



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

**Lesiones Radiolúcidas en relación a dientes retenidos,
diagnosticadas y tratadas en el servicio social de la
Clínica Multidisciplinaria Zaragoza 2005 - 2006.
Presentación de 2 casos clínicos.**

**T E S I S
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A**

SERGIO ISRAEL CHÁVEZ SÁNCHEZ

**DIRECTOR DE TESIS
CMF. GUSTAVO GALVEZ REYES**

MEXICO, DF.

AGOSTO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A MIS PROFESORES

*A todos ellos que depositaron su esfuerzo,
Paciencia y conocimientos en mí,
Con el fin de formar un profesional.*

A MIS PACIENTES

*Por la confianza, disposición y
Su apoyo, para la elaboración
De este Proyecto.*

ISABEL QUIROZ

*Mi compañera, amiga y novia por el
Tiempo que ha compartido conmigo,
Su gran apoyo, confianza y amor.*

A MIS TIAS

*Gabriela y Juana Sánchez por sus cuidados
Y apoyo durante este tiempo fuera de casa.*

CMF. GUSTAVO GALVEZ REYES

*Por sus consejos y apoyo como Profesor,
Titular de Servicio Social y director de
Tesis, se logro culminar este Proyecto.*

A Dios...

*Por la vida, mi familia, el tiempo que me ha brindado
Y por todas las personas que ha puesto en mi camino,
Ya que han sido parte importante en mi crecimiento.*

DEDICATORIA

JOSÉ SÁNCHEZ SOLÍS +

*Mi abuelo, que en el lugar donde este, se que su apoyo siempre estuvo conmigo
Y se que se alegraría de saber que cumplí con mi meta,
Se sentiría orgulloso.*

Gracias... Abuelo

SERGIO CHÁVEZ GONZÁLEZ Y MA. DEL SOCORRO SÁNCHEZ CORTÉZ

*Mis Padres, mis dos grandes amigos y maestro,
Quienes me han heredado el tesoro más valioso que puede dársele a un hijo: Su amor.*

*Sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida
Para formarme, educarme y cuya ilusión de la vida ha sido convertirme
En una persona de provecho.*

*A quienes no podré pagar todos sus desvelos, ni aun con las riquezas
Más grandes del mundo; sólo deseo que sientan que los logros míos,
También son logros de ustedes.*

Muchas Gracias... NENITA Y CHAVITO.

DAVID CHÁVEZ SÁNCHEZ

*Brother gracias por tu apoyo en los buenos y malos momentos,
Por tus consejos buenos o malos, que de alguna manera
Siempre me ayudaron.*

Gracias... Brother



ÍNDICE

PORTADA

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

MARCO TEÓRICO

OBJETIVOS

METODOLOGÍA

RECURSOS

IMPACTO Y TRASCENDENCIA

CONCLUSIONES

PROPUESTAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

INTRODUCCIÓN

Las lesiones radiolúcidas asociadas a la retención de un órgano dentario en los maxilares, hoy en día es más común encontrarlas en los individuos, y tiene suma importancia dentro de la práctica odontológica, ya que estas llegan a tener un comportamiento muy parecido entre sí, y es por eso importante realizar el diagnóstico preciso de la misma.

Debido a que estas lesiones, se presentan en forma y aparición en cualquier parte de los maxilares y a menudo llegan a causar patologías, las cuales suelen ser de tipo óseo, quístico o tumoral, llegan a provocar grandes alteraciones en los mismos.

Considero que el Cirujano Dentista de práctica general debe realizar una práctica multidisciplinaria con las diferentes especialidades para de esta forma integrar los conocimientos y haciendo uso de los métodos de diagnóstico, como la historia clínica, estudios de laboratorio, radiografías, modelos de estudio, fotografías, biopsia, con la única finalidad de llevar a cabo una evaluación correcta y así poder tomar una conducta bucal e integral para el paciente.

Debido a lo antes mencionado se presenta la descripción de dos casos clínicos atendidos en la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza, los cuales al tomar la radiografía Ortopantomografía (Panorámica) mostraron una imagen radiolúcida bien delimitada que corresponde a la presencia de un órgano dentario, ubicada en la región del ángulo de la mandíbula del lado izquierdo.

JUSTIFICACIÓN

Las retenciones dentarias es un tema de indudable importancia para el estudio clínico que conlleva implícita la eficacia y el beneficio para la actividad terapéutica.

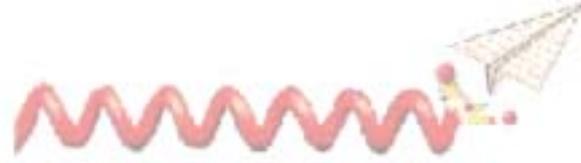
Los dientes que no erupcionan pueden estar asociados a múltiples patologías. Por medio de la revisión histológica de los tejidos asociados a estos dientes se estableció la casuística de estas complicaciones. ¹

Hoy nos encontramos con un sin número de pacientes que presentan retenciones dentarias , siendo que el porcentaje mayor de estas retenciones es en los terceros molares inferiores, caninos y terceros molar superior. ²

Estos dientes pueden quedar en estado de inclusión o retención, provocando una serie de trastornos eruptivos como la pericoronitis , bolsas peridontales, lesiones quísticas, tumorales, resorciones radiculares y por supuesto maloclusiones provocando así mismo una falta de función en la cavidad bucal, que no permite al individuo presentar una apariencia estética. ³

Es por eso que hacemos énfasis en realizar un diagnóstico oportuno o precóz de estas retenciones, ya que nos evita todo este tipo de cuadro sintomatológico que puede ocurrir al paciente, que muchas ocasiones es imperceptibles, debido a que en sus primeras etapas presenta sintomatología y al tratar estas lesiones es cuando ya presenta grandes alteraciones en los maxilares que incluso clínicamente ya pueden ser persivibles.

Por tal razón el presente trabajo llevará a cabo el estudio y la terapéutica utilizada en dos pacientes femeninos que acuden al área de cirugía bucal y patología por la presencia de una imagen radiolúcida en relación con un órgano dentario retenido, con una sintomatología similar, en la cual se llevará a cabo la evaluación, diagnóstico y plan de tratamiento de cada caso particular.



MARCO TEÒRICO

IMPORTANCIA DE LA RADIOLOGÍA EN ODONTOLOGÍA

La interpretación radiográfica es un auxiliar del proceso de diagnóstico; además de estar consciente de la importancia que tienen las radiografías, el odontólogo debe entender el valor de la interpretación, debido a esto es que se debe revisar minuciosamente y poder interpretar cuidadosamente, ya que nos lleva a obtener gran información sobre los dientes, los huesos de soporte y zonas anatómicas circundantes; por lo tanto, es de suma importancia para el profesional en odontología.

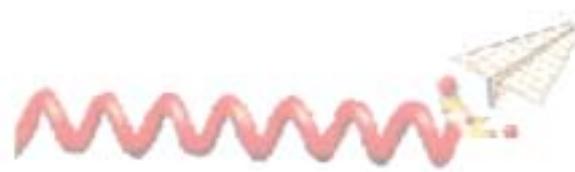
La interpretación radiográfica confiere al odontólogo una función en la detección de enfermedades, lesiones y trastornos de los dientes y maxilares que no se pueden identificar con solo la valoración clínica.

A menudo, para el odontólogo es muy común confundir los términos de interpretación y diagnóstico; por ello importante notar que tienen distintos significados y no se deben utilizar como sinónimos.

El odontólogo es quien establece el diagnóstico después de una revisión minuciosa de la historia clínica, los antecedentes dentales, los exámenes clínicos y radiográficos y las pruebas clínicas o de laboratorio. 4

APLICACIONES DE LA RADIOLOGÍA

- ① Detectar lesiones, enfermedades y trastornos de los dientes y las estructuras que los rodean, las cuales no se pueden identificar clínicamente
- ② Confirmar o clasificar un diagnóstico presuntivo

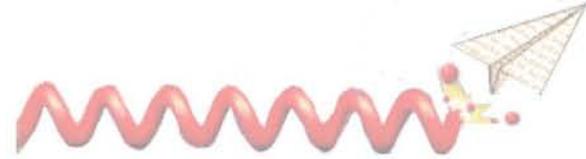


- ⊕ Localizar lesiones o cuerpos extraños
- ⊕ Proporcionar información para ver el desarrollo de tratamientos odontológicos (por ejemplo: cirugía, endodoncia, ortodoncia)
- ⊕ Evaluar el crecimiento y desarrollo de los dientes
- ⊕ Ilustrar las diversas alteraciones con lo que refiere a caries, enfermedad periodontal y traumatismos

Para documentar un trastorno, ya sea de su desarrollo o en su rehabilitación de alguna patología que presente el paciente.

Si el tratamiento previsto es la extracción quirúrgica, las opciones son más reducidas, la información resultante debe aclarar las siguientes cuestiones:

- ⊕ Posición respecto de la arcada en los tres planos del espacio.
- ⊕ Relación con los dientes vecinos y con las estructuras anatómicas vecinas importantes.
- ⊕ Orientación y situación de corona y ápice.
- ⊕ Complicaciones con significación radiológica (infecciosa, tumoral, mecánica).
- ⊕ Estado de las estructuras periodontales.
- ⊕ Forma y tamaño del diente, especialmente de la raíz por la posibilidad de que exista una curvatura radicular la localización de la corona y sus cúspides.
- ⊕ El tipo de tejido óseo que rodea al diente.



El odontólogo conoce bastante bien las técnicas radiográficas, antes de analizar los principios básicos técnicos es necesario comprender los diferentes tipos de exámenes radiográficos que involucran películas intrabucales o extrabucales. 5

Hay tres tipos de exámenes radiográficos **intrabucales** que se utilizan con mayor frecuencia en odontología:

■ EXAMEN INTERPROXIMAL

Finalidad: Se utiliza en una sola película las coronas de los dientes superiores e inferiores. Como lo indica el término proximal, sirve para revisar las superficies dentales adyacentes y el hueso de la cresta.



Fig. No 1 Radiografía Interproximal.
Higashi t, Chen SJ Ikuta H. Atlas de Diagnostico de Imágenes Radiográficas de la Cavidad Bucal.

■ EXAMEN PERIAPICAL

Finalidad: El examen periapical se utiliza para explorar todo el diente (corona y raíz) y el hueso de soporte.

Fig. No 2 Radiografía Periapical.
Higashi t, Chen SJ Ikuta H. Atlas de Diagnóstico de Imágenes Radiográficas de la Cavidad Bucal.





■ EXAMEN OCLUSAL

Finalidad: Este examen se utiliza para analizar áreas grandes del maxilar superior o la mandíbula en una película.



Fig. No 3 Radiografía Oclusal.
Higashi t, Chen SJ Ikuta H. Atlas de Diagnóstico
de Imágenes Radiográficas de la Cavidad Bucal.

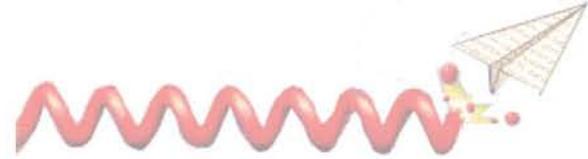
Dentro de los estudios radiográficos **extrabucales** nos permite dar una revisión de grandes áreas del cráneo o maxilares; por lo tal requiere el uso de una película extrabucal. Dentro de las radiografías conocidas son: Panorámica, Lateral Mandibular, Lateral de Cráneo, Posteroanterior, de Water, Submentovertex, Towne invertida, Transcraneal y las Proyecciones Topográficas.

Para el Servicio Social de Cirugía Bucal es de gran apoyo el uso de Radiografía Panorámica.

■ RADIOGRAFÍA PANORÁMICA (Ortopantomografía)

Finalidad. La Rx panorámica proporciona al odontólogo una imagen completa de los maxilares superiores e inferiores es de gran uso para los siguientes propósitos:

- Evaluar dientes retenidos
- ⊕ Evaluar patrones de erupción, crecimiento y desarrollo 6



- ⊕ Detectar enfermedades, lesiones y trastornos de los maxilares
- ⊕ Examinar la extensión de lesiones grandes
- ⊕ Evaluar traumatismos dento- maxilares
- ⊕ Para clasificar las patologías óseas dentro de los 3 grandes grupos:

- ⊕ **Lesiones Radiopacas**

- ⊕ **Lesiones Radiolúcidas**

- ⊕ **Lesiones Mixtas (parcialmente radiopacas y radiolúcidas)**

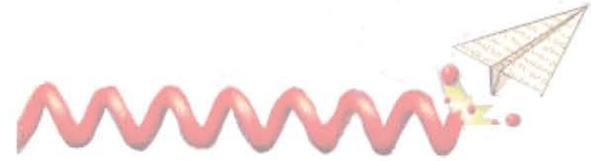


Fig. No.4 Radiografía Panorámica. Archivo de Cirugía bucal, Clínica Zaragoza. 2006.

LESIONES RADIOLÚCIDAS

Las lesiones radiolúcidas puede ser divididas en dos grupos básicos: lesiones expansivas y lesiones infiltrativas.

Las lesiones presentan un patrón gráfico definido, mostrando un área o áreas de destrucción; se observa un área radiolúcida de forma redondeada u ovalada, de



contorno regular, liso y definido, circundada por una línea o banda radiopaca, corresponde a la imagen de tipo quístico.

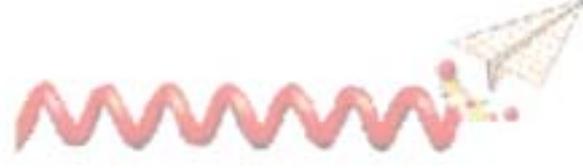
Algunas de estas patologías son:

- Quiste Dentífero
- Quiste primordial
- Quiste periodontal apical
- Quiste de erupción
- Quiste residual
- Displasia cementaria apical
- Fibroma odontogénico
- Fibroma ameloblástico
- Ameloblastoma

Existen lesiones óseas que, en su aspecto radiográfico, imitan un gran número de patrones de imágenes, pudiendo aparecer en la mayoría de los grupos que se instituyeren. Es el caso de los ameloblastomas, del quiste óseo traumático y de las displasias fibrosas. ^{7,8}



Fig. No 5 Radiografía Lesión radiolúcida.
Higashi t, Chen SJ Ikuta H. Atlas de Diagnostico
de Imágenes Radiográficas de la Cavidad Bucal.



LESIONES RADIOPACAS

Las lesiones radiopacas de los huesos maxilares ocurren en menor número que las radiolúcidas.

Ellas se caracterizan por un aumento de densidad ósea, sea debido a refuerzo de imágenes por superproducción de hueso. Además del aumento de la radiopacidad ósea acostumbrada a ocurrir alteraciones de textura por espesamiento de las trabéculas, disminución de los espacios medulares y desaparición del aspecto de hueso esponjoso, dando imágenes atípicas.

Las lesiones radiopacas pueden ser circunscritas y difusas. Las imágenes circunscritas separan la radiopacidad del hueso por un halo radiolúcido. Y la lesión será difusa cuando la radiopacidad se confunde con el hueso normal adyacente, sin mostrar margen o límite divisorio. 9

LESIONES RADIOPACAS

CIRCUNSCRITAS

- Lesión cementificante
- Cementoblastoma benigno
- Fibroma cementificante

- Cementoma giganteforme
- Odontoma compuesto

- Odontoma complejo
- Odontoma ameloblástico

DIFUSAS

- Displasia fibro-ósea
- Osteoma
- Osteomielitis crónica esclerosante
- Condroma
- Metástasis
- Condrosarcoma

- Radiopacidades de superposición

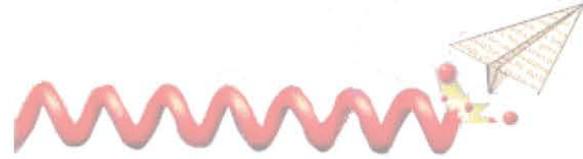
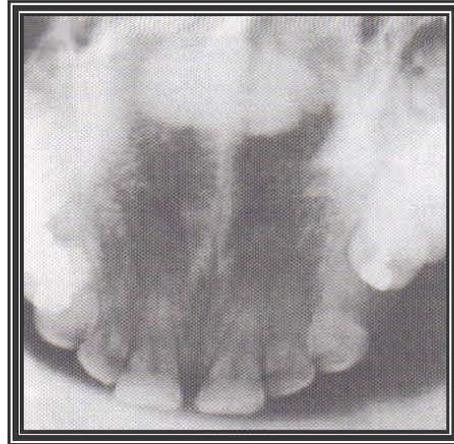


Fig. No. 6 Radiografía Lesión radiopaca.
Higashi t, Chen SJ Ikuta H. Atlas de Diagnostico
de Imágenes Radiográficas de la Cavity Bucal.



