exposición del paciente a diversas drogas o sustancias químicas o energías de R.X. etc.

### MANIFESTACIONES CLINICAS:

El comienzo suele ser gradual, pero en algunos casos el trastorno ataca bruscamente y -- con gravedad. Quizás los pacientes se percaten del trastorno por la aparición progresiva de de

bilidad, fatiga, palidez, disnea después del -  
más leve ejercicio físico, con piel pálida en-  
tumesimiento y hormigueo en extremidad, edemas  
petequis en piel y mucosa, debido a deficien-  
cias de flaquezas.

#### MANIFESTACIONES BUCALES:

Puede aparecer petequias, manchas purpú--  
ricas o francos ematomas en mucosa bucal o cuá  
quier sector, y en algunos casos haya hemorra-  
geas bucales en especial gingivales espontánea

Estos fenómenos se relacionan con defi --  
ciencias de Plaquetas. A causa de la neutrope-  
nia hay una falta generalizada de resistencia-  
a la infección y esto se pone de manifiesto --  
por formación de lesión ulcerativa, en mucosa-  
bucal o faringe.

Dichas lesiones tiendan a ser de gran mag  
nitud y puede establecer un cuadro semejante -  
al de la gangrena debido a la falta de respues  
ta celular inflamatoria.

#### TRATAMIENTO:

Para anemiaaplástica primaria no haya tra  
tamiento específico. Se trata principalmente -  
con antibióticos y transfusiones sanguíneas.



En la anemia secundaria se trata con la-  
eliminación del agente causal y un tratamien-  
to de apoyo.

## ESTOMATITIS ULCEROMEMBRANOSA

### AGENTE CAUSAL:

Asociación fusoespiral, bacilos y espirulus y por supuesto acompañado de una disminución de resistencia local o general del organismo.

### ANATOMIA PATOLOGICA:

Las ulceraciones se ocultan bajo un exudado gris negruzco, que se desprende fácilmente para dejar aparecer la ulceración. La cual se encuentra recubierta de una verdadera falsa membrana, resultante de una necrobiosis, de una gangrena diftericoide que, en la mayoría de los casos, permanece superficial. No existe producción de un exudado completo que venga a recubrir una mucosa y constituya una reacción defensiva del organismo contra el agente invasor; existe destrucción y después exfoliación de colgajos mucosos, ligado a la acción de los agentes patógenos.

### TRANSMISION:

Es favorecida dicha enfermedad por el mal estado de la boca, apareciendo la enfermedad de preferencia en niños pobres o, en individuos agotados o mal nutridos, después de enfermedades graves. Se desarrolla principalmente en 2 períodos de vida. 1er. período entre 6 y 8 años por ocasión de la erupción de los primeros molares

2do. Periodo: De los 18 a los 25 años en ocasiones de la erupción de la muela del juicio

#### LOCALIZACION:

Se encuentra localizada las ulceraciones en encías a nivel del capuchón mucoso que recubre las molares en evolución, o rodeando la corona de un diente en evolución, lo mismo que en el surco gingivogeniano, a nivel de la lengüeta gingival interdientaria.

#### CUADRO CLINICO:

Comienza por una fase prodrómica que va de 24 a 48 horas que se inicia con sequedad de la mucosa bucal, con boca pastosa, y pérdida del apetito, con sed intensa, pesadez de la cabeza y malestar general.

Fase inflamatoria: En esta fase aparecen los primeros signos locales, tales como enrojecimiento difuso de la encía, más acentuado a nivel del capuchón mucoso del 1er. Molar o rodeando la corona de un diente en evolución.

La inflamación alcanza por continuidad la cara interna de las mejillas, de los labios, el surco gingivogeniano.

FASE DE ULCERACION: Estas ulceraciones co --

mienzan por lo general, a nivel de la lengua gingival interdientaria, a la que aparece amputar en su base o en el punto del capuchón mucoso aplastado por la masticación.

El epitelio se levanta, formando una especie de pequeña vesícula rellena de una serosidad turbia. Después este epitelio se desgarrar, la vesícula estalla y queda al descubierto una ulceración superficial, cuyo fondo es de coloración gris, con puntos hemorrágicos y los bordes ligeramente despegados.

**FASE DE EXUDADO:** Rápidamente, la ulceración se recubre de una especie de exudado grisáceo, muy espeso, que adhiere a la mucosa subyacente. Este exudado desprende un olor fétido de grangena insoportable.

## **TRATAMIENTO:**

### **1.- Profiláctico:**

Algunos médicos consideran que no deberá comenzarse ningún tratamiento, por los medicamentos que provocan habitualmente estomatitis sin un cuidado previo de la cavidad bucal.

Es necesario también la preparación del medio humoral, y para ello comprobar muy especialmente el buen funcionamiento del hígado-rión y sangre etc.

### **2.- Curativo:**

Limpieza cuidadosa con agua oxigenada -  
y atomizador.

Antiséptico.

Analgésico.

Antibióticos.

Vitaminas.

Es cierto que los antibióticos aportan éxito, pero no siempre son indispensables; es preciso adaptar sus indicaciones a la gravedad de la Estomatitis. Por otra parte, no debe olvidarse que los focos sépticos interdentalios, gingivales y apicales están situados fuera de la circulación general: Los antibióticos no actúan pues, más que sobre los microbios que proceden de éstos focos. Esto conduce a crear resistencia si no se suprimen los focos infecciosos por medio de un tratamiento local.

