



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
DENTARIA

QUISTE DENTARIO PRESENTACION DE
UN CASO CLINICO

PROYECTO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANA DENTISTA
PRESENTA
ANDRA CORONADO BARRERA

DIRECTOR DE TESIS: D.D. MARTIN RAMON RAMIREZ



MEXICO, D.F.

NOVIEMBRE 2014



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIO SUPERIORES
"ZARAGOZA"

QUISTE DENTÍGERO PRESENTACION DE
UN CASO CLÍNICO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :
CIRUJANA DENTISTA
P R E S E N T A :
SANDRA CORONADO BARRERA



MEXICO, D. F.

FES ZARAGOZA



DIRECTOR DE TESIS: C.D. GUADALUPE NAVARRO GONZALEZ

NOVIEMBRE DEL 2006
DENTISTA



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

DIRECCIÓN

M.C. RICARDO VALDIVIESO CALDERÓN
JEFE DE LA UNIDAD DE
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR.
P R E S E N T E.

Comunico a usted que el alumno (a) Sandra Coronado Barrera
con número de cuenta : 9415699-9 la Carrera: Cirujano Dentista
se le ha fijado el día 23 del mes de noviembre del 2006 a las 9:00 hrs. para
presentar examen profesional, que tendrá lugar en esta Facultad, con el siguiente
jurado:

- PRESIDENTE C.D. Jesús Ríos Estrella
- VOCAL C.D. Guadalupe Navarro González
- SECRETARIO C.D. José de Jesús Castañeda Campero
- SUPLENTE C.D. Rosa Diana Hernández Palacios
- SUPLENTE C.D. Mercedes Leticia Arcos Molina

[Handwritten signatures and lines for the jury members]

El título del proyecto de servicio social que se presenta es: Quiste Dentigero
Presentación de un Caso Clínico.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México D.F., a 11 de Octubre de 2006
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
DIRECCIÓN
DR. JORGE MANUEL BARRONA CÁRDENAS
DIRECTOR

[Handwritten signature of Dr. Jorge Manuel Barrona Cárdenas]

RECIBI
OFICINA DE EXÁMENES
PROFESIONALES Y DE GRADO

VO. BO.
JEFE DE CARRERA
C.D. LAURA E. PÉREZ FLORES

A Dios

Gracias por la vida que me dio por ayudarme y cuidarme cada día por mostrarme las maravillosas y no tan maravillosas experiencias de la vida por que de las buenas si que las disfrute y de las malas aprendí gracias por la vida de todos los seres que amo.

A mi madre

Por el maravilloso ser humano que es y respeto por su ejemplo de cariño y amor incondicional gracias por tus bendiciones y oraciones para mi y mis hermanos gracias por amarme a pesar de todos mis errores y carencias Mamá te adoro.

A mis hermanos

Irma, Ana, Jaime y Alejandra por ser parte importante en mi vida los quiero mucho.

A Juan M.

Por enseñarme lo maravilloso que es amar y sentirse amado por compartir tus sueños e ilusiones con migo por las maravillosas experiencias a tu lado y por las que primeramente Dios viviremos te amo mi niño.

A mis amigos

Por su apoyo y cariño en todo momento gracias Claudia y Alejo.

Estos agradecimientos aunque pequeños en su contenido son de todo corazón ya que siempre e creído que las palabras son bellas y necesarias en algunos momentos pero más hermoso y eficiente es demostrar día a día el cariño y amor con actos y hechos espero no defraudarlos y demostrar el gran AMOR que DIOS a puesto en mi corazón para cada uno de ustedes. Que DIOS los bendiga todos los días de su vida.

ÍNDICE

INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
MARCO TEÓRICO.....	4
OBJETIVOS.....	51
DISEÑO DE LA INVESTIGACION Y METODOS.....	52
RECURSOS.....	53
RESULTADOS.....	54
DISCUSIÓN.....	55
CONCLUSIONES.....	56
ANEXO 1.....	58
ANEXO 2.....	73
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	74

INTRODUCCION

En el presente trabajo se busca describir de forma general, sencilla y precisa la información necesaria que nos ayude a entender lo que es un quiste dentígero y así, dar un diagnóstico acertado.

Algunas patologías afectan directamente a las estructuras óseas del aparato estomatognático una de ellas es el quiste dentígero el cual es una lesión benigna que deriva del epitelio reducido del esmalte y envuelve la corona de un diente retenido.

El quiste dentígero o quiste folicular se encuentra relacionado con dientes que no han erupcionado, con mayor frecuencia de incidencia asociado a terceros molares no erupcionados, caninos y dientes supernumerarios. (Siendo el segundo en incidencia después de los quistes radiculares).

Esta lesión es en etapas iniciales asintomático por lo que al no haber sintomatología el paciente no se percata de dicha alteración hasta que la magnitud del daño es muy extensa provocando desplazamiento de los tejidos adyacentes motivo por el que acude a consulta.

De esta manera es importante que los alumnos y profesionistas estén enterados de la patología, así como de los medios de diagnóstico y tratamiento necesarios para dicha lesión, por lo que se ha dedicado la presente investigación del quiste dentígero basado en un caso clínico de un paciente remitido a la Clínica Zaragoza.

JUSTIFICACIÓN

Tal vez de entre todos los procesos que causan aumento de volumen en la región maxilofacial los quistes maxilares son los más importantes debido a la frecuencia de su presencia. Una adecuada exploración clínica y radiológica por parte del odontólogo será suficiente para alcanzar un diagnóstico de presunción que será corroborado por anatomía patológica.

El segundo en frecuencia después del quiste radicular es el quiste dentígero es una lesión sintomática, en su fase inicial tiene un crecimiento lento y hacia las zonas de menor resistencia, si evoluciona puede detectarse por un aumento de volumen visible.

Se considera que el Cirujano Dentista y el estudiante de la carrera deben de estar más preparados para resolver de una manera adecuada este tipo de patología y solo teniendo la capacidad de diagnosticar oportuna y eficazmente a este tipo de pacientes se podrá realizar un tratamiento y control postoperatorio adecuado.

Con base en esto es el interés de hacer una investigación acerca del quiste dentígero ya que es muy alta su incidencia. Se pretende ayudar a la detección de esta patología y obtener un resultado satisfactorio para todos los pacientes que se presenten con esta alteración patológica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cual es la importancia del diagnóstico temprano y tratamiento de un quiste dentígero?

MARCO TEORICO

CONSIDERACIONES ANATOMICAS

En este apartado se describirá el aspecto anatómico de la región mandibular que fue intervenida para poder tener un conocimiento mas preciso del tema que se esta abordando en la presente tesis.

MAXILAR INFERIOR

“La mandíbula surge a partir del crecimiento y fusión de las prominencias mandibulares bilaterales. El esqueleto mandibular se desarrolla desde un derivado cartilaginoso del primer arco branquial denominado cartílago de Meckel. Cuando los procesos maxilar y mandibular se unen en la zona lateral, originan los ángulos de los labios o comisuras.

A medida que va surgiendo las estructuras faciales, las células mesenquimatosas del primer y segundo arcos branquiales las invaden y forman los músculos masticadores (inervados por el V par craneal, el nervio trigémino, correspondiente al primer arco branquial) y de la expresión (inervados por el VII par craneal, el nervio facial que es el del segundo arco branquial)”¹.

“El maxilar inferior o mandíbula es un hueso fuerte en el que se insertan los dientes inferiores y los músculos masticadores por cuya acción las caras masticatorias de los dientes inferiores se aplican contra las de la arcada superior; además, el hueso brinda inserción a los músculos de la lengua y del suelo de la boca; consistente en un cuerpo horizontal en forma de arco gótico, en cuyo vértice queda la barbilla o mentón y que cuyos dos extremos se proyectan verticalmente las ramas del maxilar”².

Fig.-1 MANDIBULA VISTA ANTERIOR

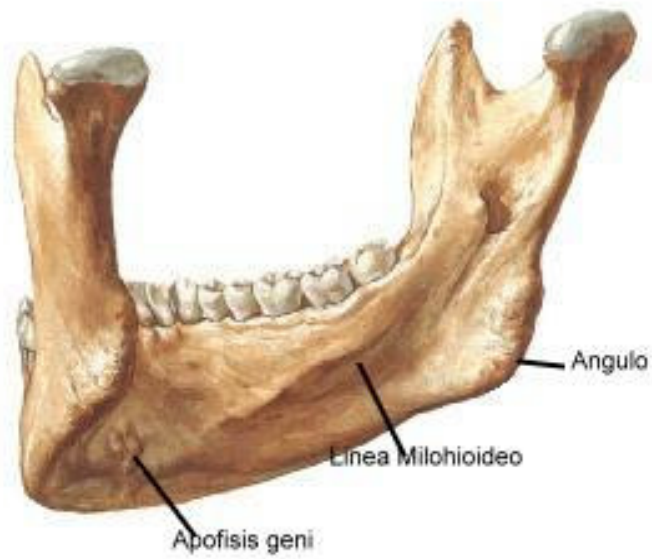
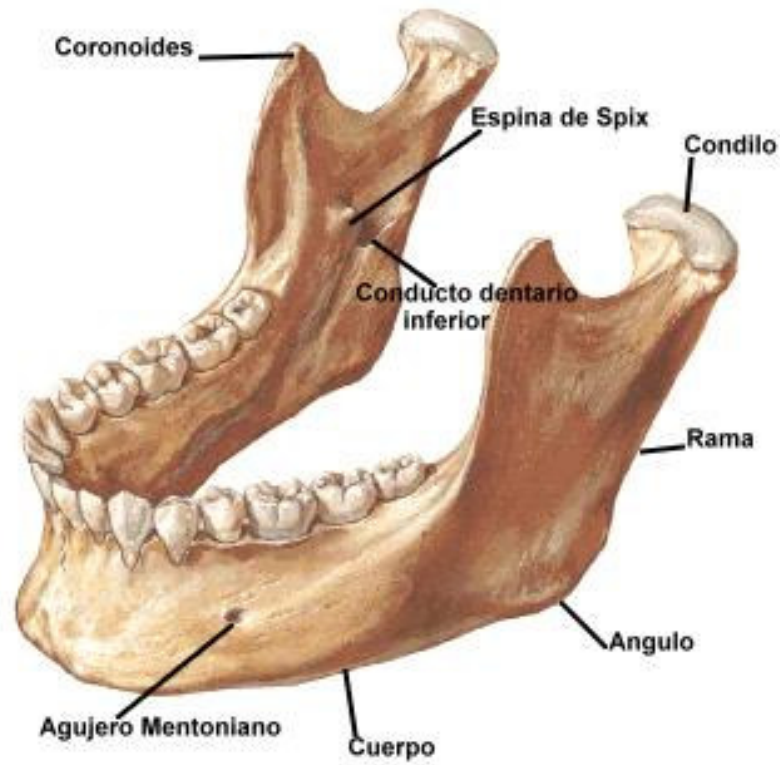


Fig.-2 MANDIBULA VISTA POSTERIOR

COSME EG. CIRUGIA BUCAL

IRRIGACIÓN

ARTERIAS

“Las arterias de la cabeza y cuello proceden de las carótidas y de las subclavias. Las carótidas comunes y subclavias tienen un origen diferente a la derecha y a la izquierda, a la derecha proceden de la bifurcación del tronco braquiocefálico, a la izquierda nacen directamente del arco de la aorta.

De la convexidad del arco de la aorta nace, de anterior a posterior y de derecha a izquierda: el tronco braquiocefálico, la carótida común izquierda y la subclavia izquierda.

El tronco braquiocefálico se describe en el tórax donde se está situado en su totalidad.

Recordemos que este tronco tiene su origen en la unión de las porciones vertical y horizontal del arco de la aorta y que termina después de un trayecto de 3 cm. aproximadamente posteriormente a la articulación esternoclavicular, donde se divide en carótida común y subclavia derecha.”⁴

ARTERIA CAROTIDA EXTERNA

“La carótida externa se extiende desde la bifurcación de la carótida común hasta 4 o 5 cm. superiormente al ángulo de la mandíbula, donde se divide en sus dos ramos terminales. La temporal superficial y la maxilar interna.

La carótida externa vasculariza la cara y los tegumentos del cráneo.

De la carótida externa se originan múltiples ramas cuyo número varía de 4 a 12. Living describe 9 en el sujeto normal; sin embargo, según este autor sólo se encuentran 7 en la mayoría de los casos.

Estas son según su orden de emergencia, la tiroidea superior, la lingual, la facial, la faringea ascendente, la occipital, la auricular posterior y las arterias parótidas.”⁴

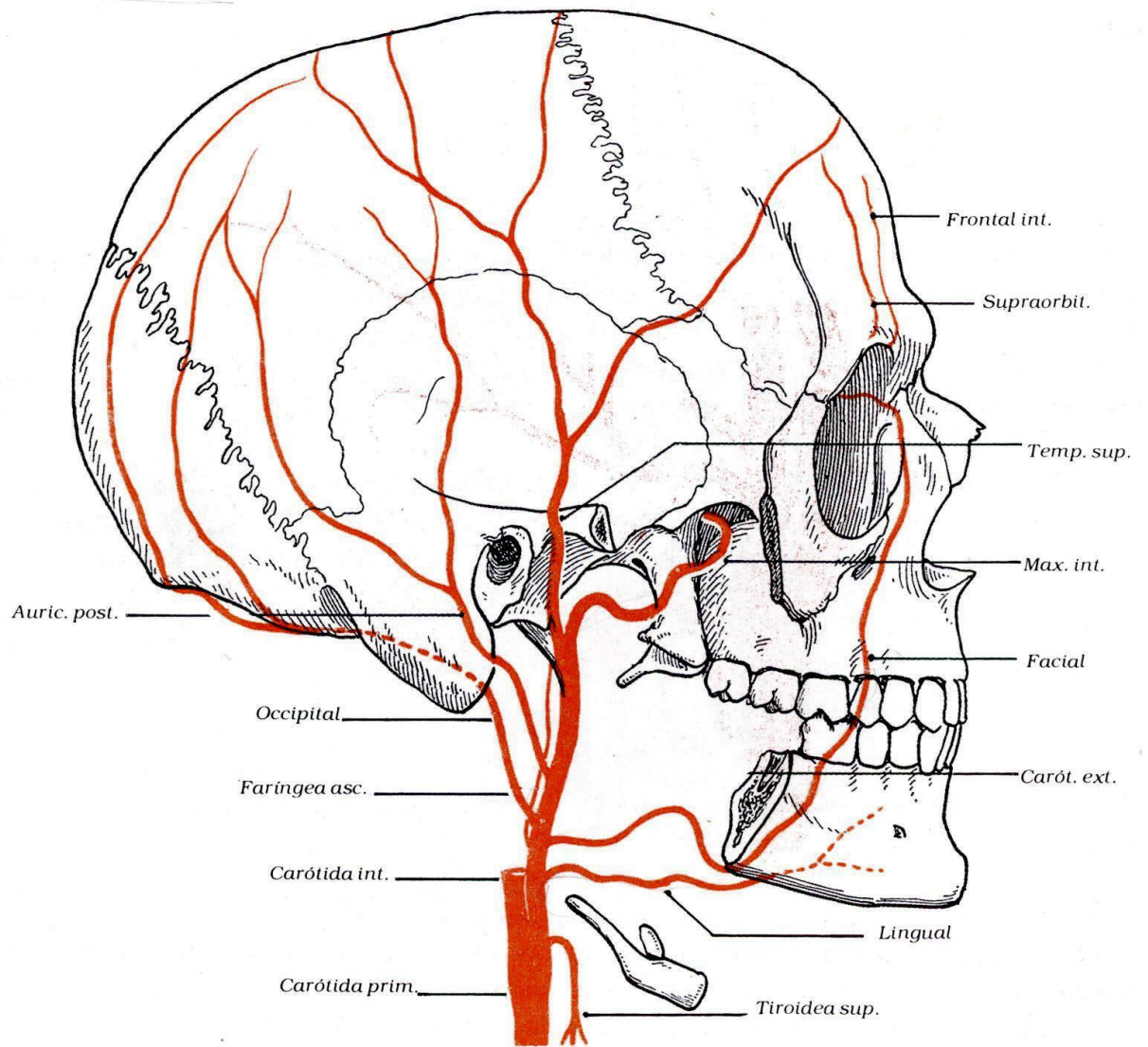


Fig.-3 Ramas colaterales de la carótida externa (ROUVIERE H. DELMAS A. ANATOMIA HUMANA).

