



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

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

**LESIONES MAXILARES PARCIALMENTE
RADIOLÚCIDAS Ó PARCIALMENTE RADIOPACAS
PRESENTACIÓN DE 4 CASOS CLÍNICOS EN CLÍNICA
ZARAGOZA PERÍODO 2007-2008.**

TESIS

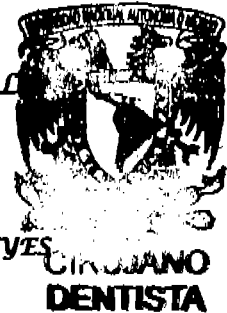
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE CIRUJANA DENTISTA

FES ZARAGOZA

PRESENTAN:

**ESTRADA SÁNCHEZ KAREN PAOLA
SOSA GARZÓN LILIANA**

DIRECTOR: C.M.F. GUSTAVO GALVEZ REYES



**CIRUJANO
DENTISTA**

MÉXICO D.F.

2009



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.

*LESIONES MAXILARES PARCIALMENTE
RADIOLÚCIDAS Ó PARCIALMENTE RADIOPACAS
PRESENTACIÓN DE 4 CASOS CLÍNICOS EN CLÍNICA
ZARAGOZA PERÍODO 2007-2008.*

*ESTRADA SÁNCHEZ KAREN PAOLA
SOSA GARZÓN LILIANA*

2009

DEDICATORIAS

y

AGRADECIMIENTOS

JES ZARAGOZA Y PROFESORES

Es difícil despedirse de tus aulas, pasillos y jardines en los que hemos estado durante años, de nuestros profesores que a través de sus conocimientos y enseñanzas se han encargado de nuestra formación profesional y con quienes se queda una parte de nosotras. Se que lo que viene no es nada fácil, pero me llena de alegría saber que siempre contaremos con ustedes. Gracias no es suficiente para expresar lo que sentimos, esta mezcla de tristeza, felicidad y satisfacción al llegar a la meta y tener que decir adiós no es fácil.

UN ESPECIAL AGRADECIMIENTO A NUESTRO DIRECTOR DE TESIS EL DR. GUSTAVO GALVEZ REYES, *Por darnos la oportunidad de formar parte de su equipo de trabajo, de recurrir a su capacidad, conocimiento y experiencia en un marco de confianza, afecto y amistad. Por su constante y paciente seguimiento, por sus aportes, críticas y comentarios, por compartir su tiempo de manera generosa durante el último año de la carrera, el servicio social y el desarrollo del trabajo de Tesis. Pero sobre todo GRACIAS por ser un gran maestro y un gran amigo.*

A NUESTROS SINODALES

C.D. María de Lourdes Pérez Padilla

C.D. Alba Solís Crespo

C.D. Octavio Crespo Knopfler

C.D. Francisco Genís Vargas

Gracias por el tiempo dedicado y conocimientos brindados a lo largo de nuestro proyecto de tesis.

"KAREN y LILI"

A mis padres JESÚS e IRENE; Gracias por sus sacrificios, esfuerzos y dedicación constantes, porque me han enseñado con su ejemplo a ser una mujer decidida, a pelear siempre contra la adversidad que llega a ser tan dolorosa, por ayudarme a levantarme después de cada tropiezo con la frente en alto, por enseñarme a ser perseverante, a ponerme pasos fijos para alcanzar mis metas, porque siempre están cuando más los necesito, porque me han guiado con la premisa de que todo esfuerzo tiene su recompensa, porque me han exigido y brindado su apoyo, su fuerza, su confianza y amor incondicional. Agradecida estoy porque me han dirigido por la vida y han hecho de mí lo que ahora soy. Gracias por ser mis padres.

LOS QUIERO, ADMIRO Y RESPETO.

A mis hermanos JEAN y JESÚS; Toda una vida juntos siempre uno al lado del otro. Gracias por ser y estar, por compartir el espacio y momentos más difíciles y felices de mi vida, por su apoyo, por darme lo mejor de ustedes, por cuidarme y preocuparse por mí. Nuestra fuerza, confianza, respeto y amor nos dirigen por la vida dándonos las alas que necesitamos para volar, aprendiendo juntos que no debemos rendirnos frente a las dificultades.