## PERLECHE

(QUEILITES ANGULAR, QUEILOSIS ANGULAR, BOQUERA)

### AGENTE CAUSAL:

Pueden producirlo diferentes microbios tales como:

CANDIDA ALBICANS  
ESTAFILOCOCOS  
ESTREPTOCOCOS

Lo mismo que por cierre excesivo del maxilar, como sucede en pacientes desdentados o con prótesis dental que carecen de las dimensiones verticales adecuadas.

### TRANSMISION:

Varios factores predisponentes desempeñan un papel importante tales como el mal cuidado de la boca, mala nutrición etc.

Pero según teoría de algunos médicos - se cree que se debe su transmisión a la deficiencia de riboflavina por una infección micótica o bacteriana superpuesta.

### ANATOMIA PATOLOGICA:

En la comisura de la boca se forman pliegues, en los cuales tienden a estancarse se

liva, y la piel se macera, se fisura y se infecta en forma secundaria, por acción de éstos microorganismos.

#### FORMA:

Forma pliegues, fisuras, con piel macerada arrugada agrietada con formas irregulares

#### LOCALIZACION:

Se localizan en la comisura de la boca. Puede ser unilateral o bilateral.

#### CUADRO CLINICO:

Se caracteriza por una sensación de sequedad y ardor con áreas pálidas localizadas en la comisura labial. Encontrándose el epitelio de la comisura arrugada y algo macerado. Con el tiempo las arrugas se profundizan y forman fisuras o grietas, que se ulceran, pero tiene una característica a sangrar aunque pueden formarse una costra exudativa superficial. Ya que no llegan a la superficie mucosa de la comisura en el interior de la boca sino que se detienen en la unión mucocutánea

Aunque algunas veces en casos muy avanzados

das las lesiones no se limitan a la piel, sino que atacan la mucosa bucal en la comisura labial y el borde mucocutáneo.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Se diferencia del Herpes Simple, de la Estomatitis Aftosa.

#### TRATAMIENTO:

Riboflavina.  
Antibióticos.  
Complejo "B"  
Anti-inflamatorio.  
Analésico.



## GEOTRICOSIS

### AGENTE CAUSAL:

Microorganismo de la especie Geotrichum

### TRANSMISION:

Se transmite en personas debilitadas, - mal nutridas con cavidad bucal en malas condiciones y en pacientes con enfermedades crónicas etc.

### ANATOMIA PATOLOGICA:

Son lesiones con aspecto de capas blancas, adherentes y aterciopeladas, semejantes a cuajo, distribuidas en formas aisladas o dfusa en la mucosa bucal. Aunque a veces las hay cutáneas y en el aparato gastrointestinal.

### LOCALIZACION:

Se localizan en diversas partes de la - mucosa bucal y en pulmones. aunque en raras ocasiones las hay cutáneas y gastrointestinales.

## FORMA:

Placas de forma irregulares, cubiertas con una membrana blanca. O se presentan en formas de colonias blancas cremosas aisladas de diversas formas y tamaño.

## CUADRO CLINICO:

Es una enfermedad micótica, similar al MUGUET en casi todas sus manifestaciones, pe causada por microorganismos de la especie Geotrichum.

Las lesiones más comunes son: En pulmones y en mucosa bucal.

Las lesiones pulmonares dan síntomas de Neumonía o bronquitis.

En boca las lesiones consisten en placas de formas irregulares, cubiertas de una membrana blanca, aterciopeladas, que cubren la mucosa. Se adhieren firmemente y sangran al tratar de extraerlas produciendo dolor, ardor, inflamación.

Es una enfermedad benigna que no deja cicatriz, y se cura muchas veces sin necesidad de tratamiento.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Se diferencia de Difteria, Leucoplacia,  
Liquen plano, y Muguet etc.

**COMPLICACIONES:**

Bronconeumonía, Linfadenopatía.

**TRATAMIENTO:**

No hay medicamento específico que dé --  
buen resultado. Aunque se puede utilizar:

Analgésico.

Antimicrobiano.

Anti-inflamatorio.

Vitaminas.

HERPANGINA  
(Faringitis Aftosa)

AGENTE CAUSAL:

VIRUS COXSACKIE GRUPO A

TRANSMISION:

Esta enfermedad es transmitida de una -  
persona a otra por contac, son comunes los -  
casos múltiples en una misma casa.

Las infecciones con diferentes cepas de  
virus coxsackie ha afectado a niños varias -  
veces en una misma estación.

Por lo común se crea inmunidad permanent  
te con rapidéz a la cepa infectante, y la may  
oría de los adultos tienen anticuerpos neu-  
tralizantes contra varias cepas.

Con frecuencia se da en brotes esporádi-  
cos y es más común en niños pequeños.

El virus en algunas ocaciones se mantien  
e en la boca, sin presentar ningunas mani-  
festaciones clínicas.

ANATOMIA PATOLOGICA:

Es una infección viral que se inicia con  
dolor de garganta, malestar general, fiebre,

cefaléa. Presentando úlceras con base gris y periferia inflamada. Precedida por la aparición de vesículas de corta duración que pasan desapercibidas.

#### FORMA:

Tienen forma de vesículas y úlceras irregulares.

#### LOCALIZACION:

Se presentan las úlceras en: pilares anteriores de las fauces y a veces en paladar-duro y blando y lengua.

#### CUADRO CLINICO:

La Herpangina, es una infección viral específica. Con un período de incubación entre 3 y 5 días. Presentando manifestaciones clínicas leves y de corta duración.