VENAS

“Las venas faciales externas se anastomosan libremente y son drenadas por venas que acompañan a las arterias de la cara.

Como sucede con la mayoría de las venas superficiales, la variación es considerable entre los individuos.

La vena Supra troclear

Este vaso se inicia en la frente a partir de una red venosa, comunicada con afluentes frontales de la de la vena temporal superficial. Desciende cerca del plano medio, cerca de la vena del lado contra lateral. Estas venas se separan cerca de la orbita, uniéndose cada una a la vena supra orbitaria para formar la vena facial, cerca de la comisura o ángulo medial del ojo.

La vena Supraorbitaria

Este vaso comienza cerca de la apófisis zigomática del hueso temporal en donde se une a las afluentes de las venas temporales superficial y media. Después de dirigirse medialmente se une a la vena supratroclear para formar la vena facial cerca del ángulo medial del ojo.

La vena Facial

Esta vena se encarga de la mayor parte del drenaje venoso de la cara. Se inicia en el ángulo medial del ojo por la unión de las venas supra orbitarias y supratroclear. Desciende por la cara, hacia el plano posterior, por detrás de la arteria facial, pero luego adopta un trayecto más recto y superficial que esta arteria. La vena facial se une a la rama anterior de la vena retromandibular por debajo del borde de la mandíbula. La vena facial desemboca en la vena yugular interna. La porción superior de la vena facial, crece de la confluencia entre las venas supratroclear y supraorbitaria, suele denominarse vena angular, por su relación con la comisura medial del ojo.

La vena Temporal superficial

Esta vena drena la frente y el cuero cabelludo y recibe afluentes de las venas de la sien y de la cara. Esta vena penetra en la proximidad de la articulación temporomandibular.

La vena Retromandibular

Este vaso se forma por la unión entre las venas temporal superficial y maxilar, por detrás del cuello de la mandíbula. Desciende dentro de la glándula parotida, en la superficie de la arteria carótida externa, pero en la profundidad del nervio facial. Se divide en una rama anterior que se une a la vena facial y otra posterior que se une a la vena auricular posterior para formar la vena yugular externa.”⁵

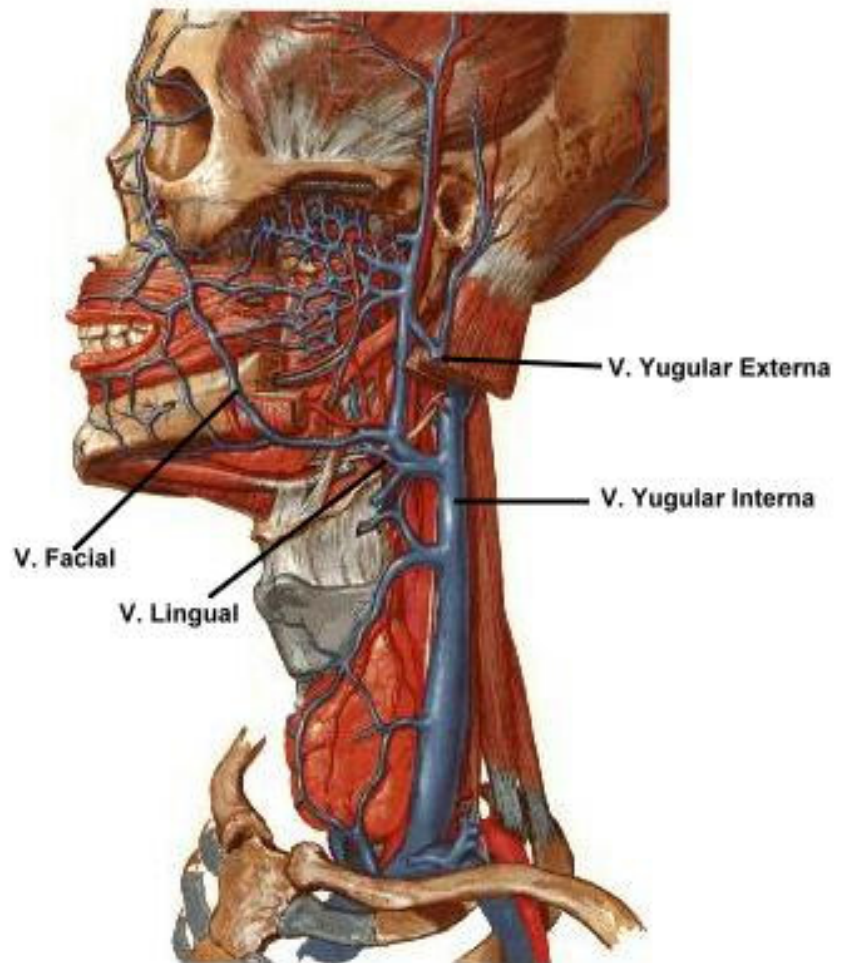


Fig.-7 IMAGENOLOGIA DE NETTER

LINFÁTICOS

“Los nódulos linfáticos de la cabeza y del cuello se distribuyen en los siguientes grupos: a) un grupo superior dispuesto en forma de collar en la unión de la cabeza y el cuello, el círculo de nódulos linfáticos pericervical (polivier y cunéo); c) un grupo cervical lateral superficial; d) un grupo cervical lateral y anterior profundo yuxtavisceral.

CIRCULO DE NODULOS LINFATICOS PERICERVICAL.

El círculo de nódulos linfáticos pericervical comprende, a cada lado, cinco grupos ganglionares secundarios escalonados de posterior a anterior en el siguiente orden: grupo occipital, grupo mastoideo, grupo parótideo, grupo submandibular y grupo submentoniano:

GRUPO OCIPITAL.

Estos diversos nódulos linfáticos reciben los linfáticos de la porción occipital del cuero cabelludo y una parte de los grupos linfáticos superficiales y profundos de la nuca.

GRUPO MASTOIDEO.

Esta constituida por uno o cuatro nódulos linfáticos situados sobre la región mastoidea sus aferentes proceden de la oreja, del conducto auditivo externo y de la porción temporal del cuero cabelludo.

GRUPO PAROTIDEO.

Se incluye en este grupo todos los nódulos linfáticos que están dentro de la región parótidea. Pueden dividirse en suprafaciales y subfaciales o parotideos profundos.

Los linfáticos suprafaciales se localizan cerca del trago y se hallan presentes en una tercera parte de los casos.

Los faciales, situados entre la fascia y la superficie externa de la glándula son unos preauriculares y otros infraauriculares estos alrededor de la yugular externa a su salida de la parótida, a lo largo de la yugular externa de la vena retromandibular y de las venas satélite de la carótida externa.

Los nódulos linfáticos parotídeos reciben los linfáticos de la región temporal y frontal del cuero cabelludo, los párpados, la raíz de la nariz, la oreja, el oído medio, la parótida y la mucosa de las cavidades nasales.”⁴

GRUPO SUBMANDIBULAR Y NODULO LINFATICOS FACIALES

“-Nódulos submandibulares.

En número de tres a seis a cada lado, son subfaciales y están situados a lo largo del borde inferior de la mandíbula.

Se puede dividir en cuatro grupos: preglandular, prevascular, retrovascular y retroglandular según sean anteriores a la glándula, anteriores a la vena facial, posteriores a la vena facial o posteriores a la glándula.

Los nódulos linfáticos submandibulares reciben los linfáticos de la porción medial de los párpados, la nariz, la mejilla, los labios, las encías y el suelo de la boca.

-Nódulos faciales.

Se encuentran a veces en la cara sobre el trayecto de los vasos faciales y de los linfáticos tributarios de los nódulos linfáticos submandibulares, unos pequeños nódulos intercalares denominados faciales.

Estos ganglios inconstantes son: a) el nódulo linfático mandibular, situado a la altura del ángulo antero inferior del masetero; b) el nódulo linfático buccinador situado en la cara lateral del buccinador; D) el nódulo linfático malar.

GRUPO SUBMENTONIANO.

-Nódulos linfáticos submentonianos, en número de dos a tres, están situados en el espacio comprendido entre los vientres anteriores de los dos digástricos superior e inferiormente a la fascia. Sus vasos aferentes proceden del mentón, el labio inferior, las mejillas, la porción media de la encía inferior, el suelo de la boca y la punta de la lengua.”⁴

CADENA YUGULAR ANTERIOR

“Con este nombre se designan algunos pequeños ganglios situados a lo largo de los linfáticos que acompañan a la yugular anterior. Los ganglios, y estos vasos linfáticos constituyen una vía yugular anterior que se vierte en la base del cuello en las cadenas yugular interna o cervical trasversa.

CADENA YUGULAR EXTERNA

Consta de uno a cuatro elementos ganglionares que se sitúan de arriba hacia abajo, desde los ganglios parotídeos inferiores hasta la mitad del esternomastoideo y se colocan a lo largo de un vaso linfático satélite de la vena yugular externa, que une los ganglios parotídeos con las cadenas yugulares interna o cervical trasversa.

GRUPOS LATERALES PROFUNDOS DEL CUELLO

Las preparaciones muestran que los ganglios laterales profundos del cuello se disponen en tres cadenas. La cadena yugular interna, la cadena del nervio espinal y la cadena cervical trasversa.

La cadena yugular interna se compone de numerosos ganglios yuxtapuestos a la vena yugular interna; unos, externos, están dispuestos en una o varias series verticales a lo largo de su borde externo; otros son anteriores y se relacionan con la cara anterior de la vena. Estos últimos se dividen en tres grupos principales: un grupo superior o subdigástrico, un grupo medio, supraomohioideo y un grupo inferior cerca de la terminación de la vena yugular interna. El grupo inferior es muy raro. Los otros dos son constantes ⁴.

GANGLIOS

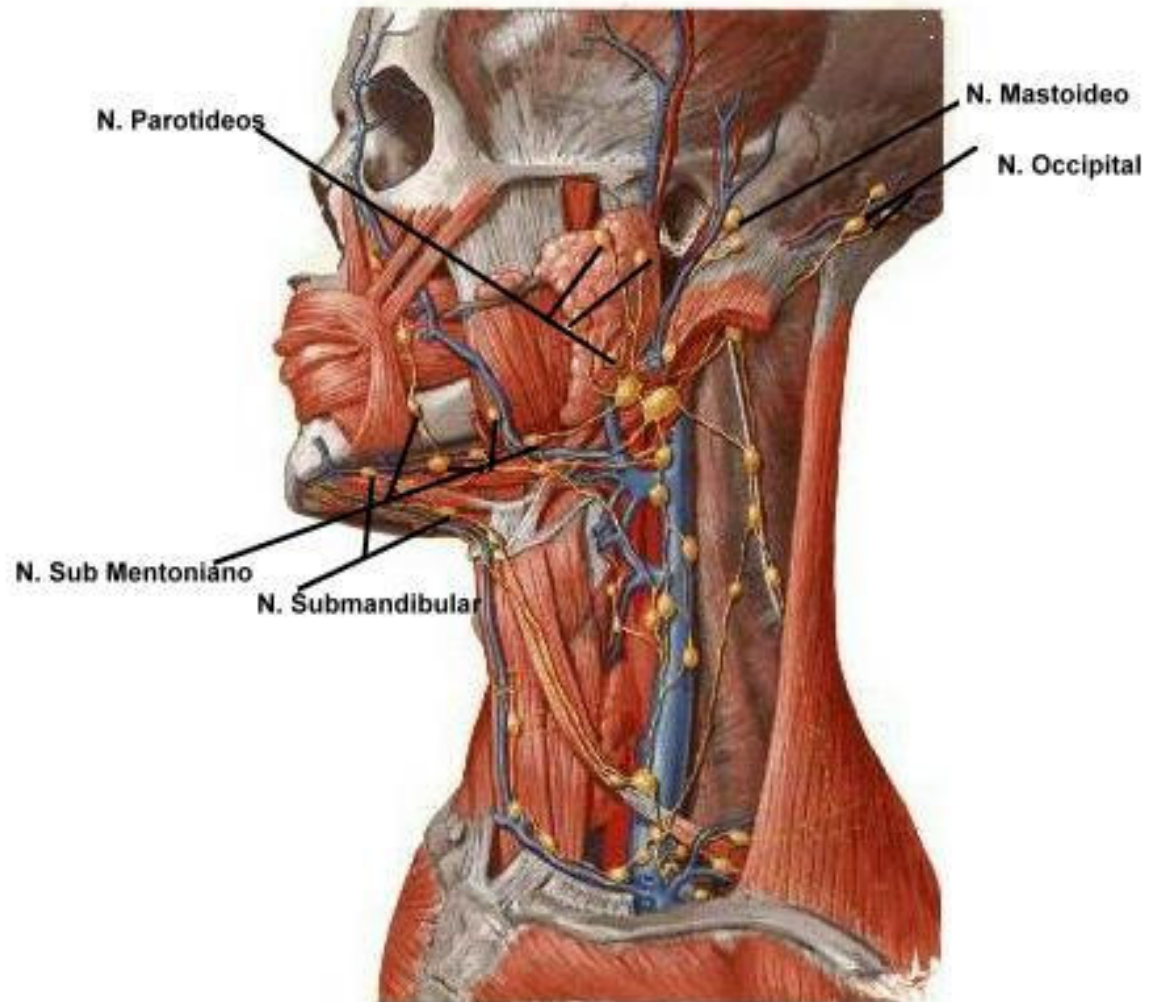


Fig.-8 IMAGENOLOGIA DE NETTER

NERVIO MAXILAR INFERIOR

“Para algunos, el nervio mandibular es la tercera rama del trigémino; se considera un nervio mixto debido a la incorporación de la raíz motora. Rápidamente abandona la fosa craneal media por el agujero oval, y llega a la fosa infratemporal donde se relaciona con las arterias meníngeas media y menor-ramas de la arteria maxilar interna-, y con el ganglio ótico de Arnold. En esta misma situación, las estructuras del oído medio son bastante próximas, en especial la trompa de Eustaquio.