¡Siempre pese a todas las adversidades permaneceremos juntos para salir adelante!, LOS QUIERO.

A mis abuelitos BENJAMIN y PAULINA, Tuve la suerte de tenerlos a mi lado, de convivir con ustedes, de disfrutar su compañía. Son sin duda dos seres extraordinarios que viven en mí ser y a los que amare toda la vida. Gracias por todo el amor que me brindaron, por hacerme tan feliz, por aceptarme con mis virtudes pero sobre todo con mis defectos, por darme lo mejor de ustedes sin esperar nada a cambio, por escucharme y brindarme su ayuda, por enseñarme tantas cosas sin ser siquiera conscientes de ello, por sus palabras de aliento y sus consejos. Aunque ya no están a mi lado son dos ángeles que me alumbran desde el cielo, que guían, marcan y cuidan mi vida a cada paso que doy.

*¡Todos y cada uno de mis días me hacen falta, los extraño y necesito!
GRACIAS POR SER PARTE DE MI VIDA, LOS QUIERO MUCHO.*

A mi abuelita JULIANA; Gracias por su cariño, apoyo y consejos que me ha brindado a lo largo de mi vida, con los cuales he logrado al termino de mi carrera.

Le reitero mi cariño, admiración y respeto.

LA QUIERO MUCHO

A mi novio HUGO; Es maravilloso compartir contigo todos los momentos más significativos de mi vida, acompañándome siempre en mi camino , en las alegrías y tristezas , en mis aventuras y retos.

Eres el ser que cada día me hace sentir que la vida merece ser vivida, eres quien siempre me ha hecho reír y cuando no lo has logrado has llorado con mígo, enseñándome desde el momento que te conocí que el verdadero amor se demuestra sin palabras.

Gracias por la alegría que le brindas a mi vida, por tu confianza, tu apoyo, por hacerme ver mis errores y por aplaudir mis aciertos, por tu paciencia y tolerancia, pero sobre todo mil gracias por tu amor que sabes es mutuo.

TE QUIERO MUCHÍSIMO

A mi amiga LILIANA; Supiste día a día ganarte mi confianza, hacerte mi compañera de sinsabores y compinche de alegrías.

Gracias por tu entusiasmo, por tu optimismo, por los estupendos días que pasamos, por escucharme, por tus consejos, por tu confianza y tu cariño. Recuerda que tienes mi apoyo y mi cariño y que siempre contaras con un rincón en mi corazón donde vivir y brillar.

TE QUIERO

KAREN PAOLA ESTRADA SÁNCHEZ

A DIOS

Gracias por todas las cosas buenas que has puesto en mi camino, por llenar mi vida de amor y bendiciones. También te doy las gracias por esa fuerza y capacidad que me has dado para lograr cumplir mis metas.

A MIS PADRES

Por ser los principales pilares de mi vida, ya que gracias a su trabajo, amor, guía, apoyo y a la confianza que en mí se depositó, hoy puedo brindarles el mejor regalo que podría darles, que es: la satisfacción de ver que su lucha por sacarme adelante ha dado frutos y hoy cumplo el sueño por el cual hemos trabajado, terminar mi carrera profesional. Gracias mil gracias por todo lo que me han dado.

Los quiero muchísimo.

A MI HERMANA

Gracias por el amor que me has demostrado, por todos los momentos de alegría, tristeza y emoción que hemos compartido a lo largo de todos estos años y por la dicha de saber lo que es tener el amor y amistad de una hermana. Gracias por apoyarme cuando lo he necesitado.

TRM Clau.

A MIS SOBRINOS

Zuriel y Cesar con quienes comparto está alegría deseando que esto los aliente a prepararse y ser mejores cada día de su vida.

Los adoro preciosos.

MARIO

No sé si sean las mejores palabras para expresar todo el cariño y admiración que siento por tí. Gracias por cada uno de los días compartidos, por el apoyo y cariño brindado durante estos años de la carrera. También por ser no solo mi amigo sino por ser mi complemento y formar una parte muy importante en mi vida. Una vez más mil gracias por todo.

Te amo y siempre estaré contigo.