LESIONES MIXTAS **(PARCIALMENTE RADIOPACAS Y RADIOLÚCIDAS)**

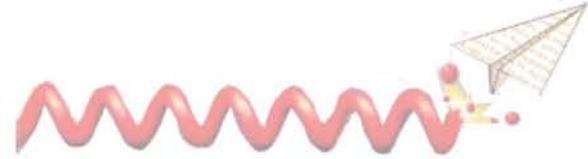
Las lesiones radiolúcidas y radiopacas o mixtas quieren definir patrones radiográficos variados que ocurren simultáneamente en determinadas lesiones.

Estas imágenes dependen de la fase en que la lesión es registrada en la radiografía. Se prefiere la designación de imágenes de transición para las lesiones que puedan mostrar la asociación radiolúcida - radiopaca.

La casi totalidad de las lesiones que algunos autores listan bajo la denominación de epígrafe presentan inicialmente, las imágenes radiolúcidas, recurrentes de un proceso de lisis ósea que va progresivamente incorporado material calcificado – esmalte, dentina, cemento o hueso.

Este comportamiento, además de definir lo que realmente aparece en la radiografía, esta en concordancia con la etiopatología de la lesión.

El desenvolvimiento del área radiolúcida, a partir de una lesión nítida radiopaca, es una ocurrencia rara, pudiendo aparecer evoluciones quísticas a partir de un Odontoma. En los procesos inflamatorios agudos, o evolución maligna de una



displasia poliostótica o enfermedad de Paget, esta asociada a una osteomielitis o a un osteosarcoma. 10,11

LESIONES MIXTAS

- Odontoma ameloblástico
- Fibroma ameloblástico
- Queratoquiste
- Quiste dentífero
- Ameloblastoma



Fig. No.7 Radiografía Panorámica. Archivo de Cirugía bucal, Clínica Zaragoza. 2006

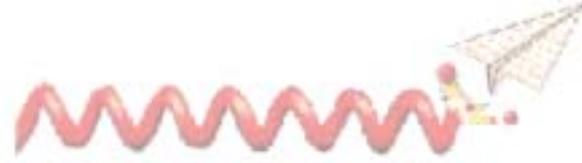
GENERALIDADES DE DIENTES RETENIDOS

RETENCIÓN DENTARIA

Todo aquel diente que esta dentro de los maxilares que ha completado su formación radicular, ha pasado su etapa fisiológica de erupción y puede o no conservar su saco periconario.

INCLUSIÓN DENTARIA

Todo aquel diente que esta dentro de los maxilares puede o no haber completado su formación radicular, aun no pasa su tiempo de erupción y conserva su saco pericoronario.



PATOLOGÍA O ACCIDENTES QUE OCASIONAN LOS DIENTES RETENIDOS.

a) Causas mecánicas

- Mal posiciones dentarias
- Mal oclusión
- Alteraciones en la integridad del diente vecino
- Accidentes protésicos

b) Nerviosas

- Algias
- Neuralgias
- Parestesia

c) Tumorales

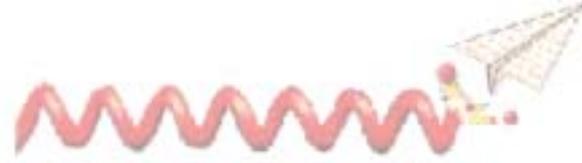
- Queratoquiste
- Quiste dentífero
- Ameloblastoma

d) Infecciosas

- Abscesos
- Celulitis sérica
- Osteomielitis
- Pericoronitis

CARACTERÍSTICAS DE LA RETENCIÓN

- Infección particularmente con erupción parcial
- Dolor referido
- Resorción interna.
- Formación de quistes dentíferos.
- Resorción radicular del diente retenido así como de los dientes contiguos.



- Malposición vestibular o lingual del diente retenido
- Migración de dientes vecinos y pérdida de longitud del arco

ETIOLOGÍA DE DIENTES RETENIDOS.

CAUSAS SISTEMÁTICAS DE RETENCIÓN:

- a) Causas prenatales: Herencia y mezcla de razas
- b) Causas postnatales: las que pueden interferir en el desarrollo del niño; raquitismo, anemia, sífilis congénita, tuberculosis y desnutrición.

CAUSAS LOCALES DE RETENCIÓN

- a) Irregularidades en la posición y precisión de un diente adyacente
- b) La densidad del hueso que lo recubre
- c) Inflamaciones crónicas continuas con su resultante
- d) Una membrana mucosa muy densa
- e) Falta de espacio en maxilares poco desarrollados
- f) Indebida retención de dientes temporales
- g) Perdida prematura de la dentición temporal
- h) Enfermedades adquiridas tales como necrosis debida a infecciones abscesos
- i) Falta de erupción en el sitio correspondiente
- j) Anomalía de las raíces de los dientes vecinos
- k) Mala posición del germen dentario
- l) Desarrollo incompleto de la raíz
- m) Presencia de quistes o tumores en la proximidad del sitio que debe ocupar el diente
- n) Existencia de dientes supernumerarios



CAUSAS RARAS DE RETENCIÓN

- a) **Disostosis cleidocraneal:** Trastorno hereditario dominante o recesivo, que se caracteriza por la presencia de hipoplasia clavicular asociado con ensanchamiento craneal, espina bífida atrofia del macizo facial superior y exoftalmos, retraso en ambas denticiones, anodoncia falsa con formación de quistes foliculares, malformaciones de cemento y esmalte.
- b) **Oxicefalia de cráneo en forma de pirámide,** mismas anomalías dentales que el caso anterior.
- c) **Acondroplasia** enfermedad hereditaria que produce alteraciones en el desarrollo cartilaginoso , con enanismo y alteraciones dentales comunes.
- d) **Labio y paladar hendido** debido al fallo congénito que provoca la fisura de la línea media del paladar y las zonas laterales del labio superior, 1 de cada 3 niños que nacen con fisura-alveolo-palatina tienen antecedentes familiares 1:700 nacimientos.
- e) **Síndrome de Crouzon** trastorno hereditario autonómico y en el 30% es espontáneo presenta sinostosis craneal prematura, hipoplasia maxilar y exoftalmos. Tercio medio hipoplasia maxilar, hipertelorismo, estrabismo divergente, nistagmus y alteraciones del nervio óptico. Tercio inferior pseudo prognatismo mandibular, paladar estrecho, diastemas y alteraciones de la morfología dentaria, además de epilepsia, retraso mental y sordera.

TEORIAS DE LA RETENCIÓN

Teoría Filogenética:

La gradual disminución de los maxilares a lo largo de la evolución es un proceso adaptativo en relación con la modificación de los hábitos alimentarios de nuestra civilización, conduce a los huesos maxilares demasiado pequeños para acomodar los terceros molares en algunos individuos, esta teoría tiene al tercer molar como órgano vestigial.



Teoría Ortodóntica:

El crecimiento normal de la mandíbula y el movimiento de los dientes se hace en dirección anterior, cualquier cosa que interfiera en tal desarrollo causará inclusión dental. Generalmente el hueso denso resulta de un retardo del movimiento hacia delante y muchas situaciones patológicas ocasionan condensación de tejido óseo.

Teoría Mendeliana:

En esta teoría se plantea la discrepancia de tamaño entre maxilares y dientes, es decir de espacio y se provoca una retención dentaria.

Actualmente es la reducción evolutiva gradual del tamaño de los maxilares, por consiguiente observamos maxilares pequeños lo cual da por resultado dificultad para su acomodamiento o para su total erupción por lo que puede existir ausencia congénita de los terceros molares superiores o inferiores, o bien la presencia rudimentaria de estos.

La causa es la falta total de estímulo que excite un desarrollo adecuado de los maxilares por la dieta moderna en la cual el hombre no requiere un esfuerzo decidido en la masticación

DIAGNÓSTICO DE DIENTES RETENIDOS

El diagnóstico de los dientes retenidos se obtiene a partir de la observación clínica y el exámen radiológico. Es conveniente en todos los casos determinar con dichos exámenes el grado de retención y la situación exacta del diente en los tres planos del espacio.

Los signos que podemos encontrar son:

- ◆ Erupción retrasada del diente permanente.
- ◆ Presencia o protuberancia vestibular o lingual.
- ◆ Diastemas.



- ◆ Desplazamientos y rotaciones de los dientes adyacentes
- ◆ Cambio de coloración de dientes vecinos por complicación mecánica con afectación pulpar.

El diagnóstico radiológico debe realizarse en los tres planos de espacio, con técnicas y ángulaciones diferentes, de las cuales las más utilizadas son las radiografías intraorales disponibles en el gabinete odontológico.¹²

EXPLORACIÓN CLÍNICA.

Uno de los rasgos característicos de la retención de los dientes superiores es la ausencia de sintomatología en la mayoría de los casos en un 80%. Tan solo el 20% de los casos la presencia se acompañará de complicaciones como la causa de consulta.

Generalmente suele ser hallazgo del odontólogo general o bien del ortodoncista, lo más común será el hallazgo radiológico, en el curso de sus visitas en su tratamiento de prótesis.

LOCALIZACIÓN DEL DIENTE RETENIDO.

Ésta la podemos llevar a cabo por la inspección y la palpación. La presencia de abultamientos en la región de retención. La presencia de relieves abombados es el vestíbulo es indicativa de una inclusión o retención vestibular superficial que, a excepción de ciertos casos de ángulaciones extremas trae como resultado una recuperación rápida del diente.

INSPECCIÓN

Una inspección detallada de la cavidad bucal y de sus arcadas dentarias puede conducirnos a la sospecha de la presencia de retención. Estos signos se



denominan indirectos, vendrán determinados por la ausencia del diente en la arcada y por los datos clínicos siguientes:

- ◆ Persistencia del espacio que debería ocupar el incisivo.
- ◆ Desplazamiento de los dientes vecinos.
- ◆ Relieves anormales de la mucosa palatina o lingual.
- ◆ Fístulas.
- ◆ Cambios en la coloración de los dientes vecinos.

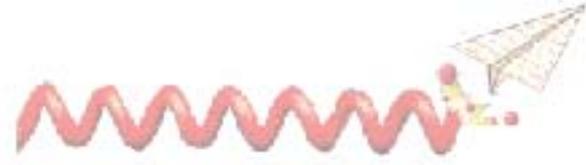
PALPACIÓN

Con frecuencia la inspección de la mucosa de la región anterior no nos revelará de entrada ninguna alteración, sin embargo, a menudo, una cuidadosa palpación, en el caso de la región retromolar, pondrá en evidencia el relieve de la mucosa antes mencionada en la posición más posterior de la arcada. En la posición vestibular superior la palpación de un relieve a dicho nivel raramente es concluyente, pues usualmente se trata de la raíz desplazada de algún diente adyacente. La palpación de abultamientos generalmente corresponde a la corona del diente retenido.

Mediante esta simple maniobra, en muchas ocasiones obtendremos la confirmación de la posición del incisivo retenido. Pese a todo es imprescindible el estudio radiológico detallado en todos los casos, e inexcusable en los que, como hemos comentado, la exploración clínica resulte irrelevante.

EDAD DEL PACIENTE

Aunque la edad para intervenir los dientes retenidos no es factor, se ha elevado la debido a los eficientes métodos radiológicos, la edad puede limitar un buen pronóstico.



En los adultos es necesaria una evaluación adecuada de los exámenes radiográficos antes de formular un diagnóstico del tratamiento.

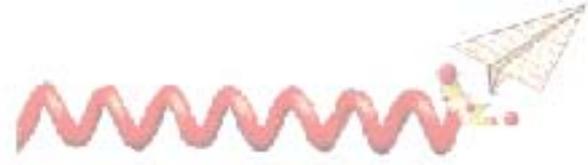
FRECUENCIA DE RETENCIONES DENTARIAS.

Existe una estadística de Berten – Cieszynsky que corresponde a los dientes retenidos y es la siguiente:

Tercer molar inferior.....	35%
Canino superior.....	34%
Tercer molar superior	9%
Segundo premolar inferior	5%
Canino inferior	4%
Incisivo central superior	4%
Segundo premolar superior	3%
Primer premolar inferior	2%
Incisivo lateral superior.....	1.5%
Primer premolar superior8%
Incisivo lateral inferior8%
Primer molar inferior5%
Segundo molar inferior.....	.5%
Primer molar superior4%
Incisivo central inferior4%
Segundo molar superior1%

COMPLICACIONES DE ERUPCIÓN PROVOCADAS POR DIENTES RETENIDOS

El diagnóstico de la retención de los dientes anteriores, habitualmente superiores, es producto de un hallazgo ocasional, clínico o radiológico. Sin embargo, uno de cada cinco pacientes presentará complicaciones asociadas que requieran un estudio



detallado y, ocasionalmente, un tratamiento complementario. Las complicaciones de estos dientes retenidos son las siguientes:

COMPLICACIONES MECÁNICAS

- ◆ Mal posiciones dentarias
- ◆ Mal oclusión
- ◆ Alteraciones en la integridad del diente vecino
- ◆ Accidentes protésicos

Los dientes retenidos sobre dientes vecinos mecánicamente producen trastornos que se traducen sobre su normal colocación en el maxilar y en su integridad anatómica.

Trastornos sobre la colocación anormal de los dientes, el trabajo mecánico del diente retenido, en su intento de erupción produce desviaciones en dirección de los dientes vecinos y aun trastornos a distancia.

Trastornos sobre la integridad anatómica del diente, la constante inclusión en el diente retenido que ejerce sobre el diente vecino.

Produce alteraciones en el cemento "rizolisis", en la dentina y aún en la pulpa de estos dientes. 13

COMPLICACIONES INFECCIOSAS

- ◆ Abscesos
- ◆ Celulitis sérica
- ◆ Osteomielitis
- ◆ Pericoronitis
- ◆ Celulitis odontogénicas
- ◆ Osteomielitis maxilar



- ◆ Sinusitis maxilar.
- ◆ Afectación pulpar o periodontal de los dientes vecinos.

Las afecciones infecciosas locales son derivadas directamente del diente retenido, si éste se encuentra completamente alojado en el hueso alveolar, son raras. La infección del saco pericoronario requiere un grado mayor o menor de contacto con el medio bucal. Si éste no se produce, resulta improbable la contaminación del mismo y el desarrollo de la infección. Los fenómenos infecciosos en el diente retenido se asocian a lo que denominamos accidentes de erupción.

COMPLICACIONES ASOCIADAS CON QUISTE ODONTOGENICOS

La presencia de restos epiteliales odontogénicos, sumados a restos embrionarios del desarrollo facial en el interior de los huesos maxilares, pueden proliferar bajo ciertas circunstancias llegando a dar origen a quistes. Existen variedades de ellos diferenciándose en su etiopatogenia, aspectos clínicos, radiográficos, histológicos y terapéuticos.

El quiste dentígero o quiste folicular se encuentra relacionado con dientes no erupcionados con mayor porcentaje de incidencia en las cordales, caninos y dientes supernumerarios siendo el segundo en incidencia después de los quistes radiculares.¹⁴

Se presenta normalmente como una patología aislada, pero también se puede presentar en algunos síndromes como la disostosis cleidodentopubocraneal o en la mucopolisacaridosis tipo VI. No hay predilección por sexo y se presenta la mayor incidencia entre la segunda y tercera década de vida.¹⁵

El quiste deriva del epitelio reducido del esmalte que rodea la corona del diente, se sabe muy poco acerca del estímulo que separa el epitelio reducido de la superficie de esmalte del diente, creando un espacio para la acumulación de



liquido alrededor de la corona del diente (el termino “dentígero” significa “que contiene dientes”). El órgano del esmalte residual o epitelio reducido del esmalte forma una de las superficies que limita el quiste y la corona del diente retenido.

Existen varias teorías que tratan de explicar el origen del quiste dentígero, una de ellas plantea que el quiste dentígero se origina después que la corona del diente se ha formado por completo, se produce acumulación de liquido entre el órgano del esmalte y la corona del diente.

Otra explicación para la patogénesis del quiste dentígero es que se origina inicialmente por la proliferación quística de los islotes en la pared del tejido conectivo del folículo dental o incluso fuera del mismo, para luego unirse para formar una cavidad quística alrededor de la corona dental.

Una tercera explicación plantea que algunos quistes dentígeros pueden comenzar su formación por degeneración del retículo estrellado durante la odontogénesis.¹⁶

A veces del tejido conjuntivo adyacente que parecen inactivos o el tejido epitelial, en la membrana o pared quística se admite que puede desarrollarse algunas alteraciones neoplásicas, como un ameloblastoma o un carcinoma.

COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS

Con alguna frecuencia, la retención dentaria se asocia a un cuadro conocido como "Neuropatía trigéminal" que, en algunos aspectos, puede evocar las manifestaciones clínicas de la neuralgia trigéminal de segunda rama. Los dientes retenidos pueden ser causa de dolores dentales irradiados, especialmente si los dientes vecinos han sido afectados.