Después de un breve trayecto -2-3mm- por la fosa infratemporal, se subdivide en dos troncos, uno anterior y predominantemente motor, otro posterior y eminentemente sensitivo los contenidos de estos troncos no para nuestra especialidad son iguales para los distintos autores; nosotros hemos adoptado una concepción, avalada entre otros por Carpentier y López Arranz que lo describen así:

TRONCO ANTERIOR

Nervios para los músculos temporal, masetero y pterigoideo externo; nervio bucal.

TRONCO POSTERIOR

Nervio alveolar inferior, lingual, auriculotemporal; tronco común para los músculos pterigoideo interno, periostafilino externo, (tensor del velo del paladar) y músculo del martillo (tensor de la membrana del tímpano).

De todos ellos, sin duda alguna, los más importantes son el nervio alveolar inferior y sus terminales y el nervio lingual.

NERVIO ALVEOLAR INFERIOR

El nervio alveolar inferior es también conocido con los nombres de nervio dentario inferior y nervio alveolodentario inferior. Antes de hacerse intramandibular, tiene un trayecto hacia abajo y hacia delante, trascurriendo entre la aponeurosis interpterigoidea y el músculo pterigoideo interno mediante la cara interna de la rama ascendente y el músculo pterigoideo externo por fuera. Justo antes de penetrar en el agujero mandibular, emite una colateral que es el nervio milohioideo. Durante su recorrido por dentro del conducto alveolar inferior (para algunos conducto mandibular), va acompañado por los vasos del mismo nombre.”⁶

“Se acepta que el nervio mentoniano es la Terminal del nervio alveolar inferior, y se separa de él a nivel de los premolares inferiores; siguiendo el conducto mentoniano, emerge al exterior a través del agujero mentoniano.

En cambio, el nervio incisivo también llamado nervio incisivo inferior no es admitido como una estructura bien definida de forma unánime ya que presenta muchas anomalías morfológicas; para algunos sería más un plexo que un nervio.

NERVIO LINGUAL

Colateral del nervio maxilar inferior, se desprende de éste en la región infratemporal y sigue una trayectoria hacia delante y hacia dentro, describiendo una amplia curva de concavidad superior.

En el primer tramo transcurre al lado del músculo pterigoideo interno paralelamente a sus fibras estableciendo relación con el nervio alveolar inferior aunque queda siempre más medial y más anterior; cuando llega a nivel del tercer molar inferior, lo encontramos francamente adosado a la cortical interna de la mandíbula y a partir de este punto ya se hace más medial y más superficial, y entra en la región sublingual supramilohioidea donde va del brazo con el conducto de Wharton; se acaba distribuyendo por los 2/3 anteriores de la lengua”.⁶

INERVACION DEL MAXILAR INFERIOR

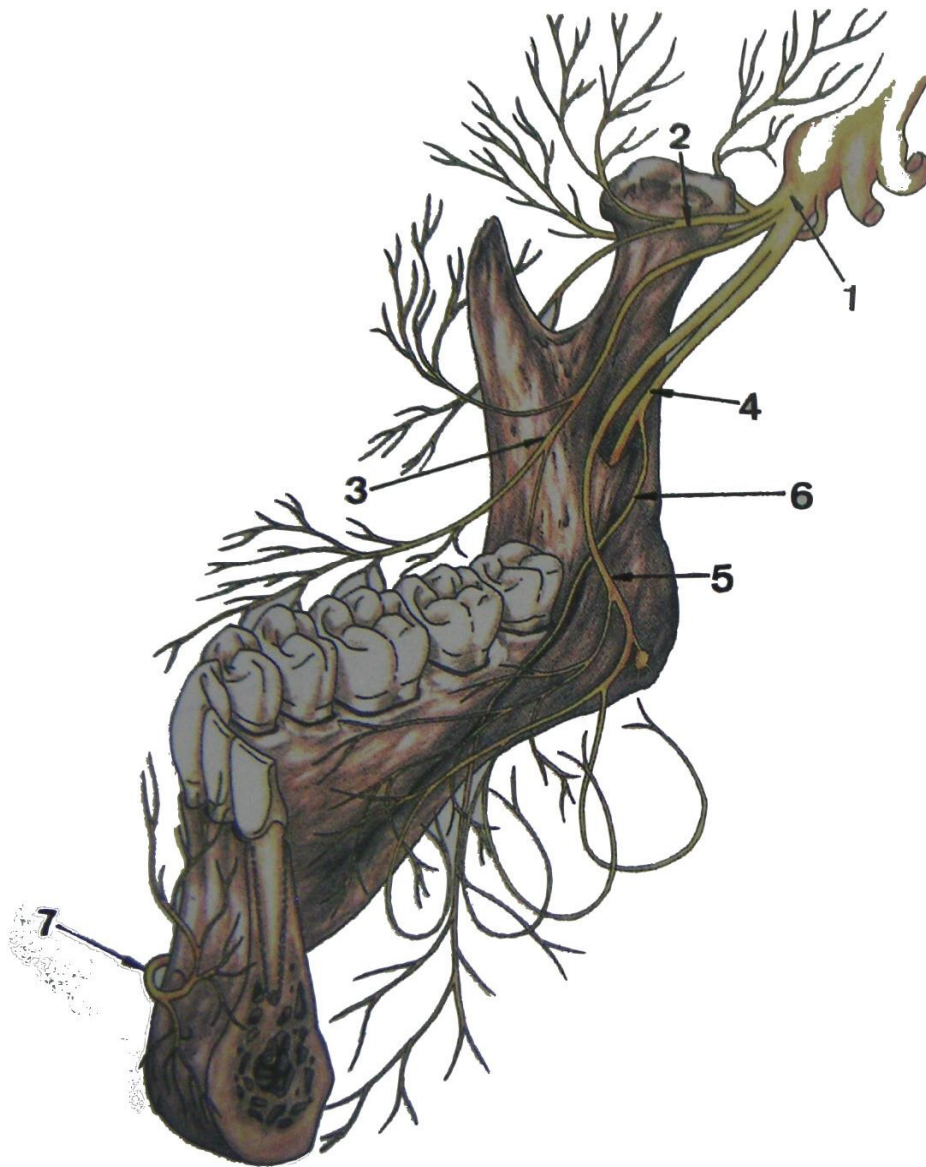


Fig.-9 COSME EG CIRUGIA BUCAL

- 1.-Nervio maxilar Inferior
- 2.-Nervio temporal profundo anterior
- 3.-Nervio bucal
- 4.-Nervio alveolar inferior
- 5.-Nervio lingual
- 6.-Nervio milohioideo
- 7.-Nervio mentoniano

ESPACIO PERICORONAL Y FOLICULAR

“El folículo dental es necesario para la erupción del diente incrementándose el número de monocitos presentes en dicha estructura durante la erupción. Existen también osteoclastos en la superficie coronal de la cripta ósea. Microscópicamente, se observa que el folículo dental está compuesto por tejido blando o tejido fibroso, colágeno denso que contiene nidos o cordones de epitelio odontogénico.

El folículo aparece a la exploración radiográfica como un halo radio transparente homogéneo. Este halo tiene un borde externo radiopaco y fino, que representa hueso compacto en continuidad con la lámina dura. El halo radio transparente se funde con el espacio del ligamento periodontal; la anchura del mismo varía en función del grosor cambiante de los folículos y del acúmulo del líquido entre la cápsula del epitelio reducido y la corona del diente.

Los dientes que han permanecido impactados durante algunos años muestran con frecuencia menor espacio pericoronal. Por el contrario, los caninos no erupcionados del maxilar superior suelen presentar espacios foliculares mayores, sobre todo cuando se ha retrasado su erupción.

Se han empleado las siguientes directrices para distinguir los folículos normales de los anormales.

1.- Cuando una radiotrasparencia folicular sintomática alcanza un diámetro aproximado de 2.5 cm. Y la lámina cortical circundante está mal definida hay que sospechar patología.

2.- Si el espacio pericoronal alcanza una anchura de 2.5 mm, en la radiografía, se trata de un signo de presunción de acúmulo de líquido en el interior del folículo existiendo patología en el 80% de los casos.

Esta última directriz no ha sido útil para evaluar los espacios pericoronarios de los caninos superiores, que suelen ser mayores que los que rodean a otros dientes en erupción.”³

QUISTE DE LOS MAXILARES

“El desarrollo de lesiones quísticas de origen epitelial son muy frecuentes en los huesos maxilares.”⁷

“Las diversas lesiones han sido agrupadas debido a su origen común en un grupo de tejidos de especializados muy particular y su clasificación se basa en este origen, en las diversas capas germinales.

Estos quistes derivan del epitelio asociado con la formación del aparato dental. Como pueden producirse diversos tipos de estos según la fase de odontogénesis durante la cual se originan, varios investigadores han intentado idear una clasificación y un sistema de nomenclatura de las lesiones. Algunas de estas no han sido del todo satisfactorias por que suelen no especificar como se originan y desarrollan los quistes.

La organización mundial de la salud (OMS) estableció un centro internacional de referencia para la definición y clasificación histológica de los tumores odontológicos, quistes de los maxilares y lesiones asociadas en Copenhague en 1966.

Esto se hizo fundamentalmente en reconocimiento de la complejidad de este grupo y en un intento por conseguir colaboración internacional en la explicación y difusión de conocimientos e ideas.”⁸

“Tal vez de entre todos los procesos tumorales que se dan en territorio Maxilofacial los quistes maxilares son los mas importantes debido a la frecuencia de su presencia. Una adecuada exploración clínica y radiológica por parte del odontólogo será suficiente para alcanzar un diagnóstico de presunción que será corroborado por anatomía patológica.

Los quistes tienen distintos orígenes y comportamientos clínicos, aunque su crecimiento siempre es lento y expansivo pero no infiltrante, por aumento de su presión interior y no por proliferación tisular. Por lo tanto no se consideran como tumores, son benignos y solo ocasionalmente pueden malignizarse.

Clásicamente se han descrito como cavidades patológicas con contenido liquido, semilíquido o gaseoso que suelen estar revestidas de epitelio. La presencia de tejido epitelial puede ser debida a restos derivados de la vaina de herrtwig (restos de Malassez), de la lámina dentaria y del órgano del esmalte, epitelio no odontogénico o del que forma el conducto naso palatino.”⁹

“La clasificación publicada en 1992 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) goza de gran aceptación. En ella los tumores se dividen en benignos y malignos y después se subdividen en función del tipo de tejido Odontogénico que interviene en la génesis de la lesión.”¹⁰

CLASIFICACIÓN

“Clasificación suscrita por la OMS en 1992.

Quistes epiteliales

- Del desarrollo
- Odontogénicos
- Quiste gingival infantil
- Queratoquiste Odontogénico (primordial)
- Quiste dentífero (folicular)
- Quiste de erupción
- Quiste periodontal lateral
- Quiste gingival del adulto
- Quiste odontogénico glandular

No Odontológicos

- Quiste del conducto naso palatino.
- Quiste Naso labial (naso alveolar).
- Quistes medianos (palatino, alveolar y mandibular)
- Quiste glóbulo maxilar

Inflamatorios

- Quiste radicular: apical, lateral y residual.
- Quiste parenteral: colateral inflamatorio, bucal y mandibular infectado.

Quistes no epitelial

- Quiste óseo solitario.
- Quiste óseo aneurismático.”⁹

QUÍSTE DENTÍGERO O FOLICULAR

“El quiste dentígero o folicular es el tipo más común de quiste odontógeno embrionario. Por definición, es una lesión quística que deriva de epitelio reducido del esmalte que envuelve la corona de un diente retenido.”¹¹

“Son de origen epitelial odontogénico y debido a alteraciones del desarrollo ocupan el segundo lugar en frecuencia (El primer lugar lo ocupan los quistes radiculares).

Se relaciona con dientes no erupcionados terceros molares, caninos o premolares incluidos, entre la segunda y cuarta década.

Así mismo existe la posibilidad de degeneración a carcinoma epidermoide. La capa epitelial es pavimentosa, estratificada, fina y regular, esta puede engrosarse si existe inflamación.

El crecimiento de este quiste es muy lento y lo hace siempre hacia las zonas de menor resistencia: lámina externa o interna, rama ascendente hasta condilo y coronoides, orbita o fosa nasal. Este crecimiento del quiste provoca la migración del diente responsable en dirección contraria a su camino de erupción. Los dientes adyacentes pueden desplazarse y sufrir risolisis.

Inicialmente si no hay infección, la clínica es asintomática y al evolucionar puede detectarse por una tumoración visible.

La exploración radiográfica confirma la existencia del quiste por la aparición de una imagen radio transparente que rodea generalmente la corona de dicho diente.”⁹

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

“El quiste folicular o dentígero surge del folículo de un diente que no brotó, que puede ser parte de la dentición regular o supernumerario, que permanece unido al cuello del diente y encierra la corona. Algunos dientes que no brotan parecen más susceptibles que otros al desarrollo de estos quistes.”¹²

“Las localizaciones más comunes de este quiste son las zonas de terceros molares inferiores y de los caninos superiores por que estos son los diente que con más frecuencia son retenidos.

El quiste dentígero en su primera etapa es asintomático y en etapas avanzadas tiene la capacidad potencial de transformarse en una lesión agresiva.

La expansión de hueso con la consiguiente asimetría facial, gran desplazamiento de dientes, resorción interna de las piezas adyacentes y dolor son secuelas posibles del agrandamiento del quiste.