KAREN

Eres mi gran amiga y valoro mucho tu amistad, no sabes lo agradecida que estoy por todas las horas compartidas desde que iniciamos nuestro camino en la carrera. Por todos los momentos de alegría, diversión, emoción, tristeza, angustia, desesperación que hemos vivido juntas, por tu confianza y consejos. Te quiero y sabes que cuentas conmigo por siempre.

Te quiero mucho.

ISAAC

Gracias por todas esas horas en que me dejaste llegar tarde al trabajo para asistir a la escuela. No tengo las palabras exactas para expresarte el gran afecto que te tengo y también porque sin conocerme demasiado y sin ningún interés me brindaste la confianza y apoyo necesario para cumplir mi sueño de terminar mi carrera.

A MIS AMIGAS

Vero y Lilla les doy las gracias por estar a mi lado en los momentos buenos y malos por celebrar mis triunfos - fracasos y por seguir presentes en mi vida. Hemos compartido tantas cosas y no podemos dejar que la distancia nos haga olvidar todos esos momentos maravillosos; deseo que sigamos juntas y recordemos siempre esta amistad tan valiosa que construimos.

Las quiero mucho.

LILIANA SOSA GARZÓN

ÍNDICE

	<i>PÁGINA</i>
<i>INTRODUCCIÓN</i>	1
<i>JUSTIFICACIÓN</i>	3
<i>RELACIÓN CON EL PLAN DE ESTUDIOS</i>	5
<i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	9
<i>MARCO TEORICO</i>	10
<i>PRESENTACIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS</i>	55
<i>DISCUSIÓN</i>	87
<i>OBJETIVOS</i>	89
<i>DISEÑO METODOLÓGICO</i>	90
<i>RECURSOS</i>	90
<i>CRONOGRAMA</i>	92
<i>CONCLUSIONES</i>	93
<i>PROPUESTAS O RECOMENDACIONES</i>	95
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	97
<i>ANEXOS</i>	103

INTRODUCCIÓN

La radiografía dental es una parte esencial del diagnóstico bucal, ya que nos muestran el estado de los órganos dentarios, de las estructuras óseas así como las referencias anatómicas que son indispensables para valorar su crecimiento y desarrollo normal e identificar una posible patología y el sitio de dicha lesión.

Las radiografías no solo cumplen el papel de ser parte fundamental para el diagnóstico, también son una parte muy importante del expediente clínico de cada paciente.

Tenemos diversos tipos de radiografías a nuestro alcance como son periapical, oclusal, ortopantomografía (panorámica), lateral de cráneo, entre otras. Cada una de ellas tiene un uso en particular esto va a depender de la patología o procedimiento que se pretenda realizar en un paciente.

En la radiografía observamos un conjunto de áreas cuyas tonalidades varían entre el negro y el blanco, con una gran gama de tonos intermedios. Los cuales nos indican zonas normales o patológicas. Esta variación de tonalidades en las radiografías permite que la imagen pueda ser clasificada como: radiolúcida o radiopaca. Aunque también podemos encontrar imágenes parcialmente radiolúcidas o parcialmente radiopacas también llamadas lesiones mixtas.

Bhaskar dice que una lesión parcialmente radiolúcida o parcialmente radiopaca indica que la destrucción y formación de tejido calcificado se produce de una de 3 maneras:

- 1) Cuando una lesión radiolúcida gradualmente se va transformando en una masa radiopaca, y durante este proceso puede aparecer como parcialmente radiolúcida o parcialmente radiopaca.*
- 2) Una lesión radiopaca que se infecta de forma secundaria, supura, destruye hueso convirtiéndose en una imagen parcialmente radiolúcida o parcialmente radiopaca.*
- 3) La lesión puede iniciar mixta o combinada.*

Conocer las diferentes imágenes radiográficas es de importancia para identificar algunas patologías que en ocasiones tienen cierto patrón radiográfico, se debe tomar en cuenta el aspecto clínico de la lesión, que nos ayudará a realizar un diagnóstico presuntivo que para indicar el tratamiento más adecuado, una vez que este se realice, la muestra deberá mandarse al departamento de patología para su estudio complementario obteniendo el diagnóstico definitivo.

Se presentaran 4 casos clínicos de patologías que se clasifican por su imagen radiográfica como lesiones parcialmente radiolúcidas o parcialmente radiopacas también llamadas mixtas, de las que serán descritas su etiología, epidemiología, aspecto clínico y radiográfico, pronóstico, tratamiento y diagnóstico diferencial.