La confusión de una neuralgia sintomática, ocasionada por la presencia de una retención, con una neuralgia esencial es tan grave como lo contrario. No debemos



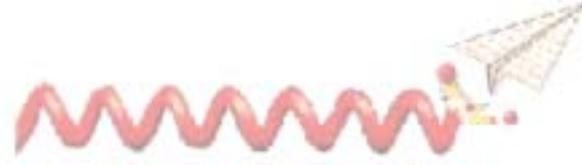
olvidar que una neuralgia sintomática del V par craneal puede ser el inicio de una lesión intracraneal. Es por eso importantísimo realizar una investigación detallada de la historia, cronología y circunstancias que permiten descartar la neuralgia esencial.

Ocasionalmente los dientes retenidos inducen algias faciales atípicas o algias similares a la neuralgia del ganglio esfenopalatino. Sólo podrá confirmarse su interrelación si cesa el cuadro doloroso después de realizar el acto quirúrgico. Se describe también que en este caso de algias faciales de tipo vasomotor, trastornos motores como espasmos faciales, parálisis o parestesia facial, presencia de edemas en las mejilla y lagrimeo, alteración tróficas como las placas de alopecia areata de localización frontoparietal y alteraciones sensoriales como disminución de la agudeza visual, zumbidos de oídos, vértigos, acúfenos y otras alteraciones sensitivas.

COMPLICACIONES ASOCIADAS A TUMORES ODONTOGÉNICOS

El 9% de todas las tumefacciones de la cavidad oral son tumores odontogénicos y dentro de este grupo, el ameloblastoma representa el 1 % de las lesiones. La O.M.S. lo define como una neoplasia polimórfica localmente invasiva que comúnmente tiene un patrón folicular o plexiforme, en un estroma fibroso. Su comportamiento ha sido descrito como el de un tumor benigno pero localmente agresivo. ¹⁷

Recientemente se han publicado algunos artículos con el fin de actualizar los conocimientos y actitudes terapéuticas frente al ameloblastoma. Entre ellos toma gran importancia el trabajo de Reichart y cols. que ha provocado la aparición de otras publicaciones criticándolo, apoyándolo o completándolo. El objetivo de este artículo es revisar estos conceptos que se han publicado recientemente y valorar su influencia en la actitud del clínico a la hora de actuar frente a esta patología, tomando como punto de partida para ilustrar esta discusión la presentación de nuestra experiencia respecto al ameloblastoma. ¹⁸



COMPLICACIONES DE REABSORCIÓN

Los dientes retenidos son los que con más frecuencia sufren reabsorción. La causa de este fenómeno es desconocida. Radiográficamente se aprecia una disminución de densidad, especialmente llamativa cuando se trata de la corona.

Los dientes retenidos pueden ocasionar la reabsorción de las raíces de los dientes vecinos por un mecanismo ignorado.

ALTERNATIVAS TERAPEÚTICAS

Ante la presencia de una retención dentaria la cuál esta afectado grandes proporciones de la estructura ósea del paciente tenemos que decidirnos por alguna alternativa terapéutica; dentro de las lesiones citadas en este trabajo como son Quiste Dentígero y Ameloblastoma tenemos tres actividades terapéuticas:

- **ABSTENCIÓN**
- **RADICAL**
- **CONSERVADORA**

ABSTENCIÓN

Se opta por esta alternativa terapéutica cuando:

- La manipulación del órgano dentario, así como la lesión pueda tener una complicación grave y se comprometa la vida del paciente.
- Cuando la edad del paciente no lo permita (adultos en plenitud)
- Padecimientos sistémicos



Sin embargo se debe tener un control terapéutico dentro del cuál se realicen radiografías clínicas periódicamente.

RADICAL

Casi siempre se requiere de una hemimandibulectomía o hemimaxilectomía en lesiones muy grandes. Todas las lesiones se tratan por cirugía por ser relativamente radio resistentes.

CONSERVADOR

Enucleación

Consiste en el retiro de la cápsula quística en la lesione que no comprometen en forma importante la estructura anatómica, ni la continuidad del maxilar.

Marsupialización

Procedimiento quirúrgico que tiene por objeto abrir una ventana en la pared externa del quiste retirando una porción de la cortical externa y cápsula quística, comunicando la cavidad quística con el medio oral.



GENERALIDADES DE LESIONES DE LOS MAXILARES

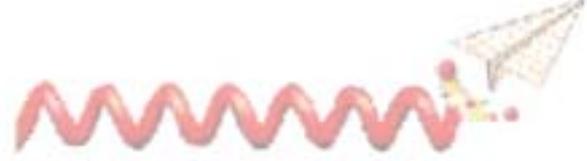
Las lesiones que se presentan con relación a un órgano dentario con mayor frecuencia en los maxilares solo pueden ser de dos tipos: quístico o tumorales, desafortunadamente estas lesiones muy pocas veces pueden manifestar signos clínicos en sus inicios y el descubrimiento de los mismos muchas veces suele ser por casualidad ya que el paciente acude con el odontólogo por otras necesidades odontológicas, estas lesiones no provocan dolor a menos que se infecten; es por eso de gran importancia la suma de los demás elementos de diagnóstico, ya que con la suma de estos se puede elaborar un diagnóstico presuntivo y elaborar nuestro plan de tratamiento.

QUISTES

La presencia de tejido epitelial en el interior de la médula del maxilar y la mandíbula constituye una de las tantas desemejanzas entre los maxilares y otros huesos del esqueleto. La fuente de ese epitelio es tanto odontogénica como no odontogénica.

Por definición los quistes odontogénicos son lesiones derivadas de la estimulación y proliferación de restos epiteliales que quedan en los maxilares luego de la formación del diente. Se reconocen grupos de restos epiteliales como origen de quistes odontogénicos:

1. Restos de Malassez, remanentes de la vaina de Hertwing, en la membrana periodontal.
2. Del epitelio reducido del órgano del esmalte que cubre corona de un diente no erupcionado después de completar la amelogénesis.
3. Remanentes de la lámina dental, que quedan en los maxilares después de la iniciación del órgano del esmalte.
4. Posiblemente la capa basal del epitelio oral. La degeneración quística del órgano del esmalte también ha sido considerado por algunos como origen a quistes maxilares.



Los mecanismos relacionados al crecimiento quístico son los siguientes:

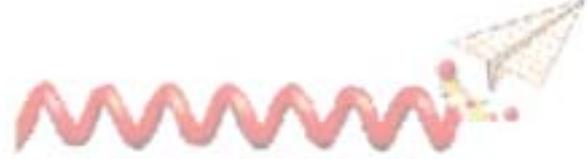
1. Crecimiento mural por : multiplicación de células epiteliales
2. Distensión por fluidos : Osmosis
3. Factores reabsorventes de hueso: actividad enzimática.

Las manifestaciones clínicas de un quiste dependen del tamaño que alcance. Si son muy pequeños no habrá signos clínicos que indiquen su presencia. Usualmente estas lesiones son descubiertas en un exámen radiológico de rutina. En el caso de quistes radicales inflamatorios muy pequeños, la presencia de una pieza devitalizada o resto radicular puede sugerir la posibilidad de una lesión apical.

Al haber un considerable crecimiento se presenta expansión de las corticales, usualmente la vestibular. En un estadio precóz el abombamiento óseo se presenta duro e indoloro, al crecer más el quiste, la parte central de la convexidad se adelgaza y puede ser deprimida a la presión (da la sensación de presionar una pelota de tenis).

Al fragmentarse la pared ósea bajo la presión, el sonido que produce ha sido descrito como el de una "cáscara de huevo rompiéndose", signo que corresponde a la crepitación. Cuando desaparece la cortical ósea, la lesión queda bajo la mucosa, que a la palpación fluctúa.

Cuando el quiste se abre a la cavidad oral es seguida frecuentemente de infección secundaria de los tejidos blandos. Esta secuencia de eventos es comúnmente observada para el quiste radicular (Periapical) y el Dentígero, pero a menudo el Queratoquiste no abomba las corticales pero si se infecta y fistuliza. Los quistes no odontogénicos (nasopalatino y nasolabial) son usualmente pequeños y cuando alcanzan un tamaño considerable, clínicamente se parecen a un quiste radicular.



Quiste Dentígero (quiste folicular)

Etiología: Se origina por alteración del epitelio adamantino después de la formación completa de la corona con acumulación de líquido entre las capas del epitelio adamantino o entre este y la corona dental. Si esta degeneración ocurriera antes de la formación coronaria, el resultado sería un quiste primordial.

Características Clínicas: Es bastante frecuente su aparición. Está siempre asociado a la corona de un diente retenido por lo que las ubicaciones más frecuentes son zona del tercer molar inferior y zona canina superior. Cuando abarca el tercer molar puede llegar a comprometer la rama ascendente hasta cóndilo y Apófisis coronóide. Es de crecimiento lento, aunque se plantea que en niños es más rápido su avance. Pueden originar expansión del hueso, asimetría facial, gran desplazamiento de los dientes y gran reabsorción radicular de los dientes adyacentes. Pueden transitar a un odontoma compuesto o complejo y tienen potencialidad para ser el más agresivo de los quistes odontógenos.

Características Radiográficas: Zona radiolúcida redondeada y bien circunscrita asociada a la corona del diente sin erupcionar.

Características Histológicas: No presenta rasgos característicos que lo distingan de otros quistes, pared delgada de tejido conectivo, con capa de epitelio pavimentoso estratificado que tapiza el quiste. Con frecuencia presenta infiltrado inflamatorio en el tejido conectivo. Contenido líquido amarillo a veces manchado de sangre. La disposición del epitelio puede propiciar proliferación neoplásica bajo la forma de un ameloblastoma. También existe posibilidad de transformación disqueratósica y aparición de un carcinoma epidermoide. 19

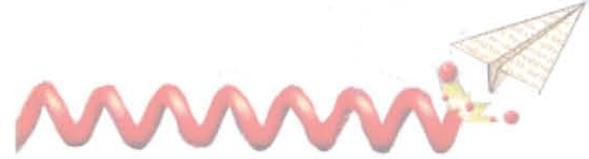


Fig. No. 8 Radiografía Panorámica. Archivo de Cirugía bucal, Clínica Zaragoza. 2006

Queratoquiste (QQ) o Quiste Primordial.

Etiología: Se forma en el órgano del esmalte previamente a la maduración y calcificación de los tejidos dentales. Tiene su origen por degeneración del retículo estrellado, agregándose la estructura por proliferación activa de la pared.

Características Clínicas: Lesión no frecuente. Es el menos común de los quistes odontogénicos. Su diagnóstico presupone la falta del diente, a partir de cuyo órgano del esmalte se ha originado. Puede originarse en el órgano de un diente supernumerario, por lo que en algunos casos estará presente el conjunto de dientes completo. Posee capacidad para desplazar por presión los dientes adyacentes. No es doloroso a menos que haya una infección secundaria. Rara vez presenta síntomas clínicos. A veces está asociado a un diente primario sin erupcionar. Alto poder recidivante (60 %). Aparece con más frecuencia en la zona del tercer molar mandibular, de tamaño variable y ligero predominio en el sexo masculino.

Características Radiográficas: Radiólucidez redondeada u oval, bien delimitada, unilocular y rara vez multilocular.

Características Histológicas: No es patognomónico, similar al de otros quistes odontogénicos. Pared constituida por haces de fibras colágenas. Tapizado en su cara interna por una capa intacta o interrumpida de epitelio pavimentoso estratificado. Puede presentar infiltración de células inflamatorias en la pared conectiva. 20,21

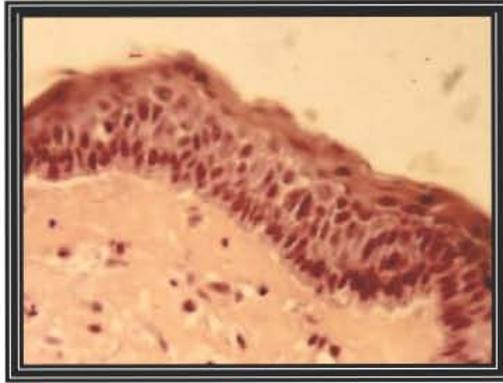
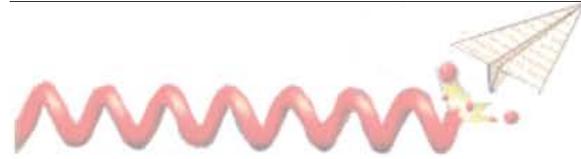


Fig. No. 9 Microfotografía de Queratoquiste.
Observe el estrato basal en empalizada,
sin papilas, con formación de paraqueratina
en la superficie y leve tendencia del epitelio
a separarse del corion subyacente.

TUMORES

Los tumores odontogénicos comprenden alrededor del 9% de los tumores de la cavidad bucal y cerca del 2.4% de las biopsias realizadas en el consultorio.

Los tumores odontogénicos son neoplásicos que surgen de la lámina dentaria o cualquiera de sus derivados. Además de su origen, tienen en común otras características:

- 1) Todos son benignos. Algunos como el Ameloblastoma, pueden ser localmente agresivos y recidivar repetidas veces, pero ninguno produce metástasis.
- 2) Con pocas excepciones, aparecen en los maxilares
- 3) Todos crecen lentamente

Después de considerar los tumores epiteliales, mesenquimatosos y mixtos – con los cuales el profesional deberá estar familiarizado- se describirá brevemente algunas variantes de estas lesiones.

Ameloblastoma

Se localizan en el maxilar superior en un 20% de los casos, más frecuentemente en la zona canina y antral. En la mandíbula (80% de los ameloblastomas) el 70% se da



en zona molar o rama ascendente, el 20% en región premolar y un 10% en la región anterior. Se diagnostican sobre todo entre la cuarta y quinta década de vida, salvo la variedad uniuística que se diagnostica entre los 20 y 30 años, sin existir predilección respecto al sexo.

De entre un 10 a un 15% de los tumores se asocian a un diente no erupcionado. La sintomatología es prácticamente nula, limitada a la provocación de una tumefacción en la mayoría de los casos, pero manteniendo un carácter infiltrante en el sentido de malignidad local.²²

El ameloblastoma se observa como un área radiolúcida, pudiendo presentar tres patrones diferentes. El más frecuente es el multilocular, con varios quistes agrupados y separados por tabiques de refuerzo óseo (en pompas de jabón).

Otras veces la imagen con que nos encontramos es en panal de abejas, siendo ésta la segunda en frecuencia. Una tercera imagen radiológica, y muy importante desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, es la forma unilocular.

En la elección del tratamiento de los ameloblastomas se debe valorar el tipo clínico (sólido-multiquístico, uniuístico, periférico), la localización y el tamaño del tumor, así como la edad del paciente, realizándose una resección lo más amplia posible para quedar en zona sana, siendo una patología que recidiva con bastante facilidad.^{23,24}

Odontoma Ameloblástico

Este raro tumor odontogénico mixto consiste en un ameloblastoma junto con un odontoma complejo simultáneo. Afecta a niños, es más común en la mandíbula y suele ser expansivo. Se presenta con una radiolucidez con áreas radiopacas.