La lesión quística de un tercer molar inferior retenido puede producir el ahuecamiento de toda la rama ascendente hasta la apófisis coronoides y condilo así como la expansión de la lámina cortical debido a la presión que ejerce. Junto con esta reacción puede haber un desplazamiento tal del tercer molar que a veces llega comprimido contra el borde inferior de la mandíbula. En el caso de un quiste de un canino superior, suele haber expansión del sector anterior del maxilar y superficialmente puede parecer una sinusitis aguda o una celulitis.”⁸

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

“El examen radiográfico del maxilar que tiene un quiste dentígero revelará una zona radiolúcida, de alguna manera vinculada con la corona de un diente no brotado, es posible que la corona dental no erupcionada o retenida por alguna razón esta rodeada simétricamente por esta radiolucidez, aunque hay que tener cuidado en no confundir el espacio circuncoronario o folicular normal con un quiste verdadero. En otros casos, la zona radiolúcida se proyecta lateralmente desde la corona dental, en particular si el quiste es relativamente grande o si hubo desplazamiento dental. A esta situación se le suele denominar quiste dentígero.”⁸

“En las técnicas de diagnóstico por imagen, un quiste dentígero mandibular se visualiza como una zona unilocular de osteólisis claramente delimitada. Los dientes contiguos están desplazados y pueden estar parcialmente erosionados. Los quistes dentígeros maxilares suelen excederse hacia el antro, desplazando y remodelando la pared ósea sinusal. Los más grandes pueden proyectarse a la cavidad nasal o a la fosa infratemporal y elevar el suelo de la órbita. En la mandíbula, se observa expansión y reducción del espesor de la cortical bucal o lingual.”¹⁰

“Aún cuando el diagnóstico de los quistes neoplásicos es sugerido a menudo por los datos radiográficos, y hasta puede fundarse totalmente en tales datos, su identificación concluyente deberá basarse necesariamente en su examen histológico.”¹³.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

“Desde el punto de vista histopatológico, un quiste es una cavidad revestida por epitelio que contiene en su interior líquido o material semisólido. En la mayoría de los casos, para poder establecer el diagnóstico, es necesario examinar al microscopio el tejido de revestimiento y analizar los datos clínicos y radiológicos.”¹⁰

“Se compone de una delgada pared de tejido conectivo con infiltración de linfocitos, células plasmáticas, cristales de colesterol y en ocasiones islotes de epitelio odontogénico y proliferaciones ameloblasticas que potencialmente hace que estos quistes deriven a ameloblastomas así como existe la posibilidad de degeneración a carcinoma epidermoides. La capa epitelial es pavimentosa estratificada, fina regular y puede engrosarse si existe inflamación.”⁹

“El 25% de los quistes mandibulares presentan áreas focales de células mucosas. La cobertura de tejido conectivo puede mostrar zonas de inflamación. La cavidad contiene un líquido amarillento, cuyo análisis puede revelar la presencia de colesterol.

Se han comunicado numerosos casos de desarrollo de ameloblastoma en las paredes de los quistes foliculares (5% de los quistes foliculares). Aunque menos frecuente, también es posible el desarrollo de carcinoma de células escamosas.”¹⁴

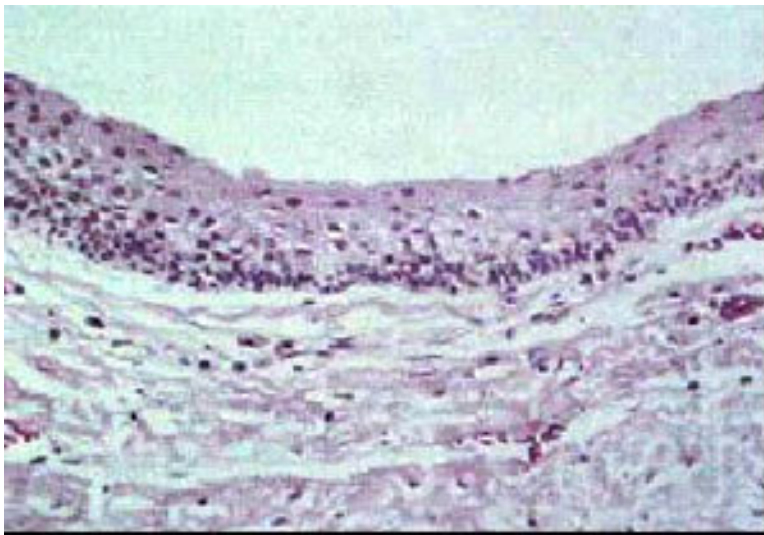


Fig.-10 VELAZQUEZ RC: QUISTE DENTIGERO FORO PROFESIONAL DIRECTORIO ODONTOLOGICO COPYRIGHT 1999-2006 WWW.ODONTOLOGIA.ONLINE.COM.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

“El diagnóstico diferencial de radiolucides pericoronarias debe incluir queratoquiste odontógeno, ameloblastoma y otros tumores odontógenos. La transformación ameloblasticas del revestimiento de un quiste dentífero también debe ser parte del diagnóstico diferencial. Los tumores odontogenos adenomatoides deben considerarse seriamente en el caso de radiotransparencias pericoronales anteriores; otra posibilidad es el fibroma ameloblastico cuando se encuentran en la parte posterior de las mandíbulas de un paciente joven.”¹⁵

“El aspecto radiológico consiste en un quiste bien definido que contiene la corona de un diente desplazado de su posición normal. La cavidad es redondeada y unilocular. El crecimiento lento y uniforme de estos quistes da lugar aun contorno óseo esclerotico y a una corteza bien definida en la mayoría de los casos

El diente afectado suele estar desplazado una distancia considerable y por ejemplo un tercer molar, puede ser empujado hasta el borde inferior del maxilar inferior.

Un quiste dentífero puede diferenciarse rápidamente de un quiste periodontal con base en las características ya descritas.

Sin embargo, en raras ocasiones un quiste primordial puede envolver a la corona de un diente, como lo puede hacer un ameloblastoma, y cualquiera de estos puede dar un aspecto muy parecido y un quiste dentífero en una radiografía. En estas circunstancias puede encontrarse en el momento de la operación que la lesión no es un quiste simple, pero el diagnóstico diferencial depende del exámen histológico adecuado.”¹⁶

TRATAMIENTO

“El tratamiento de este quiste esta regido por el tamaño de la lesión. Las lesiones pequeñas pueden ser enucleadas por medio de cirugía en su totalidad, con poca dificultad. Los de mayor tamaño que producen una perdida ósea importante y adelgazan en forma peligrosa el hueso, suelen ser tratados mediante la inserción de un drenaje quirúrgico o marsupialización (eliminación en dos fases, la disminución de tamaño colocando un penros para drenar y luego la eliminación del quiste por medio de cirugía).”⁸

“Es aconsejable, frente al primer diagnóstico de quiste dentígero, asegurar por medio de un estudio biópsico (punción biopsia), las características del contenido para establecer, en primera instancia si se trata de un queratoquiste o de alguna otra entidad (tumor odontogénico adenomatoide). En segundo lugar, es recomendable la eliminación quirúrgica de la membrana quística y su posterior estudio anatomopatológico, para descartar cualquier eventualidad que pueda presentarse en la pieza quirúrgica.”⁷

“Las posibles complicaciones del quiste dentígero no tratado tiene considerable significado. Es posible que el revestimiento epitelial del quiste dentígero se transforma en ameloblastoma, pero raras veces se reconoce transformación carcinomatosa de dicho epitelio de revestimiento. Cuando se identifican células mucosas, también es posible que se desarrolle un carcinoma muco epidermoide intraóseo pocas veces detectado.”¹⁷

“La recurrencia después de su eliminación quirúrgica es rara en los quistes dentígeros. El posible desarrollo de un ameloblastoma o transformación maligna a partir de un quiste dentígero, aunque rara, se ha descrito alguna vez y es un tema discutido en la actualidad.”¹⁰

Técnica quirúrgica para la enucleación de quiste dentígero

“-La incisión deberá situarse sobre tejido óseo sano y alejada de la zona de osteotomía. Las incisiones más frecuentes son las de Partch y Neuwman pero el diseño irá en función de la zona anatómica donde este situado el quiste.

Se levanta el colgajo tratando de no desgarrar la mucosa ni perforar el quiste si éste ya ha destruido las corticales. A pesar de ello será necesaria la osteotomía con fresa redonda o pinza gubia suficientemente amplia como para poder realizar la exéresis completa con garantía. Para ello se utilizaran cucharillas de legrado y espátulas curvas para quistes que permitan el despegamiento de la cápsula de su lecho óseo sin romperla desde la zona más exterior hacia el interior terminando su enucleación al separarlo del diente causante: La pieza obtenida deberá ser sometida a estudio histopatológico. Cuando sea posible el diente contiguo será conservado mediante un tratamiento de conductos y apicectomia con relleno retrógrado. En caso de que el diente este desvitalizado pero existan dudas sobre la condensación y sellado del material de relleno, es conveniente repetir la endodoncia. No deben quedar restos capsulares ni espículas óseas tras la exéresis del quiste y la sutura será meticulosa. Generalmente no es necesario utilizar materiales de relleno a no ser que el defecto óseo sea muy grande y comprometa un posible tratamiento implantológico es aconsejable realizar un seguimiento radiológico anual. Si bien el postoperatorio suele ser bueno, pueden existir complicaciones derivadas de la invasión de estructuras anatómicas vecinas al quiste, así como de la infección de la cavidad o de la recidiva por insuficiente extirpación”. 9

DIAGNÓSTICO

HISTORIA CLINICA

“El estudio del paciente debe siempre iniciarse con la historia clínica Anamnesis (del griego anamnois, que significa recuerdo o recapitulación), es la realización de un interrogatorio del paciente dirigido y orientado a recordar o traer a la memoria cosas y datos olvidados.

La historia clínica debe incluir el máximo de información posible de los datos personales y familiares referentes al propio paciente, previos o anteriores a la enfermedad actual. Esta información puede ser obtenida mediante una entrevista con el propio paciente o en forma de un cuestionario sobre la salud que rellena él mismo y que es luego revisado por el odontólogo al hacer la primera visita.

En todas las especialidades médicas y en la odontología, la historia clínica tiene un papel fundamental para el correcto diagnóstico y posterior tratamiento, es decir, para el ejercicio correcto de la profesión, la historia clínica demuestra como los datos obtenidos en el interrogatorio permiten “tender lazos” entre los datos objetivos y las pruebas complementarias, etc.”⁶

La historia clínica comprenderá

“-Datos de la identificación del paciente

-Nombre y apellido, edad, sexo, lugar de nacimiento, actividad profesional, dirección y teléfono, etc.

-Padecimiento actual

Es clásico iniciar este estudio con tres preguntas: ¿Qué le sucede o aqueja?, ¿Desde cuándo?, ¿a qué lo atribuye? A continuación se sigue con la descripción de la enfermedad o proceso nosológico actual, siguiendo un orden cronológico, dejando al paciente que se extienda en ello, tratando de incluir los datos de interés y procurando enseguida canalizar el interrogatorio con preguntas correctas que relacionen los signos y síntomas presentes. En los niños, los datos podrán obtenerse de los padres o de ambos.

Generalmente los pacientes que acuden al cirujano bucal suelen hacerlo por presentar dolores, tumoraciones, traumatismos o deformidades, y es frecuente que éstos vayan referidos por un odontólogo general o distintos especialistas médicos.

-Antecedentes hereditarios

En los antecedentes, averiguaremos las enfermedades de padres, hermanos y parientes y las posibles causas de su muerte. Esto nos dará la oportunidad de valorar las tendencias hereditarias del paciente o la posibilidad de adquirir la enfermedad dentro de su propia familia.

En los antecedentes hereditarios, debemos detectar las deformidades o enfermedades sufridas por los familiares directos del paciente.

En algunos casos, debido a la naturaleza de la enfermedad actual, se necesita el conocimiento detallado del estado económico y emocional del paciente y de su ocupación o trabajo (exposición a agentes tóxicos y otros datos que nos orienten hacia enfermedades laborales).

-Antecedentes personales patológicos

Es imprescindible indagar las enfermedades padecidas y las intervenciones quirúrgicas realizadas anteriormente.

Es preciso investigar de forma preferente la posibilidad de que el paciente presente procesos o antecedentes alérgicos. Es evidente que detectemos enseguida con un buen interrogatorio, si el paciente tiene antecedentes de enfermedades cardíacas, renales, pulmonares, etc., o si padece o ha sufrido cualquier otro proceso morboso sistémico o de los distintos órganos o sistemas.

Debemos asimismo obtener información de los hábitos (tabaco, alcohol, etc.) del paciente, lo que aportaría así datos del sistema o modo de vida del paciente. Hay que registrar cuidadosamente los medicamentos que ésta tomando o que ha tomado con el fin de evitar fenómenos de alergia o interacciones de los fármacos que podamos prescribir.

En la mujer debe buscarse datos propios de su fisiología:

Menstruación, embarazos, partos, etc.

-Antecedentes personales no patológicos

En este apartado se averiguará:

-El tipo de vivienda que tiene

-Hábitos higiénicos

-Hábitos dietéticos

Cuando hay alguna duda, debido a la historia clínica obtenida, se debe consultar al médico de cabecera o al especialista que lo controla a fin de valorar adecuadamente las condiciones físicas y psíquicas del paciente (pedir informe escrito).”⁶

EXPLORACION FÍSICA

“El estudio clínico completo exigirá la realización de la exploración clínica, que será el primer complemento de aquélla. La exploración física del paciente se empezará anotando peso, estatura, temperatura, pulso, respiración, presión arterial y todos aquellos datos que consideramos de interés, en función de los antecedentes y enfermedades detectadas en la historia clínica. Estos signos vitales deben ser conocidos para detectar anormalidades, asociación con afecciones médicas que puedan influir en la terapéutica y como punto de referencia en el caso de plantearse cualquier situación de urgencia. Debemos efectuar una exploración general adecuada al caso e insistir al máximo en la exploración regional (cabeza y cuello) y la exploración local (cavidad bucal).

En todos los casos debe recordarse que las estructuras bucales y faciales deben ser exploradas en reposo y en movimiento (por ejemplo la exploración de los labios en reposo sellado labial, y en movimientos sonrisa gingival).

La exploración clínica seguirá un orden: inspección ocular, palpación manual y otras técnicas instrumentales, con un patrón de rutina sistemática para asegurarse que nada nos pueda pasar por alto.

-Inspección ocular

Realizamos un detallado estudio de la cavidad bucal y de las zonas facial, cervical, etc.

-Inspección extrabucal

Con ella podemos detectar múltiples alteraciones, de las que destacaremos:

Simetría facial. Alteraciones de volumen y contorno de la cara. Presencia de tumefacciones faciales.

Alteraciones de la coloración cutánea, de la distribución del sistema piloso en la cara y cuero cabelludo.

Tumoraciones localizadas en las regiones cervicales (suprahioidea, región latero cervical, etc.), en las regiones faciales (Orbitaria, mentoniana, etc).Alteraciones de la movilidad facial (parpados, labios, etc) y de la sensibilidad de las distintas zonas buco faciales.

Presencia de desviaciones o anomalías de los movimientos mandibulares.

Presencia de depresiones, deformidades, abultamientos, limitaciones o alteraciones funcionales, etc.

-Palpación manual

Esta puede ser realizada con uno o varios dedos, con una o ambas manos, de forma superficial o profunda pero siempre con los guantes quirúrgicos estériles colocados.

La existencia de dolor nos obliga a efectuar una palpación moderada y con precaución con el fin de no provocar más dolor del indispensable.