JUSTIFICACIÓN

Es importante identificar y diferenciar las lesiones maxilares mixtas, por lo que es necesario conocer su etiología, epidemiología, frecuencia, signo-sintomatología, aspectos radiográficos, diagnóstico diferencial y el tratamiento adecuado para evitar complicaciones que se puedan llegar a presentar, tales como; desplazamientos dentales, reabsorción radicular, asimetría facial, que afectan directamente en la salud bucodental y estética del paciente.

Las radiografías dentales son de vital importancia para poder dar un diagnóstico preciso y adecuado. Sin ellas, muchas condiciones pasarían inadvertidas. La toma de radiografías aunadas de un examen clínico completo y revisión de la historia clínica del paciente son fundamentales para establecer el diagnóstico, ya que nos ayuda a completar el conocimiento sobre la amplitud de la lesión.

Mediante las radiografías podemos detectar prácticamente todas las enfermedades de los maxilares y dientes en cuanto se refiere a entidades que producen alteraciones en los tejidos duros. Además, podemos observar las anormalidades en dientes y huesos, tales como la presencia de supernumerarios, ausencia o agenesia de uno o varios dientes y muchas otras enfermedades de frecuente ocurrencia que aún no han comenzado a producir síntomas.

En este proyecto se realizó un estudio de 4 casos clínicos que se presentan en el área de cirugía bucal de la clínica multidisciplinaria Zaragoza en el período 2007-2008, los cuales presentan lesiones maxilares mixtas, tanto por la etapa en que se encuentran las lesiones o por la asociación de imágenes radiolúcidas y radiopacas. Con el objetivo de que el alumno, pasante y cirujano dentista de práctica general efectúe una buena interpretación radiográfica e inspección clínica que proporcione los elementos necesarios para realizar un diagnóstico certero, ofreciendo al paciente un tratamiento integral devolviendo así un estado óptimo de salud.

RELACIÓN CON EL PLAN DE ESTUDIOS

Nuestro tema de tesis se relaciona directamente con los módulos que se cursaron durante los cuatro años. Algunas de las asignaturas relacionadas son:

PRIMER AÑO

- **CLÍNICA EN PREVENCIÓN:** Se relaciona mucho ya que es aquí donde iniciamos nuestra práctica clínica y en la cual empezamos a tener un primer contacto con pacientes.*
- **BASES PARA EL DX DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO:** En este módulo obtuvimos herramientas para las áreas biológica, clínica y social, estudiamos el método clínico para poder realizar diagnósticos a nivel individual como colectivo, así como también los diferentes tipos de auxiliares de diagnóstico como toma de radiografías, principios básicos, técnicas de proyección y revelado e interpretación radiográfica que nos permitieran dar una solución al problema del paciente. Y temas de importancia como la odontogénesis que es una parte importante para nuestra tesis.*
- **PREVENCIÓN EN ESTOMATOLOGÍA:** En el módulo obtuvimos los elementos teóricos para conocer e identificar los factores causales de las lesiones elementales de tejidos blandos.*
- **SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO:** En este módulo vimos temas de mucho interés para nuestro tema de tesis como elementos celulares y tisulares de los componentes que integran al sistema estomatognático así como la odontogénesis, estudiamos la anatomía de cabeza y cuello que son de gran importancia para la clínica.*

- **INTRODUCCIÓN AL PROCESO SALUD ENFERMEDAD NUTRICIÓN, METABOLISMO Y BASES FARMACOLÓGICAS:** En este se nos proporcionaron las bases microbiológicas, bioquímicas y farmacológicas relacionadas con el sistema estomatognático, haciendo hincapié en los microorganismos relacionados con enfermedades infecciosas de la cavidad bucal y también nociones fundamentales sobre farmacología, el manejo de conceptos básicos y aplicados de la farmacología en la práctica estomatológica.

SEGUNDO AÑO

- **CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA INTEGRAL I:** Es aquí donde nosotros aplicamos el método clínico en la prevención, diagnóstico, diseño y ejecución de planes de tratamiento de las alteraciones bucodentales como: caries, patologías pulpares y periapicales, lesiones de tejidos blandos y duros que se presentan en la población infantil y juvenil.