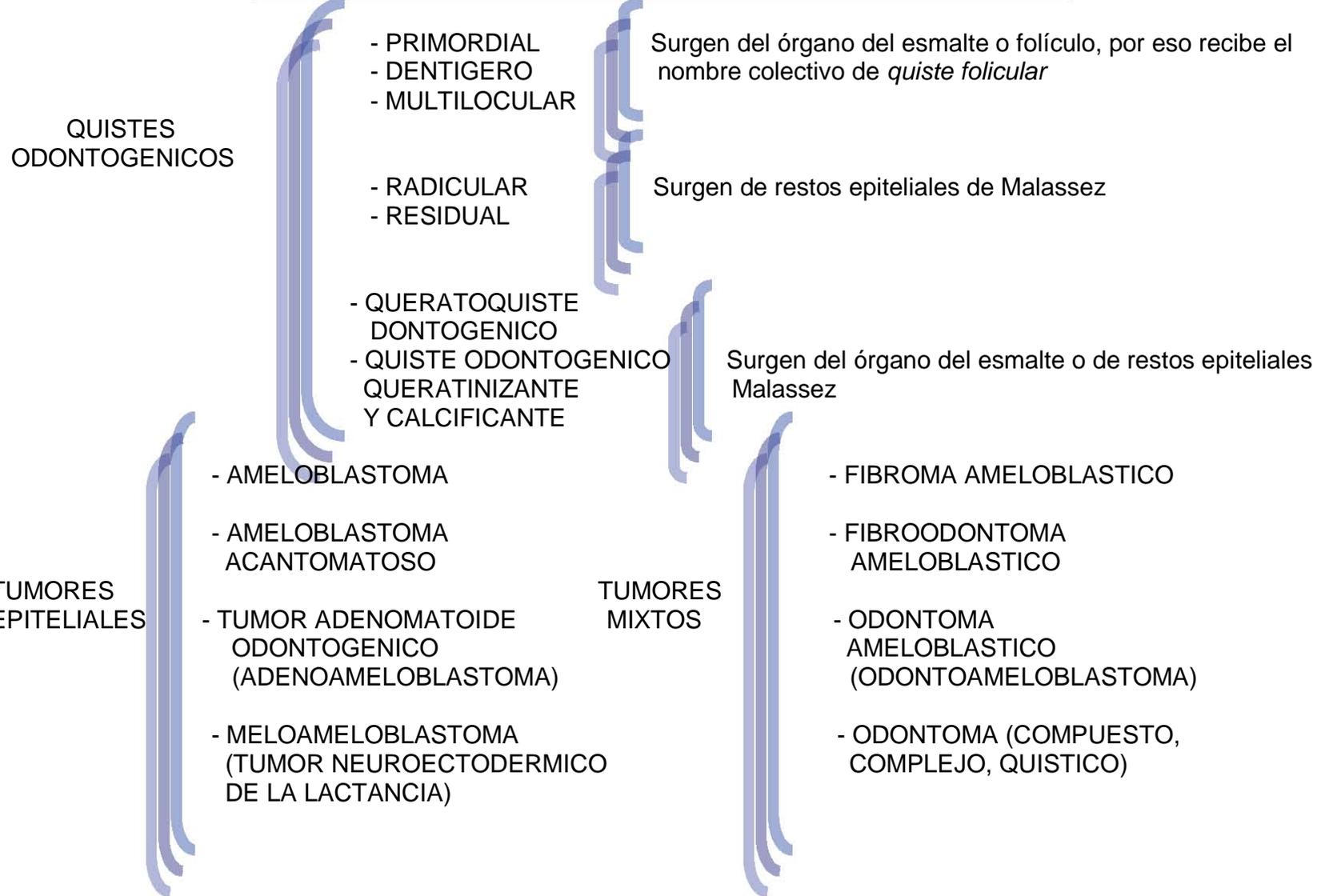


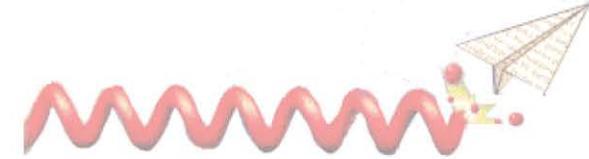
Las características histológicas son las de un Ameloblastoma (islotos de células columnares alrededor de un retículo estrellado) con focos e islotos de dentina, esmalte, matriz de esmalte y tejido pulpar.



Cuadro no. 1

CLASIFICACION DE LESIONES QUISTICAS Y TUMORALES

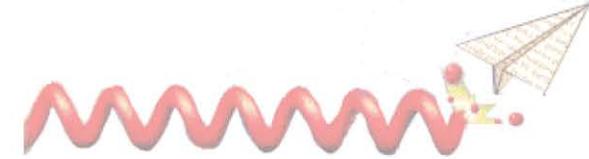




LESIONES RADIOLÚCIDAS Y LESIONES MIXTAS

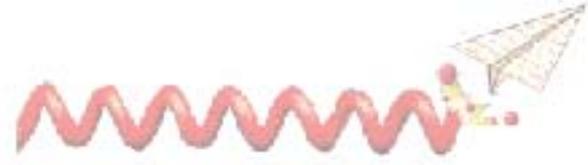
Cuadro no. 2

Lesión	Localización Habitual	Edad y Sexo	Características Clínicas y Radiográficas	Características Microscópicas	Tratamiento	Pronostico
Lesiones Radiolúcidas						
Quiste Dentígero	En zona de tercer molar mandíbula y canina del maxilar	Adulta; ambos	Zona radiolucida bien definida, asociada a la corona de un diente retenido no aparecido, puede haber agrandamiento del maxilar y migración de un diente, con certeza intacto.	Quiste revestido de epitelio alrededor del diente, la pared tiene de tejido conectivo del quiste puede mostrar focos de proliferación ameloblástica	Enucleación y raspado minucioso; esto es necesario ya que algunos ameloblastomas surgen como complicación del quiste dentígeros	Bueno
Queratoquiste	Mandíbula , en zona de tercer molar mandibular	Adulta; ambos sexos	Zona radiolucida bien circunscrita ,asintomático surge de un diente normal o supernumerario.	Quiste revestido de epitelio escamoso estratificado	Enucleación y raspado	Excelente



Lesión	Localización Habitual	Edad y Sexo	Características Clínicas y Radiográficas	Características Microscópicas	Tratamiento	Pronostico
--------	-----------------------	-------------	--	-------------------------------	-------------	------------

Lesiones Mixtas						
Ameloblastoma	Mandíbula, parte posterior	Mas de 30 años, masculino	Zona radiolucida, solitaria o multiquística, parece pompas o burbujas de jabón, crecimiento lento, asintomático, migración de diente, expansión de tablas	Islotes y cordones de epitelio con altas células cilíndricas periféricas y células centrales que semejan un retículo estrellado	Varía desde la escisión local conservadora hasta la resección radical de la mandíbula	Bueno hasta favorable, según la lesión; las recurrencias son comunes
Odontoma ameloblástico	Maxilar	Menor 15 años, masculino	Se presenta como Radiopacidades bien delineadas, rodeadas por una fina zona radiolúcida.	Zona de dentina y esmalte; tejido blando abundante o escamoso que consiste en epitelio ameloblástico	Escisión local	Excelente



DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO DEL QUISTE DENTÍGERO Y AMELOBLASTOMA

QUISTE DENTÍGERO **(QUISTE ODONTOGÉNICO)**

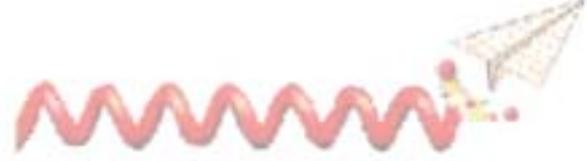
ETIOPATOGENIA

El quiste deriva del epitelio reducido del esmalte que rodea la corona del diente, se sabe muy poco acerca del estímulo que separa el epitelio reducido de la superficie de esmalte del diente, creando un espacio para la acumulación de líquido alrededor de la corona del diente (el término “dentífero” significa “que contiene dientes”). El órgano del esmalte residual o epitelio reducido del esmalte forma una de las superficies que limita el quiste y la corona del diente retenido.

A veces del tejido conjuntivo adyacente o el tejido epitelial, en la membrana o pared quística se admite que se puede desarrollar alguna alteración neoplásicas, como un ameloblastoma o un carcinoma.

ASPECTOS CLÍNICOS

Durante el desarrollo del quiste dentífero podemos considerar un periodo sub-clínico, en el cual no se aprecia ninguna sintomatología; solo se puede llegar detectar su presencia a través de una radiografía. Durante su crecimiento se comienza a exteriorizar la etapa clínica al expandir las corticales con deformación en el lugar de nacimiento del quiste (vestibular, paladar, entre otros) borrando los surcos de la cara o producir una deformidad facial, pérdida de dientes por intensa resorción radicular de los dientes adyacentes y dolor, tras un período más largo, la cortical termina, por adelgazarse y a la palpación se produce una sensación de pergamino (signo de Dupuytren) posteriormente se puede infectar y presentarse



los signos y síntomas de la inflamación hasta fistulizar dejando escapar un líquido seropurulento.

La mayoría de los quistes dentígeros son solitarios. Los quistes bilaterales y múltiples son usualmente encontrados en asociación con un número de síndromes incluyendo displasia cleidocraneal y el síndrome de Maroteaux-Lamy. En ausencia de estos síndromes, los quistes bilaterales asociados con terceros molares son raros.

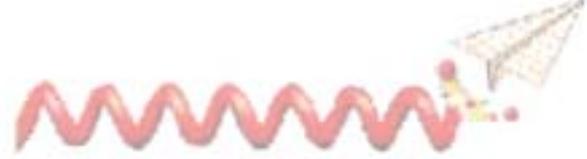
COMPLICACIONES DEL QUISTE DENTÍGERO

En el maxilar inferior a consecuencia de un quiste dentígero de la zona molar puede llegar a producirse una resorción casi total de la rama ascendente, con el desplazamiento del molar. Un quiste dentígero en un canino superior produce expansión de la porción anterior del maxilar superior y puede semejarse a una celulitis o a una sinusitis. En el maxilar superior puede invadir al seno maxilar y producir una sinusitis, también puede progresar hacia las fosas nasales y la fosa pterigomaxilar produciendo dolor e infección en ocasiones produciendo supuración y fístulas al exterior. Además, la posibilidad de recurrencia después de realizar una remoción quirúrgica incompleta. Las complicaciones más serias son:

- La formación de un ameloblastoma.
- Desarrollo de un carcinoma epidermoide.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

El quiste dentígero se diagnostica con mayor frecuencia por su aspecto radiográfico, en el cuál se revela una imagen radiolúcida unilocular bien definida por márgenes escleróticos relacionados con la corona dental de un diente no erupcionado.



En la interfase con el hueso se observa una cortical indicativa de un crecimiento lento y uniforme que representa una reacción ósea, la lesión producida por el quiste dentígero es lisa unilocular, pero en ocasiones puede presentarse con apariencia multilocular.

Con el fin de detectar la presencia de quistes dentígeros y otras lesiones mediante el estudio radiográfico, se han realizado diversas investigaciones que analizan el espesor de radiolucencia alrededor de la corona clínica de un diente sin erupcionar. Ahlqwist y Grondahl muestran que con un ancho folicular de 3 a 4 mm no se presentan cambios por 12 años en la lesión estudiada; en algunas radiolucencias de mayor tamaño puede tratarse de la presencia de folículos dentales hiperplásicos y quistes no dentígeros. En resumen, mientras un espacio folicular normal es de 3 a 4 mm, se puede sospechar de un quiste dentígero cuando el espacio es mayor a 5 mm.

HISTOPATOLOGÍA

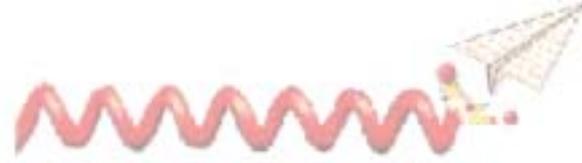
Por lo general está constituido por una delgada pared de tejido conectivo con una capa delgada de epitelio escamoso estratificado que tapiza la luz del quiste. La formación de brotes epiteliales suele faltar, salvo que exista infección secundaria. La pared de tejido conectivo a menudo es bastante gruesa y se compone de mucho tejido conectivo fibroso. Además la superficie del epitelio suele estar cubierta de una delgada capa "acanalada" de paraqueratina y ortoqueratina similar a la observada en el quiste primordial y los otros queratoquistes odontogénicos. La infiltración de células inflamatorias en el tejido conectivo es común, aunque no siempre hay causa evidente para ello. El contenido de la luz es un líquido acuoso amarillento, poco espeso y a veces con sangre.

La pared del quiste está cubierta por un epitelio estratificado escamoso no queratinizado, el estroma se compone de colágena en un fondo rico en glucoproteínas y mucopolisacáridos ácidos.



TRATAMIENTO DE QUISTE DENTÍGERO

El tratamiento del quiste dentígero es la eliminación quirúrgica completa de la lesión mediante un curetaje de la cavidad producida por la lesión, la recurrencia es relativamente poco frecuente a menos que haya fragmentación del revestimiento quístico. 25,26



AMELOBLASTOMA **(TUMORES ODONTOGÉNICOS EPITELIALES)**

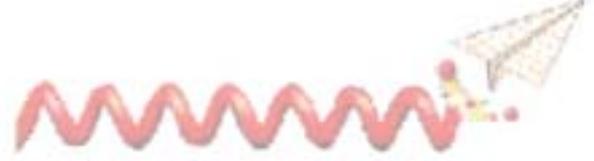
Es una neoplasia benigna derivada de los componentes epiteliales residuales del desarrollo del diente. Su patrón de crecimiento representa muchas de las estructuras y el tejido embrionario que aparecen antes de la formación de tejido duro. Un ameloblastoma puede proceder de cualquier de las múltiples fuentes de epitelio odontógeno que permanecen en el tejido blando alveolar y el hueso. Estas son:

- Restos de la lamina dental (restos de Serres)
- Epitelio reducido del esmalte
- Restos de Malassez
- La capa de células basales del epitelio superficial suprayacente

El tumor es de crecimiento lento, agresivo localmente y capaz de causar grandes deformaciones faciales. Los ameloblastomas tienen una tasa de recidiva alta si no son extirpados amplia y cuidadosamente. Las metástasis son raras.

Aunque no todas las lesiones pertenecen claramente a una de las diversas categorías clínicas, muchas si lo hacen; para estas lesiones el tratamiento puede modificarse para evitar una cirugía innecesaria extensa. Con fines terapéuticos se han identificado en general tres subtipos de ameloblastoma:

- Ameloblastoma común (poliquístico)
- Ameloblastoma uniuístico
- Ameloblastoma periférico (extraóseo)



CARACTERÍSTICAS CLÍNICA

El ameloblastoma puede producir deformidades extensas, incluso grotesca, de la mandíbula y el maxilar. Se encuentra localizado con mayor frecuencia en la mandíbula, presentándose un 75% de las veces en el área molar y en la rama ascendente. Las lesiones del maxilar se concentran en el área molar, desde donde suele extenderse al seno maxilar y al suelo de las fosas nasales

El ameloblastoma suele expandir las corticales óseas debido a que su lento crecimiento deja tiempo al periostio para producir una fina concha de hueso por delante de la lesión en expansión. Esta cortical externa de hueso adelgazado se rompe fácilmente al ser palpada, signo diagnóstico denominado “crujido de cáscara de huevo”.

EPIDEMIOLOGÍA

La mayoría de ellos parece en pacientes entre 20 y 40 años de edad, pero puede presentarse a cualquier edad. No hay una preferencia importante por sexo o raza.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

La multiloculación caracteriza a las lesiones de mayor tamaño y da a la radiografía un aspecto de “burbujas de jabón”. El tamaño real de la lesión suele ser difícil de determinar porque las lesiones no presentan una línea nítida de demarcación con el hueso normal.

En algunas ocasiones, se presenta unilocular con la imagen correspondiente a la variedad unicística y es difícil de diferenciarlo del quiste dentígero. Su característica radiográfica responde a la extensión y localización de los procesos.



La reabsorción de la raíz es rara, pero se observa a veces en algunas lesiones de crecimiento rápido.

HISTOPATOLOGÍA

El aspecto microscópico típico de un ameloblastoma está constituido por epitelio en el cuál la capa de células basales contiene células cilíndricas o en empalizada cuyos núcleos tienden a desplazarse desde la membrana basal al extremo opuesto de la célula, proceso al que se le denomina *polarización inversa*. El citoplasma adyacente a la membrana basal adquiere una zona clara evocada del cambio que aparece en las células del epitelio del esmalte interno antes de experimentar la transición a ameloblastoma presecretorios.

Estas características histológicas existen en otras lesiones odontógenas, por ejemplo en los quistes odontógenos calcificantes y en los queratoquistes odontógenos. Solo que el ameloblastoma sigue patrones arquitecturales específicos epiteliales los mas comunes son el ***folicular y el plexiforme***.

TRATAMIENTO

RADICAL

Ya que existe una propensión a penetrar en los espacios trabeculares adyacentes del hueso sin causar inmediatamente reabsorción del tejido duro; por ello las radiografías y otras técnicas de imagen del hueso no siempre son capaces de delinear la frontera de la lesión. La técnica con mayor probabilidad de eliminar totalmente la lesión es la resección marginal. Dado que esta lesión tiene dificultad para penetrar en el hueso cortical denso, a veces puede conservarse el borde inferior de la mandíbula. Si el borde inferior está afectado es imprescindible una resección segmentaria que conduce a la perdida de la continuidad del hueso. Casi siempre se requiere de una hemimandibulectomía o hemimaxilectomía en lesiones



muy grandes. Todas las lesiones se tratan por cirugía por ser relativamente radioresistentes.

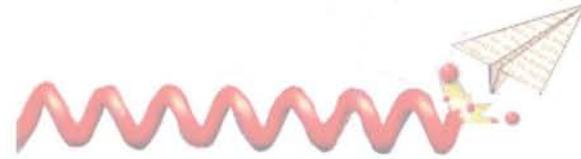
CONSERVADOR

Enucleación

Consiste en hacer una eliminación total de toda la cápsula y del tejido de revestimiento de la cavidad haciendo un curetaje exhaustivo y perfecto para que no pueda existir recidivas del mismo y lavar perfectamente la cavidad para de esta forma tener un lecho quirúrgico solo con superficie ósea.