Comienza con dolor de garganta, fiebre, cefaléa, a veces vómito, postración y dolor-abdominal.

Los pacientes pronto presentan úlceras, cada una con base gris y una periferia inflamada en los pilares anteriores de las fauces

y a veces en paladar duro y blando. Estas úlceras van precedidas por la aparición de varias vesículas de corta duración, que suelen pasar por alto por el observador.

Aunque las úlceras no son extremadamente dolorosas , y por lo general curan en pocos días.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Fiebre Aftosa.

Zona.

Sarampeón.

Faringitis Viral etc.

#### COMPLICACIONES:

Presenta pocas complicaciones entre las principales tenemos:

Parotiditis aguda.

Meningitis.

Anemia hemolítica etc.

#### TRATAMIENTO:

No es necesario tratamiento alguno porque

la enfermedad cura espontáneamente y presenta pocas complicaciones. Aunque se pueden utilizar antihistamínico.

**Analgésico.**

**antibióticos.**

**Vitaminas.**

## PERIADENITIS MUCOSA NECROTICA RECURRENS

(Aftas de Mikulicz, enfermedad Sutton, Aftas-recurrentes cicatrizantes, úlcera aftosa mayor).

### AGENTE CAUSAL:

Según algunas investigaciones, esta enfermedad es producida por:

ESTREPTOCOCOS SANGUIS.

### TRANSMISION:

No se ha comprobado su transmisión, pero sin embargo se cree que se transmite por la orina heces fecales traumatismos locales etc.-

### ANATOMIA PATOLOGICA:

Se presentan grandes úlceras dolorosas, -  
nécrosante en labios, carrillos, lengua, paladar blando etc. dichas úlceras pueden durar hasta 6 semanas con intervalo frecuente; lo cual dejan cicatrices al curar.

No es raro que las úlceras recidiven por oleadas durante periodos prolongados, de manera que al final la mucosa llega a presentar gran cantidad de cicatrices .



## FORMA:

Tiene forma de úlcera lisa bastante excavada, lenticulares, redondas u ovaladas y de mayor tamaño que la de las úlceras aftosas lo cual éstas dejan cicatrices visibles.

## LOCALIZACION:

Se localizan en cualquier sitio de la cavidad bucal principalmente en labios, carrillos, lengua, paladar blando y fauces. -- Aunque en algunas ocasiones también se pueden localizar al mismo tiempo, lesiones similares, en vagina, pene, recto y laringe coincidiendo, con artritis reumatoides o conjuntivitis.

## CUADRO CLINICO:

Es una enfermedad que no tiene predilección por ningún grupo de edad, aunque las mujeres están atacadas con mayor frecuencia que los varones, según algunas investigaciones.

En la actualidad, se acepta que esta enfermedad presenta el mismo proceso nosológico que la úlcera aftosa recurrente, excepto su mayor gravedad.

Se caracteriza por grandes úlceras dolorosas, por lo común entre 1 y 10, lo cual estas úlceras se producen a intervalos frecuentes, y muchos pacientes que sufren esta enfermedad raras veces se ven libres de la presencia de por lo menos una úlcera. A diferencia de la úlcera aftosa recurrente típica, éstas lesiones pueden persistir hasta 6-semanas y dejan cicatrices al curar.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Se diferencia de:

Estomatitis Aftosa.

Gingivitis herpética.

Zona etc.

#### TRATAMIENTO:

El tratamiento es empírico, y hasta el momento no hay medio adecuado para prevenir la enfermedad sin embargo se puede utilizar:  
Profiláptico: Lo cual quiere decir que vamos a evitar ciertos elementos irritantes.

Examinar: Dientes, opturación, prótesis si es necesario.

Gargarismo Alcalinos, anestésico, ácido fénico.

GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA  
( Infección de Vincent, boca de trinchera, -  
Gingivitis ulceromembranosa aguda) Gingivi -  
tis ulcerativa aguda)

AGENTE CAUSAL:

Basilo fusiforme, borrelia vincentii y -  
espiroquetas .

TRANSMISION:

Influyen mucho los factores predisponentes para que se produzca la enfermedad, tales como la mala alimentación, higiene bucal inadecuado, fatiga y factores psíquicos etc. La menor resistencia a la infección es uno de los factores predisponentes. Brota en grupos de persona que se encuentran en estrecho contacto, especialmente las que viven en condiciones predisponentes similares en miembros del grupo, lo cual puede causar que se produzca la gingivitis en cada uno de ellos, aunque no haya contacto real mutuo.

Una vez curada la gingivitis ulceronecrozante, las crestas de las papilas interdentales que fueron destruidas, y en las cuales queda una zona ahuecada, constituyen un foco que retiene residuos y microorganismos y sir

ven como (Zona de incubación) tales sitios - junto con los capuchones gingivales de los - terceros molares en brote, son lugares ideales para que los microorganismos persistan, - y muchas veces es aquí donde comenzarán muchas de las recidivas de la Gingivitis Ulceronecrosante aguda.

#### ANATOMIA PATOLOGICA:

Hay una inflamación necrosante de la - encía, con depresiones marginales crateriformes cubiertas de escara pseudomembranosa, gris netamente separada del resto de la encía, el ataque puede ser a un diente o a varios dientes o difuso a toda la encía que va destruyendo progresivamente.

#### LOCALIZACION:

Se localiza en: Margen Gingival libre, Cresta de la encía, papilas interdientales, - en raras ocasiones la enfermedad se extiende a paladar blando y zonas amigdalinas.