-Palpación de la cavidad bucal

Puede obtenerse información de la consistencia y otras características de posibles tumoraciones bucales (adherencia, limitantes, etc.); igualmente podemos palpar todas las estructuras bucales.

-Palpación extrabucal

De acuerdo con cada caso podremos realizar la palpación minuciosa y comparada de ambos lados faciales y cervicales, analizando las características de todas estructuras y dedicando especial interés al estudio de las posibles tumefacciones presentes en la región de cabeza y cuello.

En la exploración palpatoria pueden encontrarse distintos fenómenos: presencia de resaltes, palpación que deja huella, crepitación, etc., e incluso otros datos como la elevación térmica local, puntos donde el tacto desencadena dolor, palpación de chasquidos o crujidos articulares (ATM), etc.

Ante la presencia de una tumoración podremos valorar: la consistencia, la adherencia a planos profundos o superficiales, la homogeneidad, las variaciones de tamaño, la movilidad, etc.

Ante la presencia de una tumoración podremos valorar: la consistencia, la adherencia a planos profundos o superficiales, la homogeneidad, las variaciones de tamaño, la movilidad, etc.

La palpación de las distintas regiones cervicales debe realizarse siempre pero sobre todo cuando existe la sospecha de la presencia de adenopatías, por otra parte tan frecuentes en esta zona corporal. La presencia de ganglios cervicales puede conocer distintas y muy variadas etiologías. Procesos infecciosos virales, o bacterianos, ya sean de origen local, regional o sistémico. Lesiones de la mucosa bucal y de los huesos maxilares. Metástasis de tumoraciones malignas intraorales o de distintas localizaciones cráneo maxilofaciales, y de localizaciones primitivas distantes vehiculizadas por vía hematológica (riñón, pulmón, mama, etc).

Enfermedades sistémicas como los linfomas. Las adenopatías palpables pueden ser totalmente intrascendentes, como en el caso de una adenomegalia por una infección bucal, o ser indicativa de una grave lesión o afección sistémica como en el caso de las adenopatías metastásicas de las lesiones neoplásicas buco faciales. En todos los casos debe realizarse un buen diagnóstico diferencial del resto de posibles tumoraciones cervicales.

El registro gráfico de los hallazgos de los tejidos blandos y duros cráneo maxilofaciales, cervicales y bucales suele ser de gran utilidad al igual que la realización de fotografías, diapositivas o cualquier otro tipo de material iconográfico; su interés no es solamente para facilitar el diagnóstico sino que también se extiende a la docencia y a la investigación clínica.”⁶

-Inspección de la cavidad bucal

Con una buena iluminación iremos observando detenidamente todas las estructuras orales con el fin de detectar posibles alteraciones o anomalías.

Labios: tamaño, forma, simetría, presencia de lesiones mucosas, etc.

Encía y mucosa bucal: color, presencia de lesiones o de cualquier otro tipo, etc.

Lengua: tamaño, forma, color, presencia de las papilas, lesiones de la mucosa lingual, etc.”⁶

Dientes: estado de la erupción, ausencias dentarias presencia de patología dentaria (caries, etc), tamaño, forma y color de los dientes, tratamientos dentales y protésicos realizados, etc.

Otras técnicas instrumentales

“-Auscultación. Por ejemplo con el estetoscopio de los ruidos de la articulación temporomandibular.

-Percusión de un diente con el mango del espejo dental para confirmar una necrosis pulpar.

Dentro del historial clínico deben incluirse las anotaciones quirúrgicas que reseñará el tipo y cantidad y de anestesia empleada, el procedimiento quirúrgico detallado especificando las posibles complicaciones, y de cualquier otro dato que pueda ser de interés. Todos los controles postoperatorios y las posibles incidencias que puedan surgir deben constar en la hoja o espacio de la historia clínica dedicado a ello.”⁶

AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

a) Estudio radiológico

“La radiología es un medio auxiliar fundamental en cirugía bucal, complementando el estudio clínico del paciente. Las radiografías confirman muchos de los datos observados en la historia clínica y revelan otros nuevos de una manera rápida y efectiva. La patología quística es normalmente diagnosticada como un hallazgo radiográfico al hacer una placa radiográfica de control o por otro motivo cualquiera.

En nuestra especialidad pueden utilizarse distintas técnicas radiográficas: radiografía panorámica u ortopantomografía, radiografías intrabucales, radiografías extrabucales, y otras técnicas radiográficas.

RADIOGRAFÍA PANORAMICA

La ortopantomografía consigue una visión completa de los maxilares y de todos los dientes en una sola placa radiográfica. Es una técnica fácil de realizar, con una reproducción nítida y rica en contraste, pero que da un detalle de las estructuras alvéolo dentales deficientes.

INDICACIONES

Las indicaciones de la ortopantomografía, de acuerdo con Donado, son:

-Exploración sistemática general.

Esta placa radiográfica es la forma de obtener de manera rápida y efectiva de una visión total y panorámica de todo el macizo maxilofacial, con ambos maxilares completos, las articulaciones temporomandibulares, los senos maxilares, y los dientes y áreas peridentarias.

Es la placa que debe realizarse en la primera visita actuando a modo de “ficha” y en los controles rutinarios de nuestro paciente. En una sola película podemos detectar la existencia de una caries, anomalías dentarias de posición y número, ectopias dentarias, alteraciones óseas, quísticas, tumorales, traumáticas, etc.

-Cirugía Bucal y Maxilofacial. La ortopantomografía es de gran utilidad: retenciones dentarias, patologías infecciones, patología tumoral, cirugía ortopédica de los maxilares, patología de los senos maxilares, patología de la articulación temporomandibular, etc.

-Estudio de las alteraciones estructurales maxilofaciales producidas por enfermedades sistémicas (endocrinas, metabólicas, patología tumoral generalizada, etc.) y óseas.

-En exploración de los focos dentarios.

-En patología y terapéutica Dental, periodoncia, ortodoncia, prótesis y otras ramas de la odontología tendrá sus indicaciones.

-En implantología buco facial.

-En odontología médico-legal. Esta placa es un buen registro odontológico para identificación forense.”⁶

VENTAJAS

“-Mayor amplitud de registro en una sola placa. Nos permite tener información general de la cavidad bucal y de ambos maxilares.

-Elimina superposiciones.

-Posibilidad de comparar entre el lado sano y el lado enfermo.

-Menor tiempo de exposición.

-Baja dosis de radiación.

-Comodidad para el paciente (exploración general, puede hacerse en accidentados o en casos de urgencias; exige una mínima colaboración, y es posible su realización en incapacitados o enfermos disminuidos psíquicos o físicos, en niños poco colaboradores, en pacientes con reflejo nauseoso aumentado, etc.)

-Comodidad para el profesional.

-Es un estudio sencillo, económico, rápido, cómodo y efectivo.

INCONVENIENTES

-Menor nitidez y pérdida de detalle (la zona incisiva se ve borrosa, no se aprecian adecuadamente las corticales óseas, etc.).

-No es suficiente para la exploración dentaria.

-Deformación y magnificación de la imagen (25%), conservación de la forma general.

-Mala visualización de los senos paranasales y del tercio medio facial.

-Enfoque invariable

RADIOGRAFIAS INTRABUCALES

Su utilidad es preferentemente para el diagnóstico dentario y peri dentario, pero a menudo serán de gran ayuda para matizar u obtener detalles concretos de la exploración radiológica buco facial.

La película radiográfica se coloca dentro de la cavidad bucal, y según el tamaño y colocación de ésta, se distingue las técnicas peri apicales, interproximales o de aleta mordida y las oclusales.

RADIOGRAFIAS EXTRABUCALES

Con ellas podremos visualizar, con mayor o menor dificultad, todas las estructuras óseas cráneo y maxilares: senos maxilares, órbitas, A.T.M., tercio medio facial, etc.

Este tipo de placas por su dificultad de ejecución e interpretación son realizadas e informadas por el medico especialista en radiología.

Estas técnicas, además de recomendarse cuando el proceso desborda la región bucal, o es inaccesible a las técnicas intrabucales o panorámica de los maxilares, se indican cuando el paciente tiene trismo o cualquier otro proceso que impide la manipulación o la introducción de una película en la boca, por ejemplo en pacientes con traumatismo buco facial importante.

FRONTALES

- Antero posterior
- Postero anterior

OBLICUO-FRONTALES

- Proyección oblicuo-frontal de mandíbula

LATERALES

- Proyección lateral pura.
- Proyección infero-oblicua o mandibular latero-oblicua.
- Proyección latero-costero-oblicua.
- Proyección latero-vertical.

VERTICALES

- Proyección de Irte o vertex-mentón-placa.”⁶

b) Exámenes de laboratorio

“La evaluación mediante pruebas de laboratorio es una fase importante en la determinación del estado de salud del paciente.

El odontólogo debe conocer sus indicaciones cómo solicitarlas al laboratorio e interpretar sus resultados.

Interpretación de los valores

BIOMETRIA HEMATICA

Glóbulos rojos- Hombre 5,5 mill/mm³

Glóbulos rojos- Mujer 4,8 mill/mm³

Disminuye en anemia por pérdida (hemorragia interna o externa), destrucción (hemolítica, congénita, infecciosa, química, inmunológica), alteraciones de producción (carencia de hierro, vitamina B, ácido fólico y proteínas) o disminución en la producción (aplásica, perniciosa). Aumenta denominándose poliglobulia primaria (etiología desconocida) y poliglobulia secundaria (fumadores, neoplasia, deportistas y en la altura).

Glóbulos blancos 5000-9000/mm³

Su disminución (leucopenia) se expresa como agranulocitos o neutropenia (debido a quimioterapia, barbitúricos, AINES, sulfamidas, cloranfenicol y SIDA). En infecciones, traumatismos, necrosis de tejidos, poliglobulia, leucemia y SIDA puede aumentar junto al hematocrito.

Neutrófilos 55 – 70%

Aumenta en infecciones producidas por bacterias, hongos, abscesos e intoxicaciones.

Eosinófilos 1-5%

Aumentan en infecciones parasitarias, cutáneas y alergia (asma).

Basófilos 0,3-1%

Aumenta en alergias. Se deberá complementar con dopaje de inmunoglobulina E.

Linfocitos 25-30%

Aumenta en virosis y SIDA (aumenta inicialmente y en estadios terminales baja). Los valores menores al 25%, junto con aumento del hematocrito y glóbulos blancos normales, se deben a la respuesta inmunológica disminuida.

Monocitos 4-10%

Se considera valor normal hasta 0%
Valores mayores al 10% indican infección viral.

Eritrosedimentación

Hombre:	1 hora: 1-5 mm	2 horas: 10-15 mm
Mujer	1 hora: 4-8 mm	2 horas: 12-16 mm

La alteración de su valor indica patología en forma inespecífica. Aumenta en anemia, infecciones, neoplasias e inflamación. Disminuye en policitemia e insuficiencia respiratoria.

Hematocrito Hombre	40-48%
Hematocrito Mujer	37-45%

Es la concentración de glóbulos rojos en plasma. Su aumento se debe a la disminución de del plasma (sudoración, Hemorragias, vómitos, quemaduras y policitemia). Valor mayor al 50% indica infección y mayor a 70% indica infección severa. Disminuye en anemias.

Hemoglobina Hombre	14-18 gr/dl
Hemoglobina Mujer	12-16gr/dl

Al disminuirse en 2-3 gr/dl es deficiente de captación de oxígeno. Aumenta debido a causas similares al aumento de hematocrito (ejercicio intenso y altura) disminuye en anemias y fumadores.

Plaquetas 150.000-400.000/mm³

Aumentan debido al ejercicio físico y período menstrual. Disminuyen por hemorragias, anemias, leucemias, alteraciones vasculares y de coagulación, alteraciones agudas y shock anafiláctico.

QUIMICA SANGUINEA

Glucosa 70-110 mg/cc

Aumenta en diabetes, ejercicio físico y estrés. Al aumentar se presentan alteraciones de coagulación y cicatrización. Disminuye en hepatitis cirrosis y mal nutrición.

Urea 20-40 mg/100 cc

Es un indicador de la función renal y varía según la dieta. Aumenta cuando la secreción renal está disminuida a causa de enfermedad renal, alimentación hiperprotéica, fiebre e hipertiroidismo. Al aumentar su valor se dificulta la cicatrización.

Disminuye en la enfermedad hepática y dietas deficientes

Acido úrico 3-6/100 cc

Aumenta en la gota, insuficiencia renal, leucemia, poli globulina, neumonía, nefritis y síndrome de Down.

Colesterol total 180-250 mg/dl

Aumenta en insuficiencia renal crónica, neoplasias de páncreas y próstata, hipotiroidismo, gota, hipertensión, infarto, embarazo, diabetes, alcoholismo, anorexia nerviosa e hipercalcemia. Disminuye en hipertiroidismo, anemia, desnutrición, alteraciones agudas, quemadura, estrés y ciclo menstrual.

Bilirrubina total Hasta 1 mg/dl
Enzimas (TGO y TGP) 0-12 mU/ml

Sus valores aumentan en hepatitis.” 17

FACTORES DE COAGULACIÓN

Tiempo de protrombina 12-15 seg. 70 a 100% (Quick)

Disminuye su valor debido a la alteración de la vía extrínseca de la coagulación (factor VII) daño hepático o déficit de vitamina K y representa riesgo de trombosis. Aumenta en pacientes anticoagulados.

T. Parcial de tromboplastina (KPTT) 35-45seg.

Aumenta debido a la alteración de la vía entrínseca de la coagulación e indica riesgo de hemorragia. Antes valores de 50-60seg. Proceder con cautela, con valores normales mayores deriva al médico o hematólogo.

Tiempo de sangrado 1-5 min.

Disminuye debido a la alteración de las plaquetas.

Tiempo de coagulación 5-10 min.
Aumenta debido al déficit de factores trombo plásticos.

BIOPSIA

Indicaciones específicas de la biopsia

- Cualquier ulceración que no muestra evidencia de curación en un lapso de 3 semanas.
- Cualquier tumefacción sospechosa de ser una neoplasia
- Cualquier tejido eliminado quirúrgicamente
- Cualquier tejido eliminado espontáneamente por un orificio del cuerpo
- Material de una fístula que drene constantemente y cuyo origen no puede ser correctamente identificado.

- Cualquier lesión intra ósea que no puede ser identificada radiográficamente en forma positiva.

Precauciones y contra indicaciones de la biopsia.

Siempre debe obtenerse la autorización del paciente para realizar una biopsia. Deben observarse las siguientes precauciones y contra indicación:

- 1.- Las lesiones pigmentadas que sugieren la presencia de melanina nunca deben incidirse. Debe eliminarse con un amplio margen de tejido normal.
- 2.-En las lesiones purpúricas, aparentemente llenas de sangre, probablemente de origen vascular, una incisión puede originar una intensa hemorragia en consecuencia esas lesiones no deben ser biopsiadas en el consultorio.
- 3.- El material debe eliminarse sometiéndolo al mínimo de manipulación.
- 4.-Los anestésicos locales nunca deben inyectarse dentro de la lesión.
- 5.- El lapso transcurrido entre la toma biopsica y el informe con el diagnóstico microscópico debe ser lo más corto posible.