Marsupialización

Procedimiento quirúrgico que tiene por objeto abrir una ventana en la pared externa del quiste retirando una porción de la cortical externa y cápsula quística, comunicando la cavidad quística con el medio oral. Con este procedimiento se obtiene básicamente la detención inmediata del crecimiento de la lesión y la neoformación ósea casi completa, en un período determinado de tiempo, conservando las estructuras vitales que regresan a su localización y función normal, además la migración de estructuras dentarias causales a posiciones más favorables dentro del maxilar, así como la reducción del tamaño del quiste que facilita la enucleación y la posterior exodoncia del diente. ^{27,28,29}



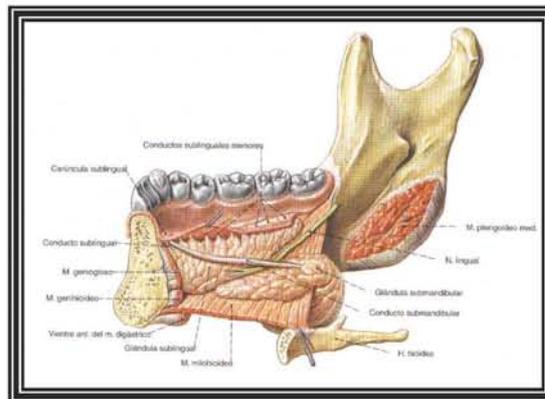
TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA LA EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS ASOCIADOS A UNA LESION PATOLÓGICA (QUISTE O AMELOBLASTOMA)

1° ASEPSIA DEL PACIENTE

2° ANESTESIA: Anestesia para el Nervio dentario inferior.

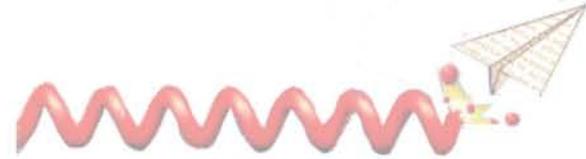
TÉCNICA: Se coloca la aguja paralela al cuerpo mandibular y sobre el plano de oclusión, de 3 a 4 mm por encima de este plano, el dedo índice se aplica sobre el plano oclusal de los molares inferiores. El dedo se presiona hacia atrás de forma que su punta palpe la concavidad del borde anterior de la rama ascendente. Medialmente a esta concavidad, la palpación digital puede localizar la protusión interna del tendón profundo del músculo temporal. La aguja se aplica siguiendo la línea media del dedo, paralelo y ligeramente por encima del plano oclusal, se introducen uno o dos centímetros y lentamente se gira la jeringa pegada a la cara interna de la rama mandibular hacia los premolares del lado opuesto, manteniéndola siempre en el mismo plano horizontal, luego de succionar y depositar la solución se retira un poco la aguja y se vuelve a poner paralela al plano oclusal y se saca.

Fig. No.10 Trayecto de dentario.
Cosme G E. Cirugía Bucal. 1999. Págs. 419.



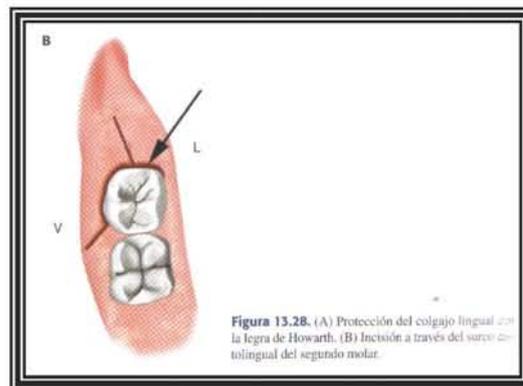
3° INCISIÓN Y DESPEGAMIENTO DEL COLGAJO.

Incisión: Se realizara el colgajo tipo semineyman o angular con solo una liberatriz se incidirá por distal del segundo molar en la línea media o un poco hacia lingual,



Al llegar a la cara distal del segundo molar contornea su cuello y continua después festoneando la encía del segundo y primer molar; esta incisión se detiene en el espacio interdentario del primer molar y segundo premolar, ahí se realiza la liberatriz. Con un bisturí con hoja del numero 15.

Fig. No. 11 Incisión de colgajo seminewman.
Cosme G E. Cirugía Bucal. 1999. Págs. 422.



Levantamiento del colgajo: con el periostotomo en la brecha quirúrgica, comenzando por el lado distal hacia mesial. El periostotomo toca el hueso y apoyándose en él con suaves movimientos de lateralidad y de giro del instrumento, se ira desprendiendo la cubierta blanda en toda la extensión que va del tercer molar al hasta la liberatriz esto es con la finalidad de descubrir la cara distal del segundo molar y el hueso.

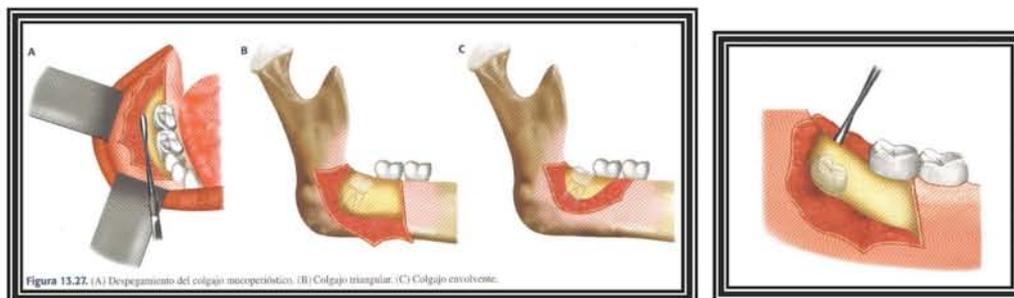
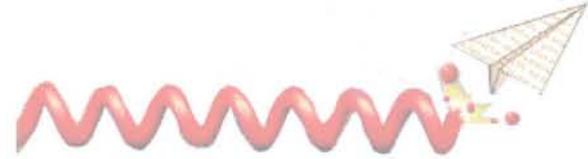


Fig. No.12 Levantamiento de colgajo.
Cosme G E. Cirugía Bucal. 1999. Págs. 423.



4° OSTECTOMÍA:

Se debe quitar la cantidad de hueso necesaria para tener acceso al molar y disminuir la resistencia; se realiza con fresas quirúrgicas de carburo de baja velocidad, se tiene que evitar el sobrecalentamiento del hueso, esto se logra con chorros de suero fisiológico. En este caso se utilizara una fresa de bola del No. 8 Se realizara una ostectomía rigurosa por el lado mesial, para permitir la aplicación del elevador, también se requerirá una ostectomía por el lado distal para lograr el desplazamiento del molar hacia el lado distal.

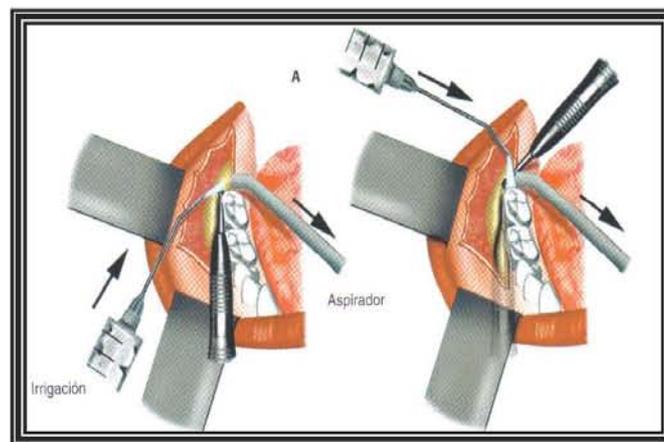


Fig. No.13 Osteotomía de la zona quirúrgica.
Cosme G E. Cirugía Bucal. 1999. Págs. 424.

5° EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA:

Se realiza la extracción del órgano dentario mediante elevadores rectos (301 y 303) así como la cápsula adherida a las paredes de la cavidad, con unas pinzas mosco curvas para tener mejor acceso a la cavidad con cuidado ya que el trayecto del paquete neurovascular se encuentra en las mismas.

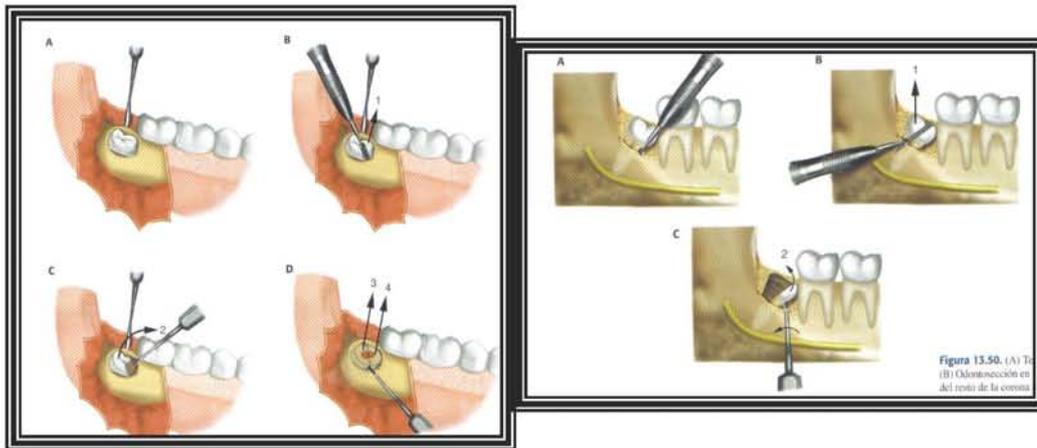
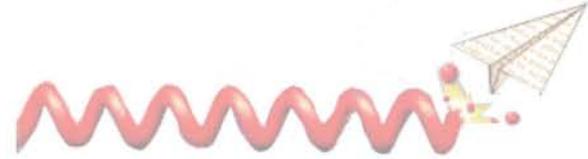


Fig. No.14 Luxación, odontosección y avulsión del órgano dentario .
Cosme G E. Cirugía Bucal. 1999. Págs. 435.

6° TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA.

Se hará un curetaje de la cavidad junto con una irrigación de la herida quirúrgica durante y después del procedimiento, no podrá nunca enfatizarse en exceso. Son fundamentales las cantidades copiosa de líquido refrigerante para minimizar la necrosis ósea provocada por el calor generado por la pieza de alta velocidad. La irrigación sirve también para limpiar la cripta y las zonas que están por debajo del colgajo, de restos óseos, fragmentos dentarios y sangre.

Posteriormente se colocara dentro de la cavidad recoveron, junto con un agente hemostático (esponjostan) se rellenara la cavidad y se dejara un pequeña sonda que estará fijada con un punto de sutura a la pared vestibular del colgajo por el cual estará drenando a la cavidad oral.

7° SUTURA.

La sutura del colgajo por ser un tramo corto se realizara con puntos simples; se colocan tres puntos aislados uno en el colgajo distal, otro en la mitad del colgajo y el ultimo en la liberatriz mesial.

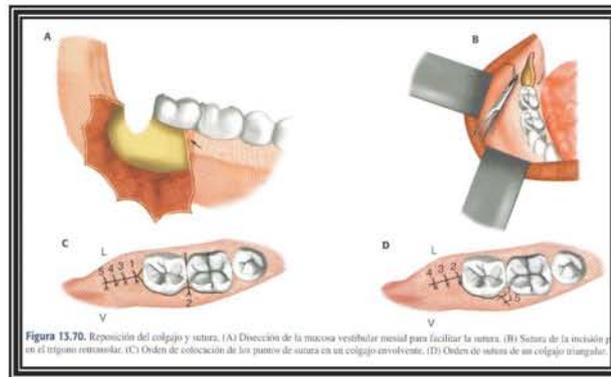
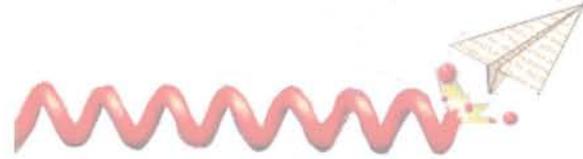


Fig. No.15 Tratamiento de la cavidad y puntos de sutura.
Cosme G E. Cirugía Bucal. 1999. Págs. 451.

8° POST-OPERATORIO

A los ocho días después de la cirugía se eliminan los puntos de sutura y se hace la extracción de la sonda.

Por ultimo se realizaran seguimientos radiológico para ver la evolución de la zona intervenida al mes, a los 5 meses a los 12 meses después de la cirugía para poder valorar la el proceso de regeneración ósea y de las estructuras adyacente a la zona.



COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

TRANS- OPERATORIAS

HEMORRAGIA

El sangrado se puede presentar ocasionalmente, pues la zona anatómica que se interviene presenta gran vascularización, o cuando la patología es tan extensa que puede estar relacionada con grandes vasos sanguíneos y pueden desgarrarse, en estos casos se puede controlar el sangrado con presión mecánica, a través de las pinzas de vasos para bloquear el vaso y después ligarlo o por la simple acción de anestésico local (vasoconstrictor).

SHOCK

Puede presentarse ocasionalmente por el efecto de la anestesia o también tratarse de un shock neurogénico, por la intervención misma. Por lo común se trata de lipotimias de intensidad variable originadas en la mayoría por el miedo que infunde la operación.

LACERACION DEL TEJIDO ADYACENTE

Durante la intervención quirúrgica por la sobre instrumentación o descuido se puede lesionar tejidos en la zona cercana a la intervención.

FRACTURAS

Durante la extracción del órgano puede producirse una fractura del hueso, esto debido a una aplicación de fuerza desmedida; así como la fractura del diente en cualquier de sus porciones raíz o corona.

POST- OPERATORIAS

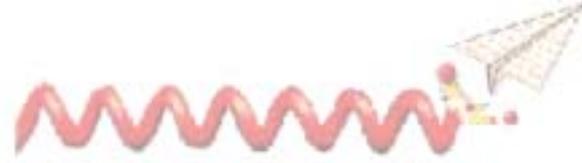
En esta etapa las complicaciones mas comunes son de índole infecciosos, debido la mayoría de las veces al secuestro de fragmentos óseos, necrosados por el excesivo calentamiento, fruto de una refrigeración escasa, o bien de fragmentos



libres de hueso no retirados durante la fase de lavado e inspección al final de la intervención.

La dehiscencia de la línea de sutura es una complicación que ocasiona considerables molestias al paciente, dado que, además de la exposición del lecho quirúrgico se deposita restos alimentarios que pueden conducir a la aparición de un cuadro de osteítis u osteomielitis.

La buena técnica quirúrgica seleccionada y la alteración de los detalles antes mencionados, nos llevan a obtener buenos resultados.



RECOMENDACIONES POST-OPERATORIAS

- Indicar al paciente que no deberá seguir utilizando algodón o gasa en el área de la extracción pues podría adherirse el coágulo o tejido de granulación a ellos y desprenderse, complicando la exodoncia con retardo en la reparación tisular o un alveolo seco muy doloroso.
- Indicar al paciente que deberá comer masticando del lado opuesto de la extracción.
- Indicar al paciente que debe ingerir líquido abundante para evitar la deshidratación por el ingreso limitado de alimento
- No fumar y ningún tipo de alcohol o drogas ni refresco
- Puede tomar nieve de limón para ayudar a la cicatrización. Colocar una bolsa de hielo en la zona de la cirugía durante intervalos de media hora, por lo menos durante 24 horas. Le ayudara a disminuir el dolor post-operatorio inflamación y otras molestias.
- No succionar con popote los líquidos.
- No hacer buches o enjuagues además de no escupir por 72 horas.
- No morder objetos grandes o muy duros.
- No realizar esfuerzos ni labores que impliquen un gasto físico importante (correr, levantar pesas u otra actividad en gimnasio)
- No ingerir alimentos muy condimentados o con ingredientes irritantes como el picante.



- No ingerir alimentos con exceso de grasa; como capeados y fritos, evitar especialmente la carne de puerco.
- Indicar al paciente la importancia de su higiene oral; con ayuda de soluciones salinas (1/2 cucharadita de sal en 1 vaso de agua) y una gasa estéril limpiar la zona de sutura para retirar los restos de granulación, el cepillado de dientes se realizara normal (después de cada comida), en el resto de la boca.
- Tomar medicamentos (Antibióticos, Analgésico y Antiinflamatorio) al pie de la letra
- La primer comida la hará 6 horas después de la operación, conviene guardar reposo relativo por algunas horas con la cabeza en alto por lo menos las primeras 24 (al dormir utilizar 2 almohadas). 30,31,32,33



MARCO CONCEPTUAL

INTERPRETACIÓN

Se refiere a la explicación de lo que se ve en una radiografía

DIAGNÓSTICO

Se refiere a la identificación de enfermedades o alteraciones mediante un exámen o análisis

DIENTE RETENIDO

Son aquellos que no erupcionan y permanecen dentro del maxilar mas allá de su edad de erupción normal, a pesar de tener su raíz completa.

DIENTE INCLUIDO

Es aquel que una vez alcanzado su pleno desarrollo; y negada su época normal de erupción; queda encerrada en el hueso manteniendo integro su saco pericoronario.