#### FORMA:

Forman erosiones socabadas de diversas-

formas y tamaños.

### CUADRO CLINICO:

Se puede presentar en cualquier edad, -- aunque es un poco raro en niños y en pacientes desdentados.

La afección se caracteriza por inflamación de la encía la cual se encuentra hiperé mica y dolorosa, con erosiones y depresiones marginales, catiriformes, como hechas por - sacabocado, en papilas interdientales y en el - borde de la encía.

Los restos ulcerados de las papilas y en cías libres, sangran al ser tocadas y por lo general están cubiertas por una pseudomembra - na necrótica gris.

La úlcera tiende a extenderse y llega - abarcar todos los márgenes gingivales.

Con bastante frecuencia comienza como - un foco aislado único, que se origina con ra - pidéz.

Es un padecimiento doloroso que destru - ye progresivamente la encía y los tejidos sub - yacentes.

Entre los signos clínicos característi

cos tenemos: Olor fétido, dolor y aumento de saliva, hemorragia gingival espontánea o hemorragia copiosa por estímulos insignificantes.

Casi siempre el paciente se queja de no poder comer a causa del dolor gingival intenso. El dolor es de tipo superficial de "presión".

El paciente también padece de dolor de cabeza, malestar general y fiebre de baja intensidad.

En casos avanzados puede haber manifestaciones generalizadas o sistemáticas, que incluyen leucocitosis, trastornos gastrointestinales y taquicardia.

#### COMPLICACIONES:

Estomatitis gangrenosa o noma.

Septicemia.

Toxemia.

#### TRATAMIENTO:

El tratamiento es muy variado; algunos prefieren tratar esta afección por medios conservadores haciendo solo una limpieza superficial en la cavidad bucal en la fase a-

**guda temprana** de la enfermedad, seguida de un raspado minucioso en cuanto a las condiciones lo permiten. Obteniendo por medio de éste tratamiento un buen resultado.

Otros prefieren utilizar sustancias -- oxigenantes, antibióticos, analgésico, antiiinflamatorio y diversas vitaminas.

## PÉNFIGO

### AGENTE CAUSAL:

La etiología sigue siendo desconocida. Aunque se supone que puede estar dado por microorganismos específicos, virales estrep tococos.

### TRANSMISION:

Como se desconoce su agente causal es difícil encontrar el medio de transmisión.

Puede estar dado y es más común en -- personas mayores de 30 años y de ambos se -- xos y que aparece espontáneamente.

### ANATOMIA PATOLOGICA:

El Pénfigo es una enfermedad cutánea - generalizada, que se caracteriza por la pre sencia de vesículas y ampollas pequeñas o - grandes, que se producen en ciclos.

Sin embargo no son patognemónicas, por que estas aparecen en muchas enfermedades.-

Se describen varias formas de pénfigo- tales como Pénfigo agudo, Pénfigo vulgar, --



Pénfigo foliáceo, Péfigo vegetativo, Péfigo heritematoso; pero las lesiones básicas vesículas o ampollas es la misma en cada caso

Lo mismo que las lesiones se producen con mayor frecuencia, en tronco y mucosa bucal; ya que la boca suele ser el sitio de las primeras manifestaciones de la enfermedad.

Las lesiones bucales son similares a las cutáneas, y tienden a tener el borde irregular y están cubiertas de un exudado blanco o con deio de sangre. Puede extenderse al labio y producir costras .

#### TRANSMISION

#### LOCALIZACION:

Se localizan en troncos, y en diferentes partes de la mucosa bucal ya que la boca suele ser el sitio de las primeras manifestaciones de la enfermedad.

#### FORMA:

Se presenta en forma de vesículas ampollas y úlceras erosionadas de forma y -- bordes irregulares de diferentes tamaños.

## CUADRO CLINICO:

Es una enfermedad que cualquiera de -- sus formas raras veces aparece antes de los 30 años y lo padecen personas de ambos --- sexos.

Se caracteriza por la rápida apari -- ción de vesículas y ampollas de diferentes tamaños y en cantidades tales que llegan a cubrir grandes zonas de la superficie cutánea.

Estas lesiones contienen un líquido -- acuoso poco espeso el cual puede convertirse pronto en purulento o sanguíneo. Las manifestaciones cutáneas de cualquiera de las formas del Pénfigo pueden presentar fiebre y malestar general, cuando las ampollas se rompen, dejan una superficie erosionada viva.

La pérdida del epitelio ocasionada por el frotamiento de la piel aparentemente sana se denomina signo de nikolsky.

Es un rasgo característico del Pénfigo y está causado por el edema perivascular -- que rompe la unión entre dermis y epidermis

### PENFIGO VEGETANTE

Es similar al Pénfigo vulgar excepto--

que en algunas de las erosiones se forman -  
vegetaciones.

Estas masas fungoides, que se cubren -  
de un exudado purulento y presentan un bor-  
de inflamado aparaciendo en la región anoge-  
nital y se asemanan en mucho a los llamados  
condilomas.

#### PENFIGO VULGAR AGUDO

Este es rápido y la enfermedad termina  
en la muerte o la recuperación al cabo de -  
unos días o semanas.

#### PENFIGO FOLEACEO

Se manifiesta por lesiones bulosas tem-  
pranas características que se rompen rápida-  
mente y se secan para dejar masas de copos-  
o escamas sujerentes de una dermatitis exfo-  
leativa o un exema.