-Escisión completa (biopsia exéresis)

Cuando una lesión es pequeña y puede eliminarse íntegramente con parte de los tejidos vecinos así la lesión completa sirve como muestra biópsica.

Aspiración.

Este método se emplea para grandes masas de tejido relativamente inaccesibles y para lesiones cuyas características clínicas sugieren que son blandas y semilíquidas, la aspiración se realiza insertando una gran aguja graduada en las partes blandas de la masa de tejido. Creando una fuerte presión negativa se logrará la penetración de líquido y células en el interior de la aguja. Puede ser necesaria más de una muestra para demostrar positivamente el carácter de la enfermedad.

Las muestras orales deben seguir las siguientes instrucciones:

- 1.- El tejido se elimina con un instrumento agudo y con un mínimo de manipulación.
- 2.-La muestra debe colocarse inmediatamente en un fijador, no debe dejarse secar en el aire.
- 3.-El frasco que contiene el fijador debe ser de boca ancha para permitir que la muestra se deje caer en éste, nunca se colocara la pieza en el frasco seco ya que puede adherirse a las paredes y el fijador no penetra en esta porción.
- 4.-Un buen fijador universal es 10% de formalina (4% de formaldehído). Pueden emplearse otros fijadores especiales como el cloruro mercúrico.
- 5.- El frasco debe tener cierre hermético y ser rotulado claramente con el nombre del paciente.
- 6.- Si se obtiene más de una muestra de un paciente, estas deben ser colocadas en frascos separados perfectamente individualizados.
- 7.- Debe agregarse una historia del paciente, nombre, edad y sexo nombre del que efectuó la biopsia y la información necesaria sobre la lesión.
- 8.-La muestra se enviara inmediatamente al laboratorio de patología.”¹⁸

Indicaciones postoperatorias

- Guardar reposo con la cabeza en alto
- Colocar una bolsa con hielo en la región operada por 15 min. Alternados descanso por varias horas.
- No realizar ninguna clase de enjuagatorios por término de tres horas
- Si tuviera una hemorragia mayor, colocar una gasa estéril y morder por treinta minutos.
- La alimentación deberá ser después de las primeras 6 horas y esta deberá ser líquida, posteriormente puede ingerir gelatinas o alimentos blandos libres de grasas, picantes o irritante por un par de días.
- El aseo deberá llevarse a cabo de manera normal con cepillo blando y pasta de dientes.
- Regresar el día y la hora indicada para retirar los puntos

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

A continuación se presentará el reporte de un caso clínico de un paciente de 10 años sexo femenino que acude a consulta odontológica presentando una radiografía panorámica en la cual se observa una zona radio lucida en el cuadrante inferior derecho.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: S:M:F

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

Lugar de residencia: Estado de México.

Escolaridad: 4º año de primaria

Ocupación: Estudiante

MOTIVO DE LA CONSULTA

Se presenta por referir aumento de volumen en emiarcada derecha y a la toma de radiografía se detecta probable lesión quística

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Abuela Materna y Padre con diabetes mellitus

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICAS

Cuenta con todos los servicios habitacionales necesarios.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Refiere que padeció varicela y escarlatina y actualmente no presenta ninguna patología.

PADECIMIENTO ACTUAL.

Abultamiento que crece lentamente en la región mandibular del cuadrante derecho con ligero dolor a la compresión

EXPLORACION FISICA

Paciente cooperador con marcha simétrica y balanceada.

SIGNOS VITALES

Pulso: 63x min.

T:A.:120/80

F.R. 26x min.

Temperatura: 35°c

SOMATOMETRIA.

Peso:35 kgr.

Talla:1.32 cm

EXAMENES DE GABINETE

EXPLORACIÓN DE CABEZA Y CUELLO

-Extraoralmente presenta aumento de volumen a nivel del cuerpo de la mandíbula del lado derecho y se palpa la presencia de un ganglio submandibular inflamado.

-Al examen intraoral presenta movilidad de segundo grado en el diente 83 y de tercer grado en 85. A la palpación en la zona vestibular se detecto una zona abultada rojiza y blanda la cual abarcaba del primer molar permanente hasta el canino temporal inferior derecho, con dolor a la palpación cuando se realizaba un poco de presión.

DIAGNÓSTICO

Probable quiste dentígero

PRONÓSTICO

Favorable con una adecuada enucleación del quiste

TRATAMIENTO

Extirpación quirúrgica del quiste

TÉCNICA QUIRÚRGICA

“Sin tener en cuenta la etiología, la naturaleza, o la ubicación del quiste, generalmente se aceptan dos métodos de tratamiento:

- La enucleación del saco quístico en su integridad.
- La operación de Partsch o marsupialización por la cual el quiste se descubre o se elimina su techo y se hace continuar el recubrimiento quístico con la cavidad bucal o las estructuras circunvecinas.

En ambos casos, el procedimiento quirúrgico debe basarse en principios fundamentales: preservación del aporte sanguíneo a la zona, evitar un trauma a troncos nerviosos de la región, control de la hemorragia técnica aséptica, manipulación traumática de los tejidos blandos, planteamiento de un colgajo quirúrgico de manera que pueda obtenerse una relajación adecuada para permitir un buen acceso a la zona quística, evitar estructuras anatómicas importantes tales como las inserciones musculares y los grandes vasos sanguíneos, y una correcta sutura y readaptación de los tejidos blandos.)

El acceso a un quiste óseo debe lograrse por medio de la incisión y el levantamiento del mucoperiostio. La naturaleza del abordaje quirúrgico esta gobernada por la ubicación y la extensión del quiste. El hecho de que un quiste óseo se enuclee completamente o sea tratado con el método de Partsch o sus modificaciones dependerá más del tamaño y de la ubicación de la lesión.”¹⁹

“QUISTECTOMIA O PARTSCH II CON SUTURA

Anestesia: puede utilizarse la regional, que debe reservarse para pequeños quistes y preferentemente mandibulares. En quistes mayores y en especial en los de maxilar superior, es aconsejable la anestesia general con intubación nasotraqueal, debe dejarse libre la ventana nasal del lado del quiste por si es necesario utilizarla para drenaje.

Incisión: De Neuman asentada sobre el tejido óseo sano a distancia de la posible ubicación del quiste. La incisión debe hacerse siempre por vía vestibular.

Despegamiento: Se efectúa con un periostótomo, reflejando el colgajo hacia el fondo vestibular. Cuando existe infección, este despegamiento resulta más difícil.

Exposición de la cápsula: Una vez rebatido el colgajo si la tabla externa ósea esta rota visualizaremos el quiste y con una pinza gubia ampliaremos la brecha ósea suficientemente cuando el hueso esta conservado, precisaremos a prepararlo con fresas. Liposki propone, en grandes quistes, reponer esta tabla y fijarla con osteosíntesis.

Despegamiento de la cápsula: Tomando suavemente el quiste con una pinza procederemos a su despegamiento.

Tratamiento del diente: Si los dientes involucrados van a ser conservados se deben de hacer las endodoncias.

Legrado de la cavidad: Una vez enucleado el quiste y tratados o extraídos los dientes, según las posibilidades se realiza un legrado en la cavidad con una cureta y se alisan los bordes y brechas óseas.

Relleno de la cavidad: El mejor material de relleno es el coágulo. Sin embargo, se han propuesto diversos materiales para su relleno tales como hueso de banco dentina desmineralizada procedente de dientes extraídos (polvo de fibriná) o hidroxapatita.

Sutura: Se efectúan con puntos sueltos.”²⁰

EXAMENES DE LABORATORIO

Biometría Hemática Paciente	Parámetros normales
-Leucocitos.....6.5	4.8-10.8
-Eritrocitos.....5.23	4.7-6.1
-Hemoglobina.....6.2	14-18
-Hematocrito.....4 8	42-52
-VGM.....93	80-94
-HGM.....31.0	27-31
-CMH.....32.2	33-37
-Plaquetas..... 356	130-400
-Linfocitos.....51%	25-33
-Monocitos..... 6%	3-7
-Eosinofilos.....2%	0-3
-Basofilos.....0%	0-1
-Segmentados.....41%	54-62
-Bandas..... 0%	3-5

Química Sanguínea Paciente

-Glucosa.....81 mg/dl	60-110
-Urea.....18.9 mg/dl	15-40
-Creatinina.....0.5	0.5-1.5
-Acido Úrico.....3.3 mg/dl	2.5-7.5
-Colesterol.....194mg/dl	250

Tiempo de Sangrado Paciente

TS.....1mn. 50seg.	2min.
--------------------	-------

Tiempo de tromboplastina Paciente

TTP.....41seg	25-40
---------------	-------

Tiempo de protombina

TP..... 13 seg	11-14.5
----------------	---------

Tiempo de Coagulación

TC.....6 min	4-8min
--------------	--------

INTERPRETACION RADIOGRAFICA

Se observa zona radiolúcida de forma ovalada con pérdida de la continuidad del tejido óseo en el cuerpo mandibular del cuadrante inferior derecho a nivel del primer molar permanente hasta el premolar. Esta lesión se aprecia limitada por una ligera línea radiopaca de la que se sospecha sea un quiste dentígero.

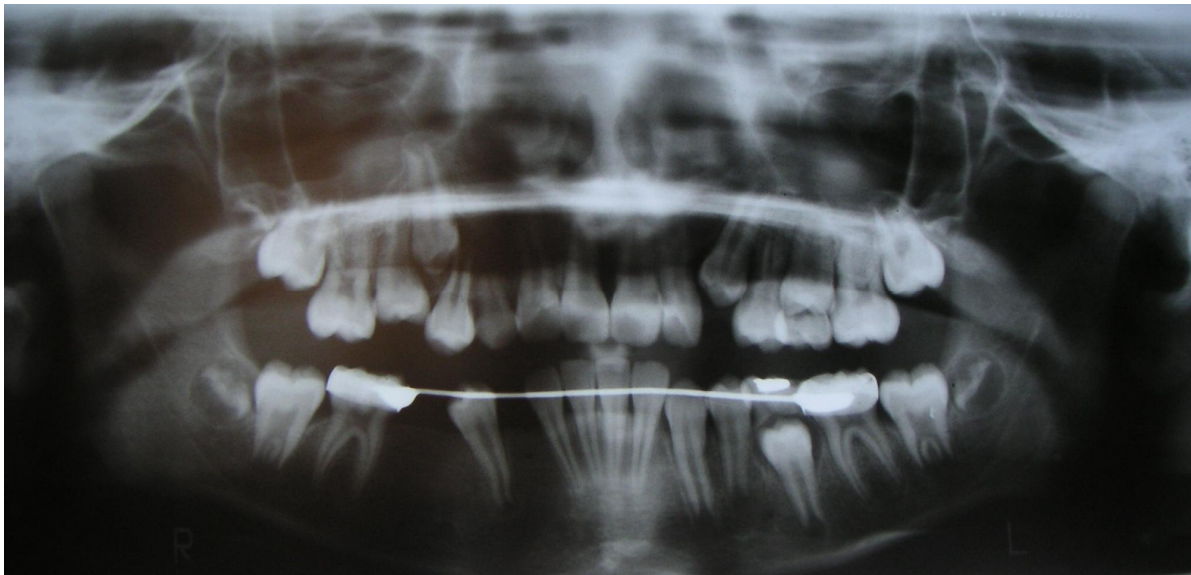


Control Radiográfico Pos-operatorio

Se observa la eliminación total de la lesión quística, con la pérdida de los órganos dentarios involucrados.



Control radiográfico a los 3 meses después de la cirugía.
Esta radiografía nos muestra la formación de tejido óseo sano, sin presencia de recidiva de la lesión quística.



Control radiográfico a los 6 meses después de la cirugía.
Se puede observar la formación de tejido óseo sano de forma radiopaca, en el lugar de la lesión recuperado casi en su totalidad.



OBJETIVO GENERAL

- Establecer el diagnóstico y tratamiento del quiste dentígero

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar los medios de diagnóstico apropiados para identificar el quiste dentígero
- Identificar la etiología del quiste dentígero
- Establecer el plan de tratamiento para el quiste dentígero

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y METODOS

Tipo de estudio
Descriptivo. Modalidad caso clínico. N=1

RECURSOS

HUMANOS

Cirujano
Asistente
Instrumentista
Director de tesis
Pasante

FÍSICOS

-Biblioteca de Fes- Zaragoza.
-Internet
-Consultorio

MATERIALES

-Historia Clínica.
-Libros
-Cuaderno
-Computadora
-Hojas
-Lápiz
-Pluma
-Radiografía Panorámica
-Equipo básico
-Pinzas mosco
-Solución antiséptica
-Gasas
-Raigonera
-Cucharilla de Lucas
-Campos estériles
-Cánula quirúrgica
-Legra
-Sutura
-Lima para hueso
-Tijeras para encía
-Hoja de Bisturí
-Mango de bisturí
-Jeringa carpulle
-Solución fisiológica
-Porta agujas
-Pinzas mosco
-Guantes
-Cubre bocas
-Anestésico (Lidocaina al 2%)
-Agujas para anestesia (larga)

RESULTADOS

-El tratamiento quirúrgico se realizó sin complicaciones extirpando todo el material quístico.

- En el control radiográfico después de la cirugía fue favorable ya que, se observó la eliminación total de la lesión quística.

-A los 3 meses después de la cirugía, se observa radiograficamente la formación de tejido óseo sano, sin presencia de recidiva de la lesión quística.

-A los 6 meses después de la cirugía.

Se puede observar la formación de tejido óseo sano de forma radiopaca, en el lugar de la lesión recuperado casi en su totalidad, por lo que se puede decir que tuvo una recuperación ósea apropiada.

-Se le colocó un mantenedor de espacio de tipo arco lingual para posteriormente remitirla al ortodoncista.

-La investigación documental que realizamos en este trabajo sobre quiste dentígero ha servido para enriquecer el conocimiento teórico y practico sobre esta patología presente en cavidad bucal. Al realizar la investigación me he dado cuenta de la importancia de mantenerse informado y actualizarse en las patologías bucales.

DISCUSIÓN

- Los medios de diagnóstico utilizados fueron los adecuados.
- La eliminación oportuna y adecuada del quiste dentígero depende de un diagnóstico adecuado.
- Cuando un acto quirúrgico es bien planeado los resultados son los óptimos.
- Los resultados fueron los esperados no hubo complicaciones.
- Es importante el conocimiento y evaluación por medio de radiografía del proceso de erupción dentaria para hacer un diagnóstico precoz y oportuno.

CONCLUSIONES

-Es muy importante tener un conocimiento amplio y preciso para poder dar un buen diagnóstico y detectar oportunamente una patología tan común como lo es el quiste dentígero.