QUISTE

Una cavidad patológica delineada por un epitelio y que tiene un material líquido o semifluido.

QUISTES ODONTOGÉNICOS

Son lesiones derivadas de la estimulación y proliferación de restos epiteliales que quedan en los maxilares luego de la formación del diente.

AMELOBLASTOMA

Es un tumor odontogénico benigno de origen epitelial sin inducción en el tejido conectivo



EXTRACCIÓN A COLGAJO

Se denomina a la operación mediante la cuál se elimina un órgano dentario de su alojamiento óseo previa resección del hueso que lo cubre.



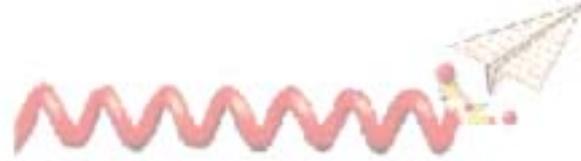
OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir la conducta odontológica para la obtención del diagnóstico y el plan de tratamiento en los dos casos clínicos que presentamos, con lesiones radiolúcidas asociadas a la retención de un órgano dentario.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ⊕ Detectar oportunamente con un diagnóstico clínico y radiológico para delimitar la localización y posición de la lesión radiolúcida y el diente retenido en el maxilar inferior.
- ⊕ Identificar los signos clínicos-radiográficos y síntomas que determinan que alternativa terapéutica a elegir si será conservadora ó radical.
- Ⓜ Indicar la técnica quirúrgica adecuada para lesiones quísticas o tumorales
- ⊕ Aplicar adecuadamente el tratamiento quirúrgico de la lesión radiolúcida asociada a un diente retenido.
- ⊕ Determinar la causa de la lesión radiolúcida
- Ⓜ Realizar la biopsia y el curetaje correspondiente a la lesión y así obtener el diagnóstico histopatológico definitivo



DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y MÉTODO

◆ TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo: Modalidad caso clínico (n = 2)

◆ CASO CLINICO No. 1

Nombre del Paciente: G. R. G.

Sexo: Femenino

Edad: 22 años

Estado civil: Casada

Lugar de Residencia: DF.

Escolaridad: Medio Superior

Ocupación: Hogar

◆ POBLACIÓN O UNIVERSO DE ESTUDIO

Paciente femenina de 22 años de edad con una imagen radiolucida en la región molar inferior del lado izquierdo, que acude a el área de Cirugía Bucal en la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza en el periodo 2005- 2006.

◆ PERIODO DE IDENTIFICACIÓN

Diciembre 2005 – Septiembre 2006.

◆ TÉCNICA E INSTRUMENTACIÓN

Paciente remitido de la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza acude a la misma por que la paciente refiere tener aumento de volumen del lado izquierdo de la mandíbula.



Se realizó historia clínica, exámenes de gabinete (Ortopantomografía), exámenes de laboratorio (Biometría Hemática completa, TS, TC, TP, TTP.)

Con los datos encontrados se consideró que es una paciente aparentemente sana sistémicamente, por lo tanto se realizó la eliminación quirúrgica de la lesión patológica y del o los órganos dentales.



⊕ TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo: Modalidad caso clínico (n = 2)

⊕ CASO CLINICO No. 2

Nombre del Paciente: D. M. G.

Sexo: Femenino

Edad: 23 años

Estado civil: Soltera

Lugar de Residencia: DF.

Escolaridad: Superior

Ocupación: Estudiante de Licenciatura

⊕ POBLACIÓN O UNIVERSO DE ESTUDIO

Paciente femenina de 23 años de edad con una imagen radiolúcida en la región molar inferior del lado izquierdo, que acude a el área de Cirugía Bucal en la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza en el periodo 2005- 2006.

⊕ PERIODO DE IDENTIFICACIÓN

Enero 2006 – Septiembre 2006.

⊕ TÉCNICA E INSTRUMENTACIÓN

Paciente remitido de la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza la cual acude a la misma por necesidades protésicas.

Se realizó historia clínica, exámenes de gabinete (Ortopantomografía), exámenes de laboratorio (Biometría Hemática completa, TS, TC, TP, TTP.)



Con los datos encontrados se consideró que es una paciente aparentemente sana sistémicamente, por lo tanto se realizó la eliminación quirúrgica de la lesión patológica y del órgano dental.



RECURSOS

⊕ RECURSOS HUMANOS

1 Pasante de Cirugía Bucal

1 Director de Tesis

⊕ FISICOS

Instalaciones de la clínica Zaragoza

Área Clínica

Área Enfermería

Laboratorio de Histopatológica

Biblioteca FES Zaragoza

⊕ MATERIALES

Historia clínica

Radiografías

Fotografías

⊕ Instrumental de Cirugía

- 1 Básico
- Separador Minesota
- 1 Jeringa Carpule
- Mango de bisturí del número 3
- 2 Pinzas mosco curvas y rectas
- 1 Legra
- 2 Elevadores rectos (301 y 304)
- 2 Elevadores de bandera derecho e izquierdo
- 1 Cucharilla de Lucas
- 1 Lima para hueso
- 1 Pinzas porta agujas
- 1 Pinza Adson dentadas
- 1 Tijeras para sutura



- 2 Riñoneras
- 1 Canula quirúrgica
- 1 Jeringa asepto
- 1 Pieza de baja velocidad

⊕ Material de Cirugía

- 5 Anestésicos (Ídocaina con epinefrina al 2%)
- 2 Agujas cortas y 2 Agujas largas
- Gasas Estériles
- Solución fisiológica de cloruro de sodio al 0.9%
- 2 Hojas de bisturí del no. 15
- 5 Esponjostan
- 1 Recoveron
- 2 Suturas de seda negra 3 (000)
- Campos del paciente
- 3 Batas quirúrgicas
- 2 Estoquinetes
- 2 Fresas quirúrgicas de bola no. 8 y 2 de fisura 703
- Jabón quirúrgico
- 3 Cepillos
- 3 Pares de guantes estériles
- 3 Toallas estériles

⊕ Papelería

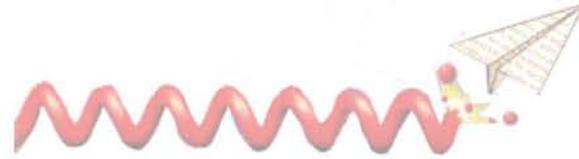
- Computadora
- Impresora
- 250 impresiones
- 250 Hojas carta
- 10 plumas
- 5 lápices
- 3 cartuchos de tinta



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

2006 - 2007

ACTIVIDADES	AGO 06	SEP 06	OCT 06	NOV 06	DIC 06	ENE 07	FEB 07	MAR 07
TITULO DE TESIS	X							
ELABORACIÓN DE ANTEPROYECTO	X	X						
ELABORACIÓN DE MARCO TEÓRICO		X	X					
ELABORACIÓN DE OBJETIVO			X	X				
DISEÑO METODOLÓGICO				X				
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN				X	X			
ANÁLISIS DE RESULTADOS					X			
DISCUSIONES					X	X		
CONCLUSIONES						X	X	X



PRESENTACION DEL CASO CLÍNICO NO.1

⊕ Ficha de Identificación

Nombre del Paciente: G. R. G.

Sexo: Femenino

Edad: 22 años

Estado civil: Casada

Lugar de Residencia: DF.

Escolaridad: Medio Superior

Ocupación: Hogar



Fig. No.17 Fotografía del paciente. Archivo de Cirugía bucal, Clínica Zaragoza, 2006.

⊕ Antecedentes Hereditarios Familiares

Madre y abuelos maternos padecen Hipertensión Arterial.

⊕ Antecedentes Personales no patológicos

Casa habitación hecha de concreto, la cuál tiene sala, comedor cocina, baño y cinco recamaras independientes, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, con ventilación adecuada. Realiza tres alimentos al día, ingiriendo pollo cuatro veces a la semana, verduras una vez por semana, y hasta 4 tortillas por comida, frituras y caramelos 3 veces al día, pan y leche diarios. Higiene: se baña diario, con cambio de ropa diario cepillado tres veces al día con técnica adecuada.

⊕ Antecedentes Personales patológicos

Refiere haber padecido varicela a los 6 años de edad, bajo control medico sin secuelas ni complicaciones

⊕ Interrogatorio por aparatos y sistemas

Actualmente se refiere asintomático por el momento.



⊕ **Padecimiento actual**

Paciente femenino de 22 años de edad, se presenta a la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza, y es canalizada al área de Cirugía Bucal, para la valoración y tratamiento de una imagen radiolúcida y radiopaca detectada en la rama y cuerpo de la mandíbula del lado izquierdo.

⊕ **Exploración Física**

SIGNOS VITALES:

Tensión Arterial: 110/ 90 mm/Hg
Frecuencia respiratoria.: 20 x min.
Pulso: 75 x min.
Temperatura: 36.4 °C

SOMATOMETRIA:

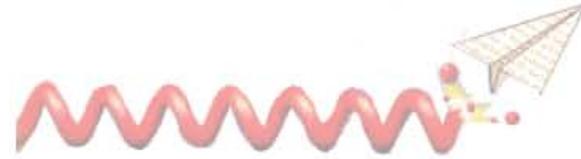
Talla: 1.60m.
Peso: 78 Kg.
IMC: Obesidad I (30)

⊕ **Exámen de cabeza y cuello**

Ligero aumento de volumen en mejilla del lado izquierdo
Sin palpar adenomegalias cervicales

⊕ **Exámen intrabucal**

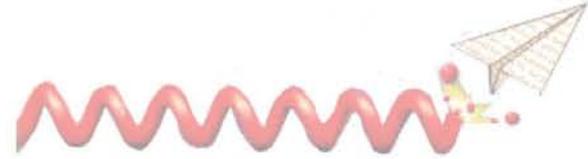
Tejidos Blandos: En condiciones normales
Tejidos Duros: Ausencia del diente (37) y al palpar el hueso de la zona mandibular edentula se palpa fluctuante y con crepitación.



Exámenes de Gabinete

Laboratorio

FOLIO:	9047	FECHA DE REGISTRO:	23/12/2005 10:36:19 AM
PACIENTE:	RÓDRIGUEZ GONZÁLEZ GABRIELA	REGISTRO:	
DOCTOR:	A QUIEN CORRESPONDA	SERVICIO:	ZARAGOZA
FECHA:	23/12/2005		
ESTUDIO	RESULTADO	UNIDAD	REFERENCIA
HEMATOLOGÍA			
BIOMETRIA HEMATICA			
RECuento DE ERITROCITOS	4.89	10 ⁶ /mm ³	4.20-5.40
CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA	12.7	g/dL	12.00-16.00
HEMATOCRITO	39	%	38.00-47.00
VCM (VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO)	95.4	fL	82.00-98.00
CMH (CONC MEDIA DE Hb)	31.1	Pg	27.00-32.00
MCHC (CONCENTRACIÓN MED. DE Hgb. CORPUSCULAR)	32.6	%	32.00-36.00
RECuento DE PLAQUETAS	256000	mm ³	150000.00-400000.00
RECuento DE LEUCOCITOS	6.0	x 10 ³	5.00-10.00
NEUTROFILOS SEGMENTADOS	63	%	40.00-70.00
LINFOCITOS	27	%	20.00-40.00
TS	1'10"		1-6"
TC	4'45"		3-8"
TP	13"		12-14"
TTP	34"		60-70"
QUIMICA SANGUINEA			
GLUCOSA	98		70-110
U N A M			



⊕ Interpretación Radiográfica (Tipo de Radiografía: Ortopantomografía)

Se observa una zona amplia que combina imagen radiolúcida y radiopaca, la cual ha desplazado el 2do molar izquierdo (37) hacia borde inferior de la mandíbula, hay presencia de 3 imágenes radiopacas en el ángulo de la mandíbula de forma irregular y borde no definidos, además se observa la reabsorción de la raíz distal del primer molar inferior izquierdo (36) con destrucción avanzada del hueso de soporte del primer molar (36) y del segundo premolar inferior izquierdo (35).



Fig. No.16 Radiografía Panorámica. Archivo De Cirugía bucal, Clínica Zaragoza 2006.

⊕ Diagnóstico General

Paciente femenino de 22 años de edad aparentemente sana sistemicamente. A la exploración de cabeza y cuello se observa ligero aumento de volumen en mejilla del lado izquierdo Sin adenomegalias cervicales; al exámen intrabucal los tejidos blandos están en condiciones normales, en tejidos duros hay ausencia del diente (37) y al palpar el hueso de la zona mandibular edentula se palpa fluctuante y con crepitación.

⊕ Diagnóstico Presuntivo Quirúrgico Odontológico

Quiste Dentífero, Queratoquiste, Ameloblastoma

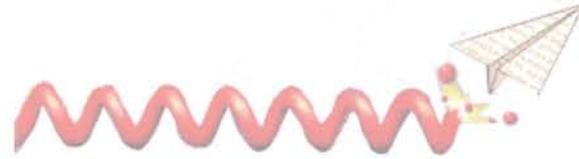


✦ **Pronóstico**

Favorable bajo tratamiento quirúrgico y bajo un control de valoraciones radiográficas y clínicas frecuente para observar la evolución.

✦ **Tratamiento**

Quirúrgico conservador realizando una combinación de enucleación y marsupialización, con relleno del lecho quirúrgico con recoverón, además se colocaron agentes hemostáticos (esponjostan).



PRESENTACION DEL CASO CLÍNICO NO.2

⊕ Ficha de Identificación

Nombre del Paciente: I. V. D.

Sexo: Femenino

Edad: 22 años

Estado civil: Soltera

Lugar de Residencia: DF.

Escolaridad: Superior

Ocupación: Estudiante de Licenciatura



Fig. No.17 Fotografía del paciente. Archivo de Cirugía bucal, Clínica Zaragoza, 2006.

⊕ Antecedentes Hereditarios Familiares

Madre y abuelos paternos padecen Diabetes Mellitus.

⊕ Antecedentes Personales no patológicos

Casa habitación hecha de concreto, la cual tiene sala, comedor cocina, baño y cinco recámaras independientes, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, con ventilación adecuada. Realiza dos alimentos al día, ingiriendo pollo y carne de cerdo 2 o 3 veces a la semana, verduras una vez por semana, y hasta 4 tortillas por comida, frituras y caramelos durante el día, pan y leche diarios. Higiene: se baña diario, con cambio de ropa diario cepillado tres veces al día con técnica adecuada.

⊕ Antecedentes Personales patológicos

Refiere haber padecido sarampión a los 6 años y varicela a los 8 años de edad, bajo un control medico sin secuelas ni complicaciones

⊕ Interrogatorio por aparatos sistemas

Actualmente refiere no tener algún padecimiento



⊕ **Padecimiento actual**

Paciente femenino de 23 años de edad, se presenta a la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza, y es canalizada al área de Cirugía Bucal, para la valoración y tratamiento de una imagen radiolúcida y radiopaca detectada en la rama y cuerpo de la mandíbula del lado izquierdo.

⊕ **Exploración Física**

SIGNOS VITALES:

Tensión Arterial: 110/ 90 mm/Hg
Frecuencia respiratoria.: 17 x min.
Pulso: 78 x min.
Temperatura: 36.0 °C

SOMATOMETRIA:

Talla: 1.68m.
Peso: 60.5 Kg.
IMC: Normal (21)

⊕ **Exámen de cabeza y cuello**

Ligero aumento de volumen en el ángulo mandibular y en mejilla del lado izquierdo
Sin palpar adenomegalias cervicales.

⊕ **Exámen intrabucal**

Tejidos Blandos: En condiciones normales
Tejidos Duros: Ausencia del diente (37) y al palpar el hueso de la zona mandibular edentula se palpa fluctuante y con crepitación.



Exámenes de Gabinete

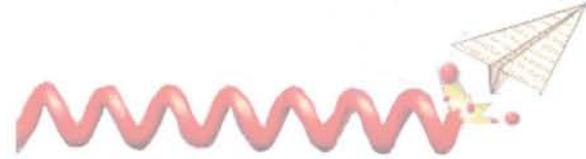
Laboratorio

FOLIO: 9102	FECHA DE REGISTRO: 24/03/06 11:15:10 AM
PACIENTE: IBARRA VIGUERAS DIANA	REGISTRO:
DOCTOR: MQUIEN CARRERON UNAM	SERVICIO: ZARAGOZA
FECHA: 24/03/06	

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDAD	REFERENCIA
HEMATOLOGÍA			
BIOMETRIA HEMATICA			
RECuento DE ERITROCITOS	4.91	10 ⁶ /mm ³	4.20-5.40
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA	12.9	g/dL	12.00-16.00
HEMATOCRITO	37	%	38.00-47.00
VCM (VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO)	96.0	fL	82.00-98.00
CMH (CONC MEDIA DE HB)	31.5	Pg	27.00-32.00
MCHC (CONCENTRACION MED. DE Hgb. CORPUSCULAR)	32.5	%	32.00-36.00
RECuento DE PLAQUETAS	2500000	mm ³	150000.00-400000.00
RECuento DE LEUCOCITOS	6.7	x 10 ³	5.00-10.00
NEUTROFILOS SEGMENTADOS	65	%	40.00-70.00
LINFOCITOS	29	%	20.00-40.00
TS	1'20"		1-8"
TC	4'29"		3-8"
TP	12"		12-14"
TTP	31"		60-70"
QUIMICA SANGUINEA			
GLUCOSA	91		70-110

UNAM

Dr. Martha Sánchez Rizo
PROMEDIO CARREERA DE QUIMICA



⊕ Interpretación Radiográfica (Tipo de Radiografía: Ortopantomografía)

Se muestra una zona amplia que combina imagen radiolúcida y radiopaca, bien delimitada la cual ha desplazado el 3er molar (38) y lo ha llevado a una posición horizontal no hay presencia del segundo molar izquierdo (37), además se observa destrucción avanzada del hueso en el espesor de la mandíbula.