#### PENFIGO HERITEMATOSO

Se caracteriza por presencia de ampo -  
llas y vesículas, seguida de la aparición -  
de placas de costras semejantes a la derma-  
titis seborreica o alupus heritematoso, la-  
mayor parte de casos terminan en Péfigo ---  
vulgar o foleacio.

## MANIFESTACIONES BUCALES:

Las lesiones bucales de los diferentes tipos de pénfigo son destacadas por la mayoría de los dermatólogos de debido a la frecuencia de su aparición, y porque la boca suele ser el sitio de la primera manifestación de la enfermedad.

Las lesiones bucales son similares a las cutáneas aunque es raro encontrar ampollas intactas ya que se tienden a romper facilmente. No hay zona intrabucal injune a las lesiones las cuales sangran con facilidad y son muy dolorosas. El dolor llega a ser tan intenso que el paciente no puede comer.

Las lesiones se caracterizan por bordes irregulares cubiertas de un exudado blaco, y en algunas ocasiones se tienden hasta labios y producen costras, obteniendo salivación profusa y de olor insoportable.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Entre sus principales diferencias tenemos a la dermatitis herpetiforme.

Heritemia multiforme ampollar.

Liquen plano ampollar.

Gingivitis descamativa crónica etc.

#### TRATAMIENTO:

No hay tratamiento específico para-- -  
ninguna de las formas de Péfigo .

Aunque los corticosteroides y los anti-  
bióticos para la infección secundaria, pro-  
ducen remisiones notables de la enfermedad.

Ciertos tipos, como el tipo foleacio,-  
vegetante y heritematoso remiten espontánea-  
mente en una proporsión variable de pacientes

La infección secundaria es un factor -  
complicante difícil de curarse.

HERPER ZOSTER  
(ZONA)

AGENTE CAUSAL:

Virus Neurotrópico.

TRANSMISION:

No se ha establecido con claridad el modo de transmisión, aunque probablemente la puerta de entrada sean las vías respiratorias.

ANATOMIA PATOLOGICA:

Es una enfermedad viral infecciosa aguda, que se caracteriza por la inflamación de los ganglios de la raíz dorsal, y los nervios craneales extramedulares con erupciones vesiculares de la piel o membranas mucosas en la zonas inervadas por los nervios sensoriales afectados.

LOCALIZACION:

Las lesiones se localizan en raíz ner

viosa dorsal, nervios sensoriales, y trigemino con aparición de vesículas en mucosa vestibular, lengua, úvula, faringe, y la ríngé.

#### FORMA:

Se forman vesículas de diferentes formas con erosiones irregulares.

#### CUADRO CLINICO:

Tiene un período de incubación entre 7 y 14 días.

Comenzando muchas veces después de una lesión de la raíz nerviosa dorsal. El padecimiento es más común en los adultos de ambos sexos, ya que los niños raras veces lo padecen.

Se inicia con fiebre y malestar general, dolor y sensibilidad en el trayecto de los nervios sensoriales afectados, por lo general de un solo lado.

Al cabo de unos días el paciente presenta una erusión papular o vestibular longitudinal en piel o mucosa enervada por los

nervios infectados; una vez rotas las vesículas comienza la cicatrización, aunque pueden establecerse una infección secundaria que ratarda apreciablemente el proceso.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Se diferencia del Herper Simple Sarampeón etc.

#### COMPLICACIONES:

Puede complicaciones mayores tales -- como:

Parálisis motora.

Encefalomiелitis etc.

#### TRATAMIENTO:

No hay ningún tratamiento especial pro sin embargo podemos utilizar analgésico anti-inflamatorio y antibióticos.

#### MANIFESTACIONES BUCALES DE DICHA ENFERMEDAD

Esta enfermedad aparece en cara, por -



infección del nervio trigémino.

Las lesiones de mucosa bucal son bastante comunes, encontrándose vesículas muy dolorosas en mucosa vestibular, lengua, úvula, faringe y laringe.

Estas vesículas se rompen y dejan zonas erosionadas.

Uno de los rasgos característicos de la enfermedad que se generalen cara o cavidad bucal y es la unilateralidad. Ya que es típico de las lesiones cuando son grandes se extienden hasta línea media y se detienen ahí.

Una forma especial de infección por Zoster es la del ganglio geniculado que abarca oído externo y mucosa bucal, ha sido denominado síndrome de Hunt.

Los signos y síntomas comprenden parálisis facial así como dolor del conducto auditivo externo y el pabellón de la oreja

Además en cavidad bucal y bucofaringe hay erosiones vesiculares, ronquera zumbidos, vértigo y algunos otros trastornos.

## SARAMPEON

### AGENTE CAUSAL:

Virus del Sarampeón.

### TRANSMISION:

La transmisión se efectúa por inhalación de gotitas de Flugge siendo mayor el peligro de contagio en la etapa preerutiva.

### ANATOMIA PATOLOGICA:

El virus invade el organismo por las vías respiratorias superiores y se multiplica dando lugar a una viremia para después establecerse en diferentes órganos.

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad son el resultado de la localización del virus en los diferentes tejidos del organismo, siendo los cambios anatómo-patológicos más representativos a nivel de amígdalas nasofaringe y apéndice cecal, en los que se encuentra filtración de células redondas y aparición de células gigantes mul-

ti nucleadas conocidas con el nombre de células de warthin-finkeldey que pueden hallarse en tejidos linfoides y secreciones nasales.