-Los quistes dentígeros están asociados siempre a dientes retenidos y supernumerarios.

-El diagnóstico oportuno del quiste dentígero es de vital importancia para una evolución y pronóstico de recuperación más favorable y evitar tratamientos agresivos para el paciente.

-Es muy importante confirmar siempre el diagnóstico con un estudio histopatológico.

ANEXO 1

8199

Formato aprobado por el Comité Académico de Carrera.

NÚMERO DE EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

CLÍNICA: _____ MOSEA _____

HOJA FRONTAL DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

DOMICILIO ACTUAL: _____ Teléfono: _____
Calle y Número Delegación o Municipio Código Postal

DOMICILIO DE TRABAJO: _____ Teléfono: _____
Delegación o Municipio Código Postal

COMPROBANTE DE DOMICILIO: RECIBO LUZ () TELÉFONO () AGUA () PREDIAL () CREDENCIAL ELECTOR ()

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____
Lugar día mes año Años / meses

SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____ RELIGIÓN: _____ CURP: _____

ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____

DERECHOHABIENTE DE ALGUNA INSTITUCIÓN DE SALUD: NO () SI () ESPECIFIQUE: _____

GRUPO SANGUÍNEO: _____

ALERGIAS: _____

ESTADO DE SALUD SISTÉMICO

DIAGNÓSTICO	ACTIVO FECHA	INACTIVO FECHA	DIAGNOSTICADO POR

RIESGO SISTÉMICO: ALTO () MEDIANO () BAJO ()

ESTADO DE SALUD ESTOMATOLÓGICO

DIAGNÓSTICO	ACTIVO FECHA	INACTIVO FECHA	DIAGNOSTICADO POR

RIESGO ESTOMATOLÓGICO ALTO () MEDIANO () BAJO ()

DATOS DEL INFORMANTE: (EN CASO DE SER PACIENTE PEDIÁTRICO, GERIÁTRICO O DISCAPACITADO)

NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____
Apellido paterno materno nombre(s) (En caso de no tener parentesco especifique la relación)

DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____

La Historia Clínica está basada en la NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales, la NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, y retoma los códigos y criterios de la OMS/OPS.

HISTORIA CLÍNICA.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN. LO REFERIDO EN LA HOJA FRONTAL DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

ACLARAR AL PACIENTE O TUTOR QUE LA INFORMACIÓN VERTIDA EN ESTE DOCUMENTO, ES CONFIDENCIAL

MOTIVO DE LA CONSULTA: _____

I. ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES

INSTRUCCIONES: Señale con una X el padecimiento y familiar que lo presenta o presentó, (A) equivale a Abuela, Tía o Hermana y (O) equivale a Abuelo, Tío o Hermano.

PATOLOGÍAS	PADRE	MADRE	ABUELOS PATERNOS		ABUELOS MATERNOS		TIOS		Hermanos	
			(A)	(O)	(A)	(O)	MAT (A)	PAT (O)	(A)	(O)
INFARTO Y/O ANGINA DE PECHO										
HIPERTENSIÓN ARTERIAL										
DIABETES MELLITUS										
OBESIDAD										
HIPERTIROIDISMO										
HIPOTIROIDISMO										
ALERGIAS (FÁRMACOS, ASMA, ETC.)										
CÁNCER										
LUPUS ERITEMATOSO										
ARTRITIS REUMATOIDE										
INFECTOCONTAGIOSAS (SÍFILIS, TUBERCULOSIS, VIH, PAPILOMA) ESPECIFIQUE										
CRISIS CONVULSIVAS										
HEMOFILIA										
LITIASIS (BILIAR, RENAL) ESPECIFIQUE										
ENFERMEDADES MENTALES										
MALFORMACIONES FÍSICAS										
ADICCIONES (ALCOHOLISMO, TABAQUISMO, DROGAS) ESPECIFIQUE										
LABIO Y/O PALADAR HENDIDO										
SUSCEPTIBILIDAD A CARIES										
MAL OCLUSIÓN										
OTRAS ENFERMEDADES NO ENLISTADAS ESPECIFIQUE										

INSTRUCCIONES: En el siguiente rubro señale con una X los datos positivos y en caso necesario complete la información.

II. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

VIVIENDA

Propia () Rentada () Asentamiento irregular () Otro: _____

Existe algún riesgo ambiental especifique: _____

Material de construcción:

Piso: Tierra () Cemento () Mosaico () Otro: _____

Muros: Tabique () Adobe () Cartón () Lámina () Otro: _____

Techo: Lámina () Concreto () Otro: _____

Cuenta con electricidad Si () No () Cuenta con agua potable dentro de la casa () fuera de la casa ()

Baño Si () No () Dentro de la casa () Fuera de la casa ()

Regadera Si () No () Drenaje Si () No () Letrina Si () No ()

Número de habitaciones: _____ No. de personas por habitación: _____ Ventilación adecuada Si () No ()

HÁBITOS HIGIÉNICOS:

Frecuencia de baño por semana _____ veces. Frecuencia de cambio de ropa por semana _____ veces
 Frecuencia de lavado de manos al día _____ veces. ¿Cuándo realiza el lavado de manos? _____
 Frecuencia de lavado de dientes por día _____ veces. ¿Qué le pone al cepillo para cepillarse los dientes? _____
 ¿Cada cuando cambia su cepillo dental? _____ ¿Quién le enseña a cepillarse? _____
 Uso de algún otro auxiliar para la higiene bucal (Enjuagues, hilo, gomas, entre otras) _____

HÁBITOS DIETÉTICOS

No. de comidas al día _____

INSTRUCCIONES: Especifique el dato correspondiente a cada columna.

ALIMENTOS QUE SE CONSIDERAN DE RIESGO SISTÉMICO	ENTRE COMIDAS	FRECUENCIA POR SEMANA	CANTIDAD POR DÍA (tazas, piezas vasos)
Pollo			
Cerdo			
Res			
Mariscos			
Embutidos			
Visceras			
Huevo			
Leche entera			
Manteca			
Crema, Mantequilla			
Verduras cocidas			
Fruta cocida			
Agua con frutas			
Refrescos			
Café			
Té			
Sal			

ALIMENTOS QUE SE CONSIDERAN DE RIESGO PARA CARIES	CANTIDAD POR DÍA	FRECUENCIA POR DÍA	ENTRE COMIDAS
Atole			
Pan			
Tortillas			
Pastas			
Cereales			
Caramelos,			
Chocolates			
Chiclosos			
Chicle			
Frituras			
Azúcar			
Otro especifique:			

De acuerdo al tipo de alimentación registrada, indique el tipo de riesgo que presenta el paciente:

Cardiovascular () Colesterol y Triglicéridos altos () Litiasis renal ()
 Desnutrición () Obesidad ()
 Factor de riesgo para caries () Factor de riesgo para enfermedad periodontal ()

INSTRUCCIONES: En los siguientes rubros, señale con una X los datos positivos y en caso necesario complemente la información .

HÁBITOS ORALES

Bricomanía () Onicofagia () Succión digital () Hábito de lengua ()
 Morder objetos () Otros: _____

HÁBITOS GENERALES

¿Usa almohada para dormir? Si () No () ¿Cuántas usa? _____
 ¿Practica algún deporte? Si () No () Especifique: _____

INMUNIZACIONES RECIBIDAS:

Polio () Triple (Difteria, Tosferina, Tétanos) () Tuberculosis () Sarampión () Hepatitis B ()
 Haemofilus influenzae () Varicela () Tétanos () Viruela ()
 Otras, especifique _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

Menstruación: Edad en la que presentó la menarca _____ años.
 ¿Presenta periodos regulares? Si () No ()
 ¿Presenta sangrados abundantes? Si () No ()
 Vida sexual activa Si () No ()
 Número de parejas sexuales que ha tenido y/o tiene Una () Dos () Varias ()
 Orientación sexual: Heterosexual () Homosexual () Bisexual ()
 ¿Utiliza método de protección (condón)? Si () No ()
 ¿Utiliza algún método anticonceptivo? Si () No () Especifique _____
 Número de embarazos que ha tenido _____
 Número de embarazos a término _____
 Número de abortos _____

Edad en la que presentó la menopausia _____ años.
 Fecha de última menstruación _____

ANTECEDENTES PARA VARONES

Vida sexual activa Si () No ()
 Número de parejas sexuales que ha tenido y/o tiene Una () Dos () Varias ()
 Orientación sexual: Heterosexual () Homosexual () Bisexual ()
 ¿Utiliza método de protección (condón) ? Si () No ()

GRUPO Y TIPO SANGUÍNEO: _____

III PERSONALES PATOLÓGICOS

INSTRUCCIONES: Especifique los datos, en caso de ser positivo

ENFERMEDADES PADECIDAS	EDAD EN LA QUE LA PRESENTÓ	TUVO CONTROL MÉDICO	COMPLICACIONES	SECUELAS
VARICELA				
RUBÉOLA				
SARAMPIÓN				
ESCARLATINA				
PAROTIDITIS				
TOSFERINA				
POLIOMIELITIS				
HEPATITIS TIPO (A,B,C,D,E)				
FARINGOAMIGDALITIS				
ADENOIDITIS				
BRONQUITIS				
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (SÍFILIS, GONORREA, HERPES GENITAL, VIH)				
GASTROENTERITIS				
TIFOIDEA				
PARASITOSIS				
TUBERCULOSIS				
MONONUCLEOSIS				
CANDIDIASIS				
FIEBRE REUMÁTICA				
NEFROPATÍAS (GLOMERULONEFRITIS, PIELONEFRITIS, INSUFICIENCIA RENAL)				
ARTRITIS				
ANEMIA				
HIPERTENSIÓN				
ANGOR-INFARTO				
ASMA				
OTRAS, ESPECIFIQUE				

ADICIONES A DROGAS	ACTIVO	INACTIVO	EDAD DE INICIO	FRECUENCIA	CANTIDAD
TABAQUISMO*					
ALCOHOLISMO*					
OTRAS*					

* Escriba si fuma cigarrillo con o sin filtro, puro o pipa. Si toma pulque o algún otro tipo de alcohol. En otro tipo de droga qué consume: marihuana, cemento, cocaína, entre otras.

Alergias a medicamentos Si () No () Especifique _____

Alergias a alimentos Si () No () Especifique _____

Otro tipo de alergias Si () No () Especifique _____

(telas, polen, ácaros, entre otras)

¿Ha recibido anestesia dental? Si () No ()

¿Ha presentado algún problema? Si () No () Especifique _____

¿Ha sido hospitalizado en los últimos cinco años? Si () No () Motivo _____

¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? Si () No () Motivo _____

¿Tuvo alguna complicación, y/o secuela? Si () No ()
 Motivo _____
 ¿Ha sido transfundido? Si () No () Fecha _____
 ¿Ha sido donador de sangre o médula ósea? Si () No ()
 Fecha _____
 ¿Ha sufrido traumatismos en los últimos cinco años? Si () No () Especifique _____

IV. PADECIMIENTO ACTUAL _____

V. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

INSTRUCCIONES: En los siguientes cuadros describa en caso positivo

ESTADO EMOCIONAL:	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
ANSIEDAD		
DEPRESIÓN		
EUFORIA		
AGRESIVIDAD		
ALTERACIONES DE CONDUCTA		
OTROS		

NERVIOSO	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
MIGRAÑA		
NEURALGIA		
CONVULSIONES		
TEMBLOR		
ALTERACIONES DE SENSIBILIDAD		
ALTERACIONES MOTORAS		
ALTERACIONES DE VISIÓN		
ALTERACIONES AUDITIVAS		
ALTERACIONES OLFATIVAS		
ALTERACIONES GUSTATIVAS		

CARDIOVASCULAR	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
CEFALEA		
ACÚFENOS		
FOSFENOS		
TAQUICARDIA		
MAREOS		
DESVANECIMIENTO - DESMAYOS		
DOLOR PRECORDIAL: RELACIONADO CON ESFUERZOS ()		
EN REPOSO ()		
DOLOR OPRESIVO EN EPIGASTRIO		
DISNEA: QUE SE RELACIONA CON ESFUERZOS ()		
EN REPOSO ()		
ORTOPNEA		
ASTENIA		
ADINAMIA		
EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES VESPERTINO		
VARICES		
OTROS:		

HEMATOPOYETICO	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
CEFALEA		
PALIDEZ		
MAREOS-DESMAYOS		
HEMATOMAS		
DOLORES ARTICULARES CON CAMBIOS DE		
COLORACIÓN EN LA PIEL (por sangrado)		
EPISTAXIS		
HEMATURIA		
HEMATEMESIS		
PETEQUIAS		
EQUIMOSIS		
SANGRADOS PROLONGADOS		
OTROS:		

RESPIRATORIO	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
RESPIRACIÓN BUCAL		
OBSTRUCCIÓN NASAL		
RONQUIDO		
ODINOFAGIA		
RINORREA		
DISNEA		
TOS		
EXPECTORACIONES		
HEMOPTISIS		
CIANOSIS		
SIBILANCIAS		
OTROS		

DIGESTIVO	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
ANOREXIA		
BULIMIA		
HIPEROREXIA		
HALITOSIS		
SIALORREA		
XEROSTOMIA		
GLOSODIROSIS		
GLOSODINEA		
REGURGITACIONES		
PIROSIS		
NÁUSEAS		
VÓMITO		
VACÍO O DOLOR EPIGÁSTRICO		
HEMATEMESIS		
BORBORIGMOS		
ESTREÑIMIENTO		
DIARREA		
HIPOCOLIA - ACOLIA		
ICTERICIA		
OTROS:		

URINARIO	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
DOLOR EN ZONA RENAL		
EDEMA RENAL		
OLIGURIA		
POLIURIA		
HEMATURIA		
POLAQUIURIA		
TENESMO VESICAL		
DISURIA		
ALTERACIONES DE COLOR		
OTROS		

ENDOCRINO	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
POLIURIA		
POLIFAGIA		
POLIDIPSLA		
PERDIDA DE PESO		
DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL		
EXOFALMUS		
INTOLERANCIA AL CALOR		
ANSIEDAD - IRRITABILIDAD		
HIPERDINAMIA		
TEMBLOR LINGUAL-DIGITAL		
INSOMNIO		
BOCIÓ		
UÑAS QUEBRADIZAS		
FALTA DE CONCENTRACIÓN-OLVIDOS		
RESEQUEZAD DE PIEL Y CABELLO		
SOMNOLENCIA		
AUMENTO DE PESO		
DEPRESIÓN		
HIPODINAMIA		
ALTERACIONES MENSTRUALES		
OTROS:		

REPRODUCTOR FEMENINO	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
DISMENORREA		
FLUJO		
METORRAGIA		
AMENORREA		
PRURITO VULVAR		
OTROS:		

REPRODUCTOR MASCULINO	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
ESCURRIMIENTO URETRAL		
ULCERAS GENITALES		
PUJO VESICAL		
NICTURIA		
DISMINUCIÓN DEL CALIBRE Y FUERZA DEL CHORRO URINARIO		
OTROS:		

MÚSCULO-ESQUELÉTICO	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
ARTRALGIA		
ARTRITIS		
MIALGIA		
CALAMBRES		
DEFORMACIONES		
OTROS:		

PIEL Y FANERAS	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
PRURITO		
ERITEMAS		
PÁPULAS		
VERSÍCULAS		
ALOPECIA		
OTROS:		

INSTRUCCIONES: Complete la siguiente información, o en su caso marque con una X el dato que sea positivo

Medicamentos utilizados cotidianamente _____

Frecuencia de uso _____

Motivo _____

VI. EXPLORACIÓN FÍSICA

INSPECCIÓN.