- **ESTOMATOLOGÍA I:** Obtuvimos conocimientos teóricos para identificar las lesiones traumáticas de tejidos blandos y duros que involucran dientes, periodonto, hueso de sostén, mucosas y tejidos blandos, la terapéutica, prevención, diagnóstico, tratamiento y evaluación del paciente infantil y adolescente.

- **MECANISMOS DE CONTROL DE INFECCIÓN:** Esta se relaciona mucho debido a la gran importancia que tiene el tener conocimiento y hacer uso de las barreras de protección, así como conceptos sobre bioseguridad, esterilización y métodos, desinfección y el control de las infecciones en el área de salud.

- **PSICOLOGÍA SOCIAL Y CLÍNICA I:** Este módulo nos aportó diversas técnicas para atender a pacientes infantiles que a través del manejo de la ansiedad, el dolor, la motivación y socialización nos permitieran brindar una mejor atención a sus problemas de salud.

TERCER AÑO

- **CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA INTEGRAL II:** Realizamos a través del método clínico el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones bucodentales ya no solo de pacientes infantiles y adolescentes sino también de población adulta. Por otro lado iniciamos y conocemos las bases universales para la cirugía, normas y principios en procedimientos quirúrgicos, asepsia y antisepsia en cirugía menor, lavado y vestido quirúrgico, colocación y manejo del instrumental quirúrgico. Sobre las lesiones de tejidos duros y blandos haciendo referencia de lesiones benignas o malignas a través de citología exfoliativa, biopsia bucal, terapia quirúrgica y no quirúrgica.

- **ESTOMATOLOGÍA II:** Se nos proporcionan elementos teórico metodológicos apoyándonos en el método clínico para el diagnóstico y tratamiento de lesiones en tejidos blandos y duros y otras alteraciones en el aparato estomatognático.

- **ALTERACIONES BUCALES:** Estudiamos la etiología y dx clínico e histopatológico de alteraciones bucales de origen bacteriano, viral, alteraciones ulceradas, hiperplásicas y de color, neoplásicas y quísticas; la conducta a seguir.

- **PSICOLOGÍA SOCIAL Y CLÍNICA II:** Nos ayuda a manejar el control de la ansiedad y el dolor de los pacientes ante el tratamiento estomatológico.

CUARTO AÑO

- **CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA INTEGRAL III:** Realizamos a través del método clínico el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones bucodentales en todo tipo de población que tiene un mayor grado de complejidad para su atención.

- **ESTOMATOLOGÍA III:** Se nos proporcionan elementos teórico metodológicos apoyándonos en el método clínico para el dx y tx de lesiones en tejidos blandos y duros donde nos enseñaron cirugía bucal, evaluación, diagnóstico y tratamiento, exodoncia complicada, reimplante y hemisección, cirugía de dientes retenidos y otras alteraciones en el aparato estomatognático.

MANEJO ESTOMATOLÓGICO DEL PACIENTE GERIÁTRICO:

En este módulo vimos temas sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de alteraciones neoplásicas que afectan la cavidad bucal del paciente geriatrico, el manejo estomatológico en pacientes con o sin compromiso sistémico y el control o referencia a otros profesionales de la salud para su atención.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El interés principal de este trabajo es concientizar al Cirujano Dentista sobre la importancia que tiene la identificación e interpretación de los hallazgos radiográficos que afectan a los maxilares. Entre los cuales podemos distinguir las lesiones parcial o totalmente radiolúcidas y parcial o totalmente radiopacas. Por ello nos enfocaremos a las lesiones parcialmente radiolúcidas o parcialmente radiopacas debido a la dificultad que presenta el Cirujano Dentista al realizar el diagnóstico de dichas lesiones. Por tal motivo hay que darle la importancia necesaria a las lesiones maxilares siendo indispensable conocer:

¿Cuál es el comportamiento clínico-radiográfico y el tratamiento quirúrgico de las lesiones maxilares mixtas en 4 pacientes que acuden a la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza en el período 2007-2008?

MARCO TEÓRICO

LESIONES MAXILARES PARCIALMENTE RADIOLÚCIDAS Ó PARCIALMENTE RADIOPACAS, TAMBIÉN LLAMADAS MIXTAS.