#### LOCALIZACION:

Se localizan en diferentes partes -- del cuerpo iniciando las lesiones en cara-- detrás de la oreja, cuello, pecho, espalda-- y extremidades además de la mancha de koplik que se localizan a nivel de los terceros molares de la mucosa bucal.

#### FORMA:

Tienen formas de manchas rosadas o rojo intenso redondeadas, y a veces agrupadas en placas de formas regulares, pero siempre separadas por intervalos de piel sana en -- su inicio luego adquieren la forma de máculas o pápulas rojas que se agrandan y coalecen para formar ronchas irregulares que-- empalidecen bajo presión.

#### CUADRO CLINICO:

1.- Después de un periodo de incubación - entre 7 y 14 días.

2.- Período de invasión o prodrómico entre 3 y 5 días; es el período de contagio máximo y se manifiesta por un cuadro catarral con tos seca, estornudo irrinorrea acompañados con fiebre, cefalea malestar general siendo característico de esta fase los signos oculares como fotofobia, lagrimeo y enrojecimiento de la conjuntiva. Además en esta etapa aparecen en la mucosa oral pequeñas manchitas blancas como diminutos - coagulos de leche, rodeados de una areola roja, conocidas como manchas de koplik y que suelen preceder a la aparición del - exantema cutáneo.

3.- Período eruptivo sobreviene 3 a 4 días después del comienzo de la fiebre se acompaña de un aumento de temperatura, que de desaparece en uno o dos días de brotar el e ritema que aparece primero en la cara - - detrás del pabellón auricular como pequeñas máculas de color pardo rojizo que generalmente palidecen por la presión, de ahí se difunden en forma descendente para cubrir el tronco y las extremidades respetando generalmente manos y pies.

4.- Período de descamación

4.- Período descamación comienza al sexto o séptimo día después de la erupción por la cara la cual la mácula palidecen y adquieren un aspecto castaño que se borran poco a poco siendo fina furfurácea y dá a la piel un aspecto de enharinado la enfermedad no complicada rara vez es mortal y la recuperación es total y completa.

#### COMPLICACION:

Son frecuentes las infecciones bacterianas secundarias, como bronconeumonías y otitis media supurada.

Las complicaciones más graves es la encefalomiелitis post-sarampión, que afortunadamente no es frecuente pero arroja -- cifras de mortalidad de un 10 a 30 % y en los casos que se recupera suele dejar secuelas en el 40% aproximadamente.

## MANIFESTACIONES BUCALES:

Las lesiones bucales suelen presentarse 2 o 3 días antes de la erupción cutánea y son patognómicas de esta enfermedad. Estas lesiones intrabucales se denominan manchas de koplik y se registró que ocurre el 97% de las pacientes con sarampión.

En la práctica, raras veces se ven, salvo que el niño afectado haya tenido un contacto conocido con un enfermo y el odontólogo o los padres lo revisen cuidadosamente, puesto que el niño suele estar bien en el momento que estas aparecen.

Estas manchas características son pequeños puntos de forma irregular que aparecen en la mucosa vestibular rodeada de un margen rojo brillante. Estas lesiones maculares aumentan en cantidad con rapidez y coalescen para formar pequeñas placas.

Así mismo puede haber inflamación generalizada. Tumefacción y ulceración de -- encía paladar y garganta.

## GINGIVITIS

### AGENTE CAUSAL:

Cocos, bacilo microorganismos fusiformes, espiroquetas y emperiodotitis avanzado amebas y tricomonas.

### TRANSMISION:

No es una enfermedad transmisible pero sin embargo influyen diversos factores tales como:

#### 1.- Factores locales:

- a) Microorganismo: Es preciso reconocer la omnipresencia de muchas variedades de microorganismo bucales que crecen como una película o placa en su mayor parte en las zonas dentales sin auto limpieza, en particular debajo de la convección cervical de la corona y en zonas cervicales.

Los extendidos del material tomado del zurco gingival normal del zurco gingival en caso de -

queratinizado, y permite el ataque bacteriano con mayor facilidad.

c) Impacción de alimentos: La impacción de alimentos y la acumulación de residuos en dientes por negligencia resulta en una gingivitis nacida de la irritación de la encía por que originan las toxinas de microorganismos que proliferan en este medio. Los productos de la descomposición de los residuos alimentarios también pueden resultar irritantes para los tejidos gingivales.

d) Restauración o aparatos inadecuados o irritantes: Las restauraciones inadecuadas actúan como irritantes de los tejidos gingivales e inducen de esa manera una gingivitis además de fomentar la acumulación de residuos alimentarios y microorganismos que añaden otra agresión a estos tejidos.

También la restauración al con -  
tornada producen irritación -  
gingival al causar acuñaamiento



periodontitis marginal o de la bolsa gingival en la enfermedad periodontal avanzada rebelan un gran número de microorganismo - de muchos tipos diferentes.

Sin embargo, la flora bucal normal - es tan basta y se compone de tantas variedades de microorganismo que nunca fué posible probar en forma concluyente que un tipo tuviera mayor importancia que otro - en lo que a la enfermedad periodontal se refiere.

b) Cálculo: El cálculo supragingival causa la irritación del tejido gingival que está en contacto con él. Quizá esta irritación sea generada por los productos derivados de los microorganismos, o por fricción mecánica de la superficie dura e irregular del cálculo.