Fig. No.18 Radiografía Panorámica. Archivo de Cirugía bucal, Clínica Zaragoza 2006.

⊕ Diagnóstico General

Paciente femenino de 23 años de edad aparentemente sana sistemicamente. A la exploración de cabeza y cuello se observa ligero aumento de volumen en mejilla del lado izquierdo Sin adenomegalias cervicales; al exámen intrabucal los tejidos blandos están en condiciones normales, y en tejidos duros hay ausencia del diente (37) y se observa parte del 3er molar (38) parcialmente erupcionado. Al palpar el hueso de la zona mandibular edentula se encuentra fluctuante y con crepitación.

⊕ Diagnóstico Presuntivo Quirúrgico Odontológico

Quiste Dentífero, Queratoquiste, Ameloblastoma

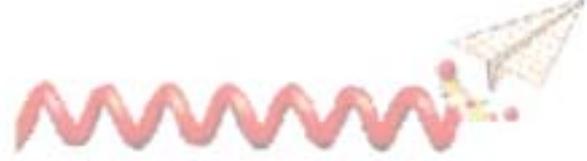
⊕ Pronóstico

Favorable bajo tratamiento quirúrgico y bajo un control de valoraciones radiográficas y clínicas frecuente para observar la evolución.



✦ Tratamiento

Quirúrgico conservador realizando una combinación de enucleación y marsupialización, con relleno del lecho quirúrgico con recoverón, además se colocó agentes hemostáticos (esponjostan).



IMPACTO Y TRASCENDENCIA

Durante la permanencia en el Servicio Social que corresponde al período 2005 – 2006, se ha observado que el gran número de pacientes que ingresa a la Unidad de Cirugía Bucal son remitidos ya sea de instituciones Públicas o de atención privada, los cuales remiten al paciente con la única posibilidad de realizar tratamientos radicales sin importar los diferentes elementos que pueden dar al paciente la oportunidad, de llevar a cabo una terapéutica conservadora o lo menos radical posible.

La odontología tiene hoy más que nunca una enorme influencia sobre la vida de los individuos; de igual forma, la odontología participa de manera importante en la configuración de la sociedad contemporánea con diferentes aporte a los estilos de vida de los seres humanos. Los avances científicos, tecnológicos y de salud pública en los últimos años, ofrece hoy al individuo un panorama alentador hacia el futuro.

Si bien los avances hasta hoy son significativos, todavía se enfrentan serios problemas como el perfil epidemiológico y demográfico, los cambios en la organización y en la estructura de las instituciones, la ampliación de la cobertura, la insuficiencia de recursos y las necesidades de atender con eficiencia y calidad las demandas crecientes en la materia por parte de la población.

Es por eso la importancia de elaborar un criterio acerca de la conducta en el tratamiento más adecuado a realizar, tomando en cuenta las alternativas que podemos ofrecer al paciente, para que de esta manera nos conduzca a tratamientos exitosos.



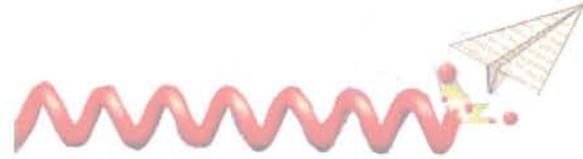
CONCLUSIONES

- ① El cirujano dentista es un profesional del área de salud capaz de prevenir, diagnosticar, promover la salud, tratar y rehabilitar las afecciones bucales del ser humano, visto como una entidad biopsicosocial, así como de participar en la generación de nuevos conocimientos, contribuyendo al logro del desarrollo de la ciencia médico-odontológica y por ende, al mejoramiento del hombre.
- ⊕ La importancia de realizar un Diagnóstico oportuno de las lesiones que alteran a los maxilares va a determinar, el pronóstico y de esta manera, la terapéutica adecuada.
- ⊕ El exámen radiográfico es importante para evaluar traumatismos, lesiones, resorción, lesiones pulpares y periapicales de los dientes, y se puede utilizar con propósitos de diagnósticos, de tratamiento y postratamiento.
- ⊕ El tratamiento de las lesiones se determina de acuerdo al método clínico integral, a la edad del paciente y al compromiso anatómico de la lesión.
- ① El beneficio para el Pasante de Cirugía Bucal, es el observar que los pacientes al terminar su tratamiento Quirúrgico odontológico quedan con gran satisfacción, ya que el tratamiento fue oportuno, adecuado y se logra devolver funcionalidad bucal, ya que se logro dar solución a las necesidades del paciente.
- ⊕ El seguimiento post-operatorio forma parte del tratamiento del ameloblastoma ya que es muy importante la vigilancia constante de alguna recurrencia.



PROPUESTAS

- ◆ Llevar a cabo una conducta interdisciplinaria para elaborar un diagnóstico y tratamiento en forma integral.
- ◆ Darle la importancia a los auxiliares de diagnóstico, ya que son parte importante del diagnóstico y la no utilización de los mismos nos llevará a un diagnóstico y un tratamiento erróneo.
- ◆ Realizar en cualquier tipo de extracción que contenga tejido, estudio histopatológico.



ANEXOS
CASO CLÍNICO NO.1
PREOPERATORIO

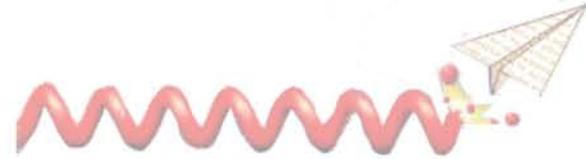


FOTOGRAFÍA NO. 1



Fig. No. 2 Rx panorámica de la paciente
Imagen obtenida de los archivos del área de
Cirugía Bucal y Patología. Clínica Zaragoza
2006.

FOTOGRAFÍA NO. 2



TRANS-OPERATORIO

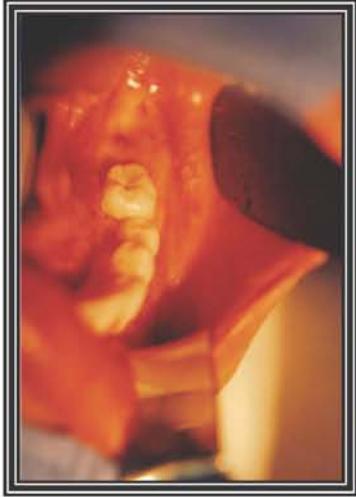


Fig. No. 3 Imagen Clínica del paciente
Imagen obtenida de los archivos del área de
Cirugía Bucal y Patología. Clínica Zaragoza 2006.

FOTOGRAFÍA NO. 3

Fig. No. 4 Levantamiento del colgajo y comunicación franca
Con cavidad y el diente retenido y los odóntomas.
Imagen obtenida de los archivos del área de
Cirugía Bucal y Patología. Clínica Zaragoza 2006.

FOTOGRAFÍA NO. 4

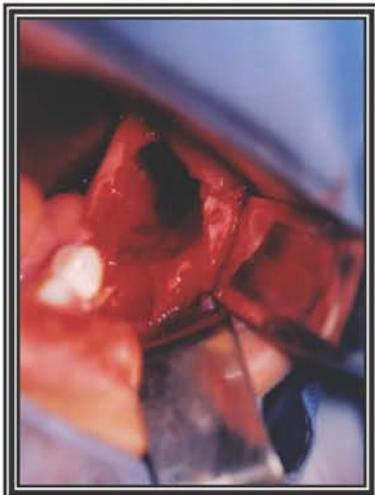
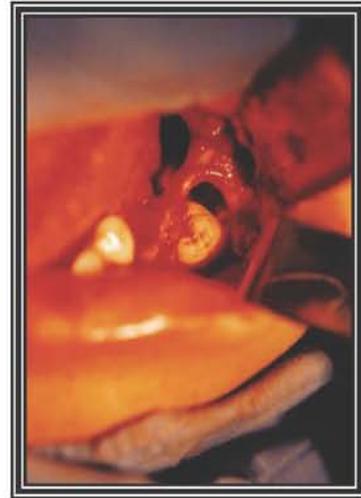
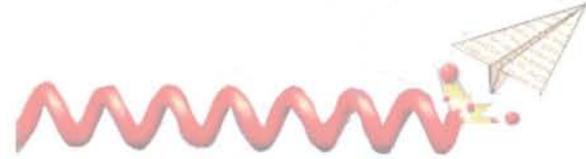


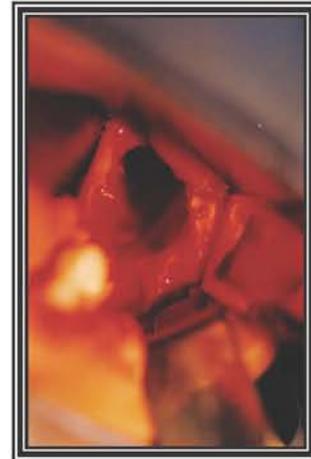
Fig. No. 5 Limpieza y curetaje de la cavidad
Imagen obtenida de los archivos del área de
Cirugía Bucal y Patología. Clínica Zaragoza 2006.

FOTOGRAFÍA NO. 5



TRANS-OPERATORIO

Fig. No. 6 Limpieza y curetaje de la cavidad
Imagen obtenida de los archivos del área de
Cirugía Bucal y Patología. Clínica Zaragoza 2006.



FOTOGRAFÍA NO. 6

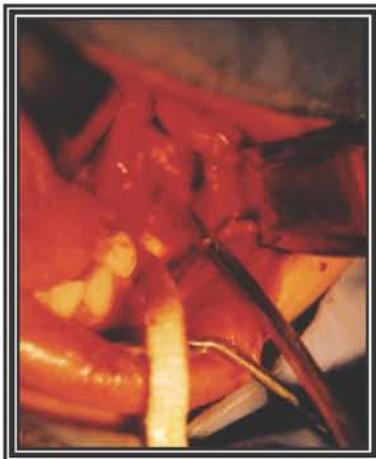
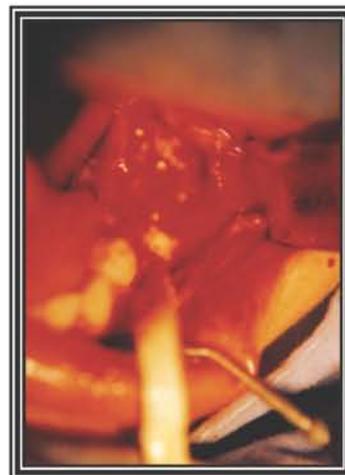


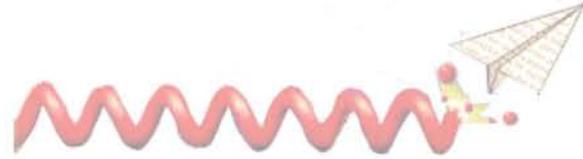
Fig. No. 7 Relleno de la cavidad con esponjostan y recoveron
Imagen obtenida de los archivos del área de
Cirugía Bucal y Patología. Clínica Zaragoza 2006.

FOTOGRAFÍA NO. 7

Fig. No. 8 Colocación de una sonda con recoveron
Imagen obtenida de los archivos del área de
Cirugía Bucal y Patología. Clínica Zaragoza 2006.



FOTOGRAFÍA NO. 8



TRANS-OPERATORIO

Fig. No. 9 Muestra obtenida ,3 órganos dentarios y 4 fragmentos amorfos de estructura ósea.
Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología. Clínica Zaragoza 2006.

FOTOGRAFÍA NO. 9

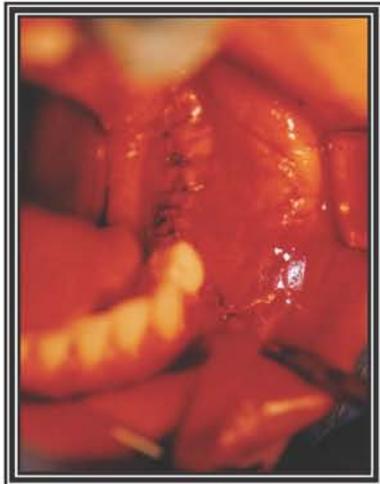


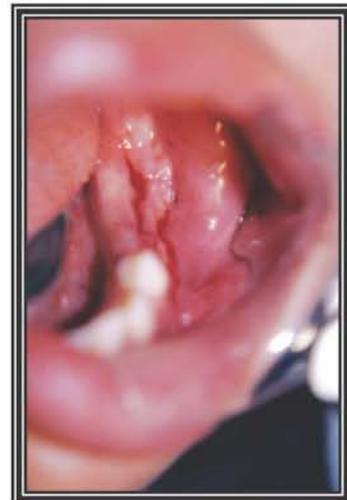
Fig. No. 10 puntos de sutura 3 (000) y fijación de la sonda al Extremo de la liberatriz con fin de drenado.
Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología. Clínica Zaragoza 2006.

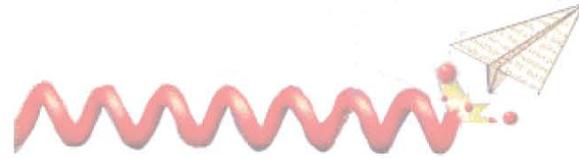
FOTOGRAFÍA NO. 10

POST-OPERATORIO

Fig. No. 11 Revisión post-operatoria a los 8 días
Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología. Clínica Zaragoza 2006.

FOTOGRAFÍA NO. 11





REPORTE HISTOPATOLÓGICO

CASO CLÍNICO NO. 1

Facultad De Estudios Superiores "Zaragoza"
Carrera de Cirujano Dentista
Unidad de Patología Oral
Estudio Histopatológico

Núm. de Estudio: Bz-01-06.

Fecha de recepción: 12-01-06.

Nombre del Paciente: Rodríguez González Gabriela.

Edad: 22 años.

Sexo: Femenino.

Dr(a) Solicitante: Dr. Gálvez.

Tipo de Biopsia: Otra.

Diagnóstico Clínico: Queratoquiste vs. Ameloblastoma vs. Quiste dentígero.

Descripción Macroscópica: Se recibe cuatro fragmentos de tejido óseo , que en conjunto miden 1.3 x 1.3 x 0.5cm., son de aspecto granulomatoso y consistencia dura. Conjuntamente con el tejido óseo se reciben numerosos fragmentos de tejido blando, los cuales miden en conjunto 4.0 x 4.0 x 0.5cm. de diámetro, son de forma irregular, color café oscuro, superficie rugosa y de consistencia blanda. Se incluyen varios fragmentos representativos en una cápsula y se pone el tejido óseo a descalcificar.

Descripción Microscópica: El espécimen examinado muestra un estroma de tejido conectivo fibroso denso y laxo, con presencia de islotes de epitelio en forma de empalizada de tipo de ameloblástico con polarización inversa del núcleo e infiltrado inflamatorio mixto y moderado. El tejido duro corresponde a una masa amorfa de tejido odontogénico.

**Diagnóstico: AMELOBLÁSTOMA QUIÍSTICO.
ODONTOMA COMPLEJO.**

ICD-9: 213.1

C.D Ma Alba Solís Crespo



CONTROL RADIOGRAFICO
POST- OPERATORIO



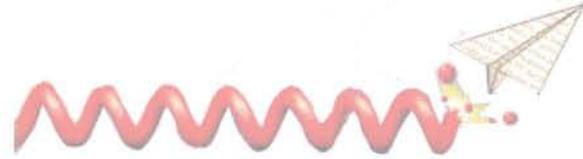
Fig. No.13 Rx post - operatoria al mes
Imagen obtenida de los archivos del área de
Cirugía Bucal y Patología. Clínica Zaragoza 2006.

FOTOGRAFÍA NO.12



Fig. No.14 Rx post-operatoria a los 6 meses
Imagen obtenida de los archivos del área de
Cirugía Bucal y Patología. Clínica Zaragoza 2006.