ACTITUD DEL PACIENTE: (Cooperador, intolerante, irritable, entre otros) _____

MARCHA: Claudicante () Viciosa () Simétrica y balanceada ()

SIGNOS VITALES

Pulso: _____ x min. Tensión Arterial: _____ mm./Hg. Frecuencia cardiaca: _____ x min.

Frecuencia respiratoria: _____ x min. Temperatura _____ °C.

SOMATOMETRÍA Peso _____ Kg. Talla _____ m.

EXPLORACIÓN DE CABEZA Y CUELLO

Car: Mesocéfalo () Braquicéfalo () Dolicocefalo ()

Perfil: Recto () Cóncavo () Convexo ()

Piel. Color: _____

Alteraciones de color: Pálida () Cianótica () Eritematosa () Máculas () Nevos ()

Describe tamaño, forma y ubicación de la alteración de color encontrada: _____

EXPLORACIÓN DE CARA Y CUELLO

INSTRUCCIONES: En caso de alteración, señale con una X la característica encontrada y su localización.

Cara y Cuello	Fronte	Cejas	Ojos	Nariz	Labios	Mejillas	Mentón	Cuello
Asimetría								
Paresia								
Parestesias								
Falta de integridad								
Lunares								
Pigmentaciones								
Puntos dolorosos								
Cicatrices								
Otros								
Especifique								

EXPLORACIÓN DE GANGLIOS

Se palpan ganglios Si () No ()

INSTRUCCIONES: En caso de ser positivo indique en el cuadro las características encontradas en cada cadena ganglionar.

Cadena Ganglionar	Inflamación	Dolor	Consistencia		Movilidad		Menor de 1.5 cm	Mayor de 1.5 cm
			Blando	Duro	Si	No		
Periauricular								
Occipital								
Submentoniano								
Sublingual								
Cervical								

EXPLORACIÓN DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Nota: De ser necesario remitirse al anexo correspondiente.

APERTURA	Derecho		Izquierdo	
	Con dolor	Sin dolor	Con dolor	Sin dolor
Chasquido				
Crepitación				
Desviación mandibular funcional				
Salto condilar en función				

CIERRE	Derecho		Izquierdo	
	Con dolor	Sin dolor	Con dolor	Sin dolor
Chasquido				
Crepitación				
Desviación mandibular funcional				
Salto condilar en función				

**ÍNDICE
* EPIDEMIOLÓGICO DE
ATM:**

INSTRUCCIONES: Coloque en el cuadro el (los) número (s) correspondiente (s)

1. ATM NORMAL
2. CHASQUIDO
3. BLOQUEO AUTOCORRECTIVO
4. DISLOCACIÓN DE ATM
5. DOLOR RELACIONADO CON ATM

Masticación bilateral Si () No ()
 Masticación unilateral Si () No () Derecha () Izquierda ()
 Movimiento lateral izquierdo Completo () Limitado ()
 Movimiento lateral derecho Completo () Limitado ()
 Cansancio muscular Si () No () Trismus Si () No ()

Apertura máxima _____ mm.

EXPLORACIÓN DE MÚSCULOS

INSTRUCCIONES: Señale con una X los hallazgos de acuerdo a su tipo y localización.

MUSCULOS	Maseteros		Temporales		Pterigoideos internos		Pterigoideos externos		Esternocleidomastoideos		Trapeacios	
	Der	Izq	Der	Izq	Der	Izq	Der	Izq	Der	Izq	Der	Izq
Simétricos												
Dolor funcional												
Dolor a la palpación												
Espásticos												
Hipertónicos												
Hipotónicos												
Atróficos												
Hipertróficos												
Parestesias												
Paresia												

EXPLORACIÓN INTRAORAL

INSTRUCCIONES: Describa las características.

Tejido	Color	Integridad	Forma	Consistencia	Volumen	Secreción* y/o Escurrimiento
Labios						
Mucosa yugal						
Frenillos						
Encía marginal						
Encía papilar						
Encía adherida						
Paladar duro						
Paladar blando						
Orofaringe						
Istmo de las fauces						
Uvula						
Amígdalas						
Lengua						
Piso de boca						

*Especifique si se trata de secreción hemática, serosa o purulenta.

Estado de hidratación de la cavidad bucal: Normal () Sialorrea () Deshidratada ()

ÍNDICE EPIDEMIOLÓGICO DE LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS:

INSTRUCCIONES:

Coloque en el cuadro el (los) número (s) correspondiente (s)

1. ULCERAS AFTOSAS RECURRENTES
2. HERPES LABIAL
3. GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA
4. SOSPECHA DE CÁNCER
5. LIQUEN PLANO
6. LEUCOPLASIA
7. CANDIDIASIS
8. HIPERPLASIA FIBROSA
9. ALTERACIONES DE COLOR
10. SANOS
11. OTROS, DESCRIBA



ÍNDICE PERIODONTAL DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO (CPTIN)

INSTRUCCIONES: Coloque en cada círculo el código de acuerdo al criterio.

Hasta los 19 años

16 ó 17	11	26 ó 27
46 ó 47	31	36 ó 37

En mayores de 19 años de edad

17	14	13	23	24	27
47	44	43	33	34	37

Código	Criterios	Conducta terapéutica
0	Sombreado visible. Sin cálculo y sin defectos marginales. Encía sana sin hemorragia.	Programa control de PDB
1	Sombreado visible. Sin cálculo y sin defectos marginales. Hemorragia al sondeo.	Programa control de PDB. Recomendaciones específicas.
2	Sombreado visible. Cálculo supra o subgingival. Restauraciones desajustadas	Programa control de PDB. Remoción de placa y cálculo. Eliminación de defectos marginales. Recomendaciones específicas.
3	Sombreado parcialmente visible	Periodontograma del sextante (2 ó más sextantes implican periodontograma completo)
4	Sombreado totalmente completo, no se observa (6 mm. ó más)	Periodontograma completo. Implica fase quirúrgica y de mantenimiento.

EXPLORACIÓN DENTARIA

INSTRUCCIONES: Describa lo siguiente, de forma clara.

Alteración	Características	Localización
Color		
Forma		
Número		
Estructura		
Erupción		
Posición		
Otros		

ÍNDICE EPIDEMIOLÓGICO DE ALTERACIONES DE ESMALTE

INSTRUCCIONES: Coloque en el cuadro el número correspondiente

- 0.- NINGUNA
- 1.- OPACIDAD
- 2.- HIPOPLASIA
- 3.- TETRACICLINA
- 4.- MUTILACIÓN
- 5.- ATRICIÓN
- 6.- OTRAS.

EXPLORACIÓN DE GLÁNDULAS SALIVALES

INSTRUCCIONES: Describa las características, en caso de que estén alteradas.

GLÁNDULAS SALIVALES	Consistencia	Volumen	Función	Dolor describe
Parótidas				
Submandibular				
Sublingual				
Otras				

OCCLUSIÓN

INSTRUCCIONES: En los siguientes 4 cuadros, marque con una X de acuerdo a los hallazgos encontrados.

Arco de Baume	Tipo 1 (con espacios)	Tipo 2 (sin espacios)
Superior		
Inferior		

Plano terminal	Derecho	Izquierdo
Recto		
Mesial		
Distal		
Mesial exagerado		

Desgaste de caninos primarios	Si	No

ÍNDICE EPIDEMIOLÓGICO DE MALOCCLUSIONES

INSTRUCCIONES: Coloque en el cuadro el número correspondiente

- 0. NINGUNA
- 1. LEVE (Anomalías discretas, con alineación dentaria irregular)
- 2. MODERADA O SEVERA. (apiñamiento o espaciamiento mayor de 4 mm., mordida abierta, sobremordida horizontal y/o vertical exagerada)

Relación molares (Angle)	Derecho	Izquierdo	Relación caninos (Angle)	Derecho	Izquierdo
I			I		
II			II		
III			III		

División _____ Subdivisión _____

En caso necesario remitirse a los anexos de ATM y oclusión, o al de ortodoncia:

Armonía de los maxilares Si () No () Describa _____
 Sobre mordida vertical _____ mm. Sobre mordida horizontal _____ mm.
 Mordida anterior borde a borde Si () No () Describa _____
 Mordida abierta anterior Si () No () Describa _____
 Mordida cruzada anterior Si () No () Describa _____
 Mordida cruzada posterior Si () No () Describa _____
 Desviación de línea media maxilar Si () No () Derecha () Izquierda () _____ mm.
 Desviación línea media mandibular Si () No () Derecha () Izquierda () _____ mm.
 Diastemas Si () No () Ubicación _____
 Facetas de desgaste Si () No () Ubicación _____

INDICE DE PLACA DENTOBACTERIANA

Medición	[Diagrama de dientes con círculos para medición]																												Fecha			
3°	[Diagrama de dientes con círculos para medición]																															
2°	[Diagrama de dientes con círculos para medición]																															
1°	[Diagrama de dientes con círculos para medición]																															

CRITERIO:
 Presencia de placa dentobacteriana en las superficies vestibular, labial, lingual, palatino, mesial, distal y oclusal

CÓDIGO:
 Pintar con color rojo las superficies que la presenten.

Medición	No. Total de dientes		Superficies		Total de superficies revisadas	Total de superficies con PDB	IPDB %
	Posteriores	Anteriores	Posteriores	Anteriores			
1°							
2°							
3°							

VII AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.

Modelos de estudio () Hallazgos (en caso necesario remitirse al anexo correspondiente)

Exámenes de Laboratorio: de rutina:

Biometría hemática () Hallazgos patológicos: _____

Química sanguínea () Hallazgos patológicos : _____

Examen general de orina () Hallazgos patológicos : _____

Cultivo de exudado faríngeo () Hallazgos patológicos: _____

Tiempo de protrombina () Hallazgos _____

Tiempo parcial de tromboplastina () Hallazgos _____

Tipo sanguíneo _____ Rh _____

Resultados de exámenes solicitados por el médico y que el paciente puede proporcionar:

Urocultivo () Hallazgos patológicos: _____

Coproparasitoscópico () Hallazgos patológicos: _____

Coprocultivo () Hallazgos patológicos: _____

Prueba de ELISA () Hallazgos: _____

VDRL () Hallazgos _____

Biopsia () Hallazgos _____

Otros () Tipo de estudio _____ Hallazgos patológicos: _____

Exámenes de gabinete:

Periapical () Interpretación _____

Aleta mordible () Interpretación _____

Oclusal () Interpretación _____

Ortopantomografía () Interpretación _____

Lateral de cráneo () Interpretación _____

Antero posterior de cráneo () Interpretación _____

Postero anterior de cráneo () Interpretación _____

Waters () Interpretación _____

Schüller () Interpretación _____

Otros especifique _____

VIII. DIAGNÓSTICO INTEGRAL (SISTÉMICO Y BUCAL)

ANEXO 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2005-2006

Año y mes	2005 Febrero	2005 marzo	2005 Abril	2006 Enero	2006 Febrero	2006 Marzo	2006 Abril	2006	2006	2006	2006
Selección del tema	X										
Autorización del título	X										
Autorización del proyecto		X									
Desarrollo del marco teórico			X								
Recolección de información			X	X							
Revisiones					X		X				

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Som PM. Curtin HD. Radiología de cabeza y cuello cuarta edición, cavidades naso sinonasales orbitas y vías ópticas, área central de la base del cráneo, mandíbula y articulaciones temporomandibular, cuarta edición, vol. I, . 889-92
- 2-Word NK diagnostico diferencial de las lesiones orales y maxilares, radiotrasparencias pericoronales, quinta edición, 279-83.
- 3.-Lockhart RD Anatomía humana editorial interamericana, 50-54
- 4.-Rouviere H Delmas A, anatomía humana descriptiva topográfica y funcional, cabeza y cuello tomo I Editorial,. 184-197, 215-22, 224-27
- 5.-Moore KL. Anatomía con orientación clínica. La cabeza, tercera edición, editorial panamericana 693,694
- 6.-Cosme EG Cirugía Bucal La cirugía bucal como especialidad. Principios básicos de la cirugía bucal .estudio clínico y radiológico del paciente, Técnicas de anestesia en cirugía bucal Ergon, 1999 16-24, 169-71.
- 7.-Borghelli RF temas de patología bucal clínica con nociones de la epidemiología bucal, tomo II, quiste de los maxilares. Editorial mundi, S.A. I. C. y F 567
- 8.-Shafer WG. Tratado de patología bucal quistes y tumores de origen odontógeno tercera edición Editorial interamericana, 238-44.
- 9.-Lucas BA Atlas de cirugía bucal oral, quistes odontogenos de los maxilares, Editorial instituto láser de la salud buco dental, 61-63
- 10.-Raspall G. Atlas clínico, tumores de cabeza y cuello segunda edición, editorial mason, 290
- 11.-Eversole LR Patología bucal diagnostico y tratamiento, lesiones radiolucidas de los maxilares, Editorial medica panamericana, 211-12.
- 12.-Malcoma AL medicina bucal de Burket, diagnostico y tratamiento, 9 edición Editorial Interamericana, 57
- 13-Zegarelli EV. Diagnostico en patología oral segunda edición, editorial, salvat editores S.A., 2

14.-Raspall G. Atlas clínico, enfermedades maxilares y cráneo faciales, editorial salvat, 396-98

15.-Regezi JA: Patología bucal, correlaciones clínico patológicas, tercera edición, editorial Mc Grawhill interamericana, 299-300

16.-Cawson RA. Cirugía y patología Odontológicas, Tercera edición, Editorial Manual moderno S:A:C:V. 250-53

17-Romanelli HJ. Adams EJ. Primera edición, Editorial, Amolca, 26-29

18.-Kerr DA. Diagnostico bucal, exámenes radiográficos y complementarios, editorial mundi, 346-50

19.-Kruger Cirugía buco maxilofacial, quiste de los huesos y los tejidos blandos en la cavidad bucal y las estructuras continuas, quinta edición, editorial panamericana, 243-45 y 47

20.-Lopez JS Garcia PA. Cirugía oral, quiste de los maxilares y de la encrucijada Cerviño facial, editorial interamericana, 511,12