Además de la posibilidad del daño físico del cálculo sobre la encía por fricción se sugirió que la estimulación natural o el masaje de la encía por los alimentos durante la masticación es impedida por la presencia de una masa calcificada de cálculos. Esto predispone a la formación de un epitelio mal

de los alimentos y excursiones anormales de la comida de la encía durante la masticación. La prótesis o aparatos de ortodoncia que invaden los tejidos gingivales - producen gingivitis tanto por la presión en sí como por el atrapamiento de los alimentos y microorganismos.

- e) Respiración bucal: El resaca - miento de la mucosa bucal por respiración por la boca abierta debido a un medio excesivo calor o por fumar en exceso causa una irritación gingival con inflamación o a veces hiperplasia agregada.
- f) Mal posición dental: Los dientes que brotan o fueron desplazados de u oclusión normal hacia una posición precaria donde son agredidos repetidamente durante la masticación o el cierre mandibular por una fuerza oclusal de magnitud excesiva son susceptibles a la enfermedad periodontal.
- g) Aplicación de sustancias químicas o drogas: Muchas drogas son por lo menos potencialmen -

te capaces de producir gingivitis, en particular una gingivitis aguda, debido a una acción irritante directa local o sistémica. Por ejemplo, el fenol, nitrato de plata, aceites volátiles o aspirinas, colocados sobre la encía provocarán una reacción inflamatoria. Otros medicamentos como la dilantina, producen alteración gingival al ser administrados por vías sistémica.

h) Trastornos nutricionales: Es frecuente que los trastornos del equilibrio nutricional de una persona se manifieste por cambio en la encía y tejidos periodontales subyacentes más profundos. Los efectos de las deficiencias nutricionales sobre estas estructuras, así como sobre toda cavidad bucal fueron consideradas de antemano la alimentación. Ya que basta con señalar que la ingesta, la absorción y la utilización adecuadas de diversas vitaminas, minerales y otras sustancias nutritivas son esenciales para el mantenimiento de un periodontio normal.

II) i) Deabetes Mellitus : Repetidas veces se comunicó la asociación de Deabetes Mellitus con enfermedad periodontal avanzada, especialmente en las personas jóvenes.-- Aunque es difícil comprobar que la Deabetes es una causa específica de enfermedad periodontal avanzada, y en realidad, muchos deabéticos poseen estructuras periodontales normales. Pero sin embargo hay que reconocer que la Deabetes no controlada están afectados muchos procesos metabólicos incluso los que actúan en la resistencia a la infección o el trauma.

El deabético no controlado puede por ejemplo, sufrir de úlceras crónicas persistente en la piel presumiblemente porque la resistencia está disminuida y toda irritación menor como el trauma o infección bacteriana de la piel genera una lesión mayor que en una persona normal. Así mismo, también disminuye la efectividad de proceso de cicatrización, probablemente como resulta-

do de un trastorno en el metabolismo de -  
carbohidratos.

#### ANATOMIA PATOLOGICA:

Se caracteriza por la inflamación de los tejidos gingivales que se producen en forma alguna subaguda o crónica, con agrandamiento o recesión gingival evidente, o sin ellos.

La intensidad de la gingivitis depende de la magnitud duración y frecuencia - de irritación locales y resistencia de tejidos bucales.

La Gingivitis crónica la inflamación se limita estrictamente a la encía, no -- produce cambio en el hueso subyacente.--- Cuando tales cambios se forman o tornan - evidentes, la afección recibe el nombre de periodontitis.

#### LOCALIZACION:

Las afecciones se localizan en:  
Papilas Interdentales, emborde gingival alrededor de los dientes.

## FORMA:

//Se forman bolsas periodontales con úlceras de formas irregulares socabadas.-

## CUADRO CLINICO:

La gingivitis aguda se caracteriza - por ser una de las enfermedades mas frecuente de la mucosa bucal.

Las primeras manifestaciones de la - Gingivitis consisten en alteraciones leves del color de la encía libre o marginal, - de un tono rosado pálido a uno más intenso, que progresa hacia el rojo o el rojo-azulado a medida que la hiperemia y el -- filtrado inflamatorio se intensifica. La encía está estumefacta y tiende a sangrar al ser irritada por el cepillo de dientes o los alimentos ásperos.

El edema que invariablmente acompaña a la repuesta inflamatoria y es parte integrante de ella, causa una tumefacción - leve de la encía y pérdida del punteado - normal característico.

La tumefacción inflamatoria de las papilas interdientales suelen dar un aspecto algo abultado a éstas estructuras. El aumento de tamaño de la encía favorece la acumulación de mayor cantidad de residuo y bacterias, lo que a su vez genera mayor irritación gingival, es decir, se establece un ciclo continuo.

Cuando la hiperemia e hinchazón de la encía marginal se confinan a una zona localizada de la encía esta adopta, a veces la forma de una media luna denominada "Media luna traumática". En la gingivitis crónica avanzada, puede haber superación de la encía manifestada por la capacidad de expulsar pus del zurco ingival por presión.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Se diferencia de una estomatitis, fiebre aftosa, gingivitis gangrenosa etc.

#### TRATAMIENTO:

El principal tratamiento se debe a -

la eliminación de los elementos irritantes

Ya que la mayor parte de los casos - de gingivitis crónica está dada por la irritación local si se elimina los irritantes en esta fase, antes de que se produzca la periodontitis verdadera con bolsa o pérdida ósea o ambas la inflamación con su correspondiente hinchazón debido a la hiperemia, edema y la infiltración leucocitaria desaparecerá en cuestión de horas o unos pocos días, sin dejar una lesión permanente. Lo cual esto acentúa la necesidad del tratamiento temprano cuidadoso, mantenido mediante el cepillado adecuado y profilaxia frecuente para preservar el periodonto normal; si se observa una mala respuesta a un buen tratamiento local, -- hay que investigar los factores sistémicos que podrán ser factores complicantes.