FOTOGRAFÍA NO. 13



CASO CLÍNICO NO. 2

PREOPERATORIO



FOTOGRAFÍA NO. 1



FOTOGRAFÍA NO. 2

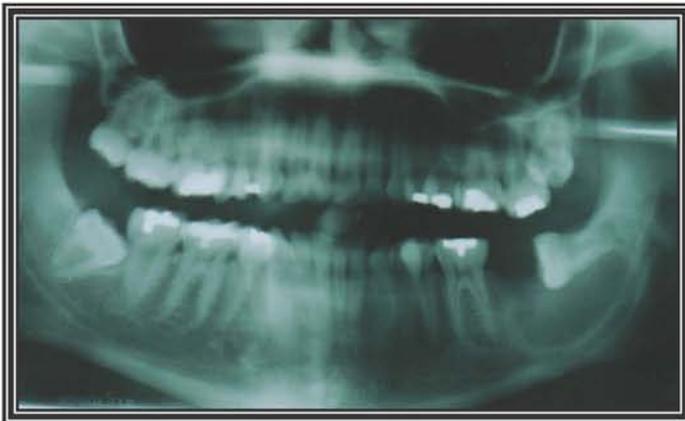
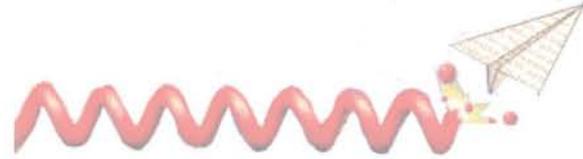


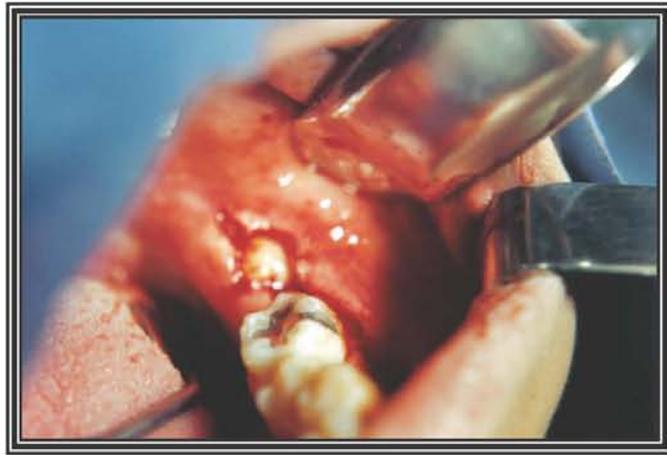
Fig. No. 3 Rx panorámica de la paciente
Imagen obtenida de los archivos del área de
Cirugía Bucal y Patología. Clínica Zaragoza
2006.

FOTOGRAFÍA NO. 3



TRAS- OPERATORIO

Fig. No. 4 Incisión del paciente
Imagen obtenida de los archivos del área de
Cirugía Bucal y Patología. Clínica Zaragoza
2006.



FOTOGRAFÍA NO. 4

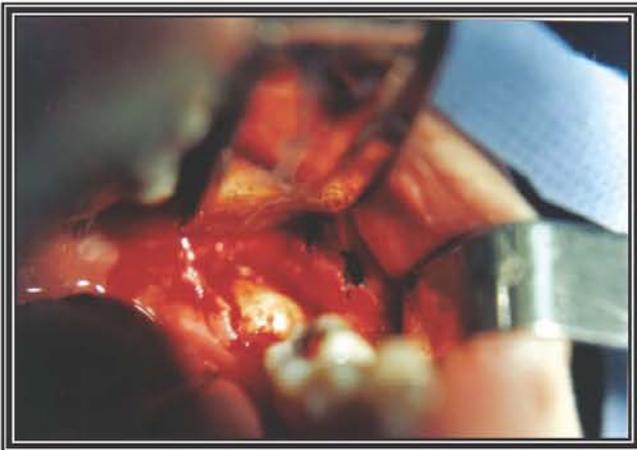


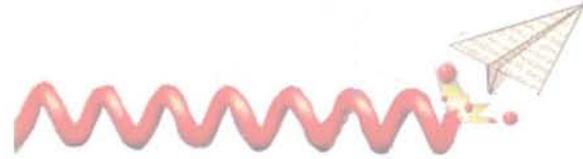
Fig. No.5 Fijación del colgajo al vestíbulo para mejor
Visualización del área quirúrgica. Imagen obtenida
De los archivos del área de Cirugía Bucal
Y Patología. Clínica Zaragoza 2006.

FOTOGRAFÍA NO. 5

Fig. No.6 Curetaje y limpieza de la cavidad
Imagen obtenida de los archivos del área de
Cirugía Bucal y Patología. Clínica Zaragoza 2006.



FOTOGRAFÍA NO. 6



TRANS- OPERATORIO



Fig. No.7 Preparación del medicamento recoveron y furacin
Imagen obtenida de los archivos del área de
Cirugía Bucal y Patología. Clínica Zaragoza 2006.

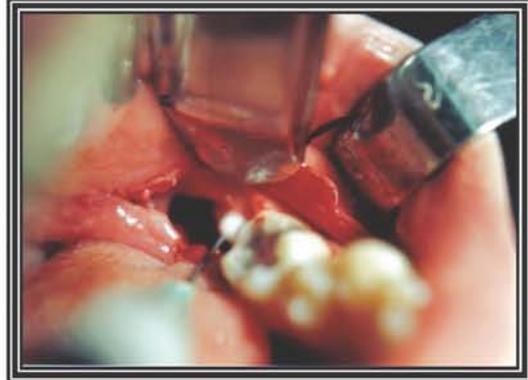


Fig. No.8 Aplicación del medicamento a la cavidad
Imagen obtenida de los archivos del área de
Cirugía Bucal y Patología. Clínica zaragoza 2006.

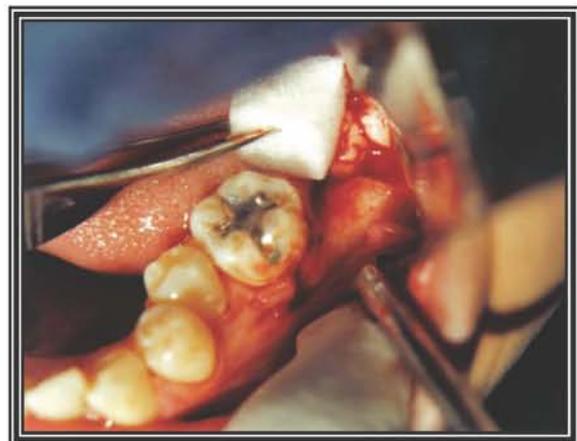
FOTOGRAFÍA NO. 7



Fig. No.9 Muestra obtenida diente y cápsula
Imagen obtenida de los archivos del área de
Cirugía Bucal y Patología. Clínica Zaragoza 2006.

FOTOGRAFÍA NO.9

Fig. No.10 Relleno con agente hemostático (Esponjostan)
Imagen obtenida de los archivos del área de
Cirugía Bucal y Patología. Clínica Zaragoza 2006.



FOTOGRAFÍA NO. 10



TRANS-OPERATORIO

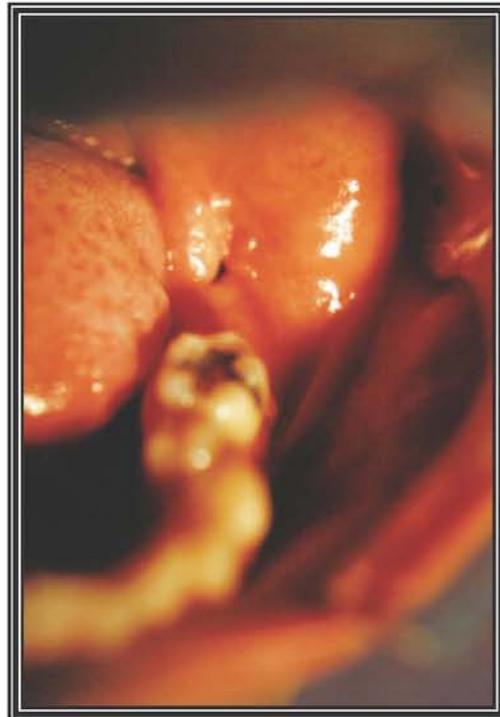


Fig. No.11 Sutura y limpieza del área quirúrgica
Imagen obtenida de los archivos del área de
Cirugía Bucal y Patología. Clínica Zaragoza 2006.

FOTOGRAFÍA NO. 11

POST-OPERATORIO

Fig. No.12 imagen post- operatoria a los 8 días
Imagen obtenida de los archivos del área de
Cirugía Bucal y Patología. Clínica Zaragoza 2006.



FOTOGRAFÍA NO.12



REPORTE HISTOPATOLÓGICO
CASO CLÍNICO NO. 2

Observaciones: Se devuelve Rx.



Facultad De Estudios Superiores "Zaragoza"
Carrera de Cirujano Dentista
Unidad de Patología Oral
Estudio Histopatológico

Núm. de Estudio: Bz-32-06.

Fecha de recepción: 03-03-06.

AVIENMA DE MEXICO

Nombre del Paciente: Ibarra Viguera Diana.

Edad: 32 años.

Sexo: Femenino.

Dr(a) Solicitante: Gálvez Reyes Gustavo.

Tipo de Biopsia: Excisional.

Diagnóstico Clínico: Quiste dentígero vs. Queratoquiste vs Ameloblastoma.

Descripción Macroscópica: Se recibe pieza dentaria y varios fragmentos de tejido blando, los cuales en conjunto miden 2.0 x 1.5 x 0.4cm., son de forma irregular, superficie lisa, color café claro, y de consistencia blanda. Se incluyen en su totalidad en una cápsula.

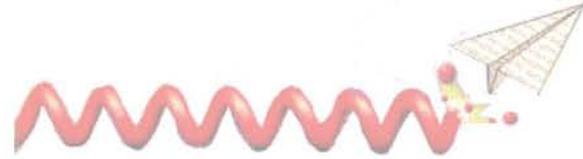
Descripción Microscópica: El espécimen examinado muestra una cápsula de tejido conectivo fibroso, denso y laxo, con una cavidad revestida de epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado con espongiosis y acantosis, se observan cristales de colesterol e infiltrado inflamatorio crónico severo

Diagnóstico: QUISTE DENTÍGERO.

ICD-9: 526.0

C.D Ma Alba Solís Crespo
Patóloga Bucal

Observaciones: Se devuelve Rx.



CONTROL RADIOGRAFICO
POST- OPERATORIO



FOTOGRAFÍA NO.13

Fig. No.13 Rx post - operatoria al mes
Imagen obtenida de los archivos del área de
Cirugía Bucal y Patología. Clínica Zaragoza 2006.



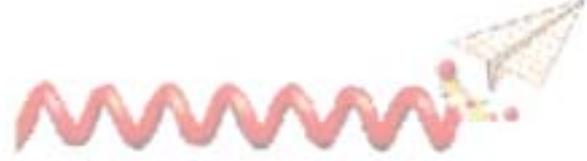
FOTOGRAFÍA NO. 14

Fig. No.14 Rx post-operatoria a los 6 meses
Imagen obtenida de los archivos del área de
Cirugía Bucal y Patología. Clínica Zaragoza 2006.



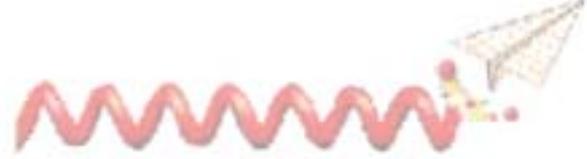
FOTOGRAFÍA NO. 15

Fig. No.15 Rx post-operatoria a los 9 meses
Imagen obtenida de los archivos del área de
Cirugía Bucal y Patología. Clínica Zaragoza 2006.



REFERENCIAS

- 1.- Ovalle JW, Velázquez MS. Patología Asociada a Sacos Pericoronarios de Órganos Dentarios Incluidos Impactados. Rev. ADM. Vol. LV, enero-febrero 1998, No.1, Pág. 34-37.
- 2.- Bermudo AL. Atlas de Cirugía Oral. España. ED. Instituto láser de salud buco-dental; 2001.36.
- 3.- Piedrahito MC. Cirugía y Ortodoncia en el Tratamiento de Caninos maxilares incluidos. Rev. Europea de Odontostomatología 1994;81(1): 54-56.
- 4.- Higashi t, Chen SJ Ikuta H. Atlas de Diagnostico de Imágenes Radiográficas de la Cavidad Bucal. Venezuela: Editorial Actividades Medico Odontológicas Latinoamericanas, CA; 1992. 35 - 50, 67 - 90
- 5.- Harina JI, Cansen L, Radiología Dental: Principios y Técnicas. México: Editorial Mc Graw Hill. 2002. 442 – 85, 489 – 509.
- 6.- Gibilisco JA, Turlington EG, Diagnostico Radiográfico en Odontología. 5ª Edición. Argentina: Editorial Medico Panamericana.1999. 167 - 215.
- 7.- Zegarelli EV, Kutscher. Diagnostico en Patología Oral. 2ª edición. Ed. Salvat. 1982. Pág. 294- 95.
- 8.- Moreira, K, Isabel. Diagnostico, y tratamiento de dientes incluidos. Rev. Fota-oral. 1996. Pág. 27.
- 9.- Castillejos, V. Hugo. Cirugía bucal y Maxilofacial, Ed. Tredex editores. México DF.1990. Pág. 57



- 10.- Philips, SJ. Lewis, RE. George PW. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Madrid. Harcourt, Mosby; 1997. Pág. 4 – 5.
- 11.- Lynch MA, Brightman VJ, Greenberg MS. Medicina Bucal de Burket. 9a. Edición. México: Editorial McGraw Hill Interamericana; 2001. 155 – 70.
- 12.- Horch II. Cirugía Odontoestomatológica. España. Masson; 1992. Pág. 193-200
- 13.- Esponda VR. Anatomía dental. México D.F.: UNAM; 1994. Pág. 314- 16.
- 14.- Ríes G. Cirugía bucal clínica y terapéutica. 9° ed. Argentina. Editorial Ateneo; 1987. Pág. 21-35.
- 15.- Cosme G E. Cirugía Bucal. Ed Madrid: Ed. Ergo, 1999. Págs. 353-472, 479-510.
- 16.- Gómez de Ferraris. “Histología y Embriología Bucodental”. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España Marzo 2000. pp. 63 – 79.
- 17.- Regezzi AJ, Sciubba JJ, Patología Bucal. México: Editorial Mc Graw Hill. 1991. 327- 58.
- 18.- Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de Patología Bucal. 3a Edición. México: Interamericana, 1980. 238 – 84.
- 19.- Gorlyn RJ, Goldman HM. Patología Oral. España: Salvat Editores SA.; 1979. 526 – 54.



20.- Kruger, Gustavo. "Tratado de Cirugía Bucal". 4 edición. Editorial Interamericana. México 1990. pp. 75 – 77.

21.- Ríes Centeno Guillermo. "Cirugía bucal con patología clínica y terapéutica" 9ª ed. Ed. El ateneo. Buenos Aires, 1997. Pp. 153- 89.

22.- Monserrat E, Graduño j. y colab. Quiste Dentígero. Acta odontológica Venezolana, 2002. Agosto Vol. 40. no. 2

23.- Brannon RB. The odontogenic keratocyst. A clinicopathologic study of 312 cases. Part Y. Clincial features. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 42:54, 1976.

24.- Writhg JM. The odontogenic keratocyst, orthokeratinized variant. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 51:690, 1981.

25.-Medicina oral pat. Oral Cirugía Bucal (Ed.impr.) v.10 n.3 Valencia mayo-jul. 2005

26.- Peña TM, Gutiérrez AD. Quiste Mandibular medio. Informe de caso clínico. Rev. Practica Odontológica. Vol. 10, no. 4. 1992.

27.- López Arranz. Cirugía Bucal. Editorial Interamericana McGraw – Hill. Madrid, España. 1991 pp. 273- 86.

28.- Baldera JA, González BS, Ramírez L, Odontoma Quístico: informe de 2 casos y revisión de la literatura. Revista Practica Odontológica. Vol. 15, no. 3, 1993.

29.- Vinas, P Francisco. Órganos Dentarios Retenidos. Rev. Práctica odontológica 1992. 6(9): 37- 42.



30.- Laskin DM. Cirugía Bucal y maxilofacial. 2ª edición Argentina: panamericana, 1985. Pág. 561- 70

31.- Worthington HV, Clarkson JE, Davies RM- Extraction of theeth over 5 years in regularly attending adults. Rev. Community Dent Oral Epidemiol 1999; 27 (4): 187- 94.

32.- Costich ER. Cirugía bucal. México. Interamericana; 1974. Pág. 80- 84.

33.- Sanders B. Cirugía bucal y Maxilofacial pediátrica y del adolescente. 3ª ed. Argentina: panamericana; 1978. Pág. 513- 21.