Las radiografías dentales son imágenes o fotografías en negro y blanco, que contienen varios tonos de gris. Cuando se les ve contra una fuente de luz, el área más oscura de la radiografía se ve negra y la más clara aparece en blanco, para lo cual se utilizan dos términos: radiolúcida y radiopaca. ¹

Una estructura radiolúcida es aquella que carece de densidad y permiten el paso del haz de rayos X con poca o ninguna resistencia y deja que más rayos alcancen la película mostrando las estructuras de color negro, y una estructura radiopaca es aquella que es densa, que no permite el paso del haz de rayo X mostrando las estructuras de color blanco. ²

Evidentemente, las señales radiográficas no son patognomónicas para la mayoría de las lesiones óseas, y ninguna sistematización puede ser absolutamente viable, el diagnóstico de las lesiones deberá siempre hacerse por medio de la Triada de Jaffe:

- Clínico
- Radiológico
- Histopatológico

Los cambios anormales o poco comunes pueden observarse como cambios en la forma del hueso. Cuando las lesiones patológicas son evidentes puede aparecer como una radiolúcidez, una radiopacidad o una lesión mixta. ⁴

RADIOGRAFÍA PANORÁMICA

La radiografía panorámica es una imagen tomográfica lineal de los maxilares, incluyendo arcos dentarios, fosas nasales, senos maxilares y cóndilos para el diagnóstico de: dientes supernumerarios, agenesias, alteraciones en la erupción dentaria, dientes retenidos, lesiones periapicales, quistes, tumores, enfermedad periodontal y lesiones y/o anomalías de la ATM. ²

La radiografía panorámica sigue ofreciendo al dentista actual una visión única del paciente; cubre toda la arcada y las estructuras circundantes, los huesos faciales y los cóndilos, y partes del seno maxilar y complejos nasales.

El aspecto que debe tener una radiografía panorámica normal:

- La mandíbula tiene forma de "U", los cóndilos están situados a unos 2,5 cm. de los bordes laterales de la película y a un tercio del borde superior de la película.*
- El plano oclusal muestra una ligera curva o "línea de sonrisa" hacia arriba. Las raíces de los dientes maxilares y mandibulares anteriores se identifican bien con poca distorsión. La magnificación es simétrica e igual a ambos lados de la línea media.*

La radiografía panorámica, en estos casos, es una técnica suficiente cuando está acompañada por un buen diagnóstico.



Imagen 1. Principales marcas anatómicas.

- | | |
|--|---|
| 1. Proceso coronoides (Radiopaco) | 19. Canal infraorbitario (Radiolúcido) |
| 2. Huesca sigmoides (Radiopaco) | 20. Septo nasal (Radiopaco) |
| 3. Cóndilo mandibular (Radiopaco) | 21. Cornete inferior (Radiopaco) |
| 4. Cuello condilar (Radiopaco) | 22. Pared medial del seno maxilar (Radiopaco) |
| 5. Rama mandibular (Radiopaco) | 23. Borde inferior del seno maxilar (Radiopaco) |
| 6. Angulo de la mandíbula (Radiopaco) | 24. Pared posterolateral del seno maxilar (Radiopaco) |
| 7. Borde inferior de mandíbula (Radiopaco) | 25. Proceso malar (Radiopaco) |
| 8. Lingula (Radiopaco) | 26. Hueso hioides (Radiopaco) |
| 9. Canal mandibular (Radiolúcido) | 28. Epiglotis (Radiolúcido) |
| 10. Proceso mastoideos (Radiopaco) | 29. Tejidos blandos del cuello (Radiolúcido) |
| 11. Meato auditivo externo (Radiolúcido) | 30. Aurícula (Radiolúcido) |
| 12. Fosa glenoidea (Radiolúcido) | 31. Proceso estiloides (Radiopaco) |
| 13. Eminencia articular (Radiopaco) | 32. Espacio orofaríngeo (Radiolúcido) |
| 14. Arco zigomático (Radiopaco) | 33. Espacio nasal (Radiolúcido) |
| 15. Placas pterigoideas (Radiopaco) | 34. Foramen mentoniano (Radiolúcido) |
| 16. Fisura pterigomaxilar (Radiopaco