## ULCERA TRAUMATICA

### AGENTE CAUSAL:

Es una lesión causada por algún tipo de traumatismos tales como:

Mordisqueo de la mucosa, irritación producida por prótesis, lesión producida por el cepillo, exposición de la mucosa - producida por un diente filosos o una caries o puede ser traumatismo originado -- por otros irritantes.

La mayoría de úlceras traumáticas generada por la irritación protética es del mismo tipo que la producida por una serie de otro traumatismo físico.

### TRANSMISION:

Como se sabe este tipo de úlcera es producida por los diferentes factores físicos. Aunque contribuye para su transmisión el buen estado de la boca y la resistencia inmune de cada paciente.

## ANATOMIA PATOLOGICA:

Presentan pérdidas de continuidad del epitelio superficial como un exudado fibrinoso que cubre el tejido conectivo expuesto.

El epitelio que bordea la úlcera suele tener actividad proliferativa. Hay infiltración de leucositos, por limfocitos nucleares, en particular debajo de la zona de ulceración también se observa dilatación y proliferación capilar.

## LOCALIZACION:

Se localizan en diferentes partes de la boca dependiendo del traumatismo que la provoque la principales se localizan en: borde lateral de la lengua, mucosa vestibular, labios y algunas veces el paladar.

## FORMA:

Son úlceras pequeñas dolorosas de --

formas irregulares. En algunas ocasiones pueden ser grandes escavadas dependiendo del traumatismo que lo provoque.

#### CUADRO CLINICO:

La úlcera protética una o mas suele aparecer al cabo de uno o más días luego de la colocación de una nueva prótesis. Puede ser el resultado de la sobre extensión de los flancos, presencia de secuestro o espículas de hueso debajo de la prótesis o una zona áspera o alta en la superficie interna del aparato.

Estas úlceras son pequeñas dolorosas y de formas irregulares cubiertas de una delicada membrana necrótica gris y rodeada por un halo inflamatorio. Aunque casi siempre las lesiones de la mucosa bucal cicatrizan con rapidéz y normalmente algunas persisten largo tiempo sin curar.

Cuando hay una úlcera traumática en lengua; se asemeja bastante al calcinoma y se tiene que efectuar la biopsias varias veces en un intento para establecer un diagnóstico.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Se diferencia de carcinoma estomatitis herpética etc.

## TRATAMIENTO:

Para el de la úlcera traumática protética. El tratamiento consiste en la corrección de las causas subyacentes ya sea desgaste de flancos, eliminación de un pequeño sequestro o alivio de zonas altas.-

Una vez efectuado este tratamiento la úlcera cicatriza con rapidéz también en algunas ocasiones podemos incurrir al tratamiento de antibiótico, analgésico y anti-inflamatorio.

## C O N C L U S I O N E S

Como hemos observado durante este -- trabajo, que existe un gran número de enfermedades que presentan sus primeras manifestaciones en la cavidad bucal. Por lo que nos hace pensar la gran importancia -- que se obtendría al examinar cuidadosa -- mente dicha cavidad. Ya que así evitarí -- amos los malos diagnósticos y tratamien -- to y obtendríamos un gran beneficio para -- el paciente.

Pero se comprueba que en la actuali -- dad la mayoría de médicos dentistas muchas veces pasan desapercibido dicho examen ob -- teniendo el diagnóstico equivocado y aca -- rreando muchos perjuicio al paciente. Por -- lo tanto debemo de recordar la gran im -- portancia que desempeña el dentista por -- ser el primero en observar y diagnosti -- car algunas enfermedades de la cavidad bu -- cal.

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

- ARMENGAUD.- Bull. Soc. Med. Af.Noire, - -  
1968.
- BATAILLE R., GRINON J. y LAUFER.- Rev. St<sub>o</sub>  
mat., 1964
- BERENHOLOC.- Inform.dent. 1964.
- CLAUS E.C., ORBAN B. y HIATT W.- Oral Surg.  
1965.
- DECHAUME M.- Compendio de estomatología.-  
Masson ed. Paris, 1960
- FLEURY R.- Estomatitis de origen local. Gaz.  
méd. France, 1968.
- HAUSER W.- Zahnarztl. Rundschau, 1968
- HERMANN D.- Deutsche Zahn.Zshn.Zschr.,1964
- HUME J.C.- Med. Clin. North America 1964.
- LODI P.A.- Rev. Ass. méd.Minas Gerais, --  
1964.
- MARANON.G. An. España.odont.,1959.
- NASIO J. Orientación méd., 1959.
- PARROT R.H. y Col.-New Engl.J.Méd. 1971.

FONPTANS-MINIAC L.- France Méd. 1966.

THOMAS K. H. Patología de la boca. Mosby -  
1957

THOMAS K. H., y GOLDMANN, H.M.- Oral pathol  
ogy, 1968.

DR. STANLEY L. ROBBINS.- Patología estruct  
tural y funcional.

JOSE GONZALEZ TOSTADO.- Resumen clínico -  
de ecología.

WILLIAM G. SHAFER, MAYNARD K. HINE BARNET  
M. LEVY. Tratado de Patología Bucal terce  
ra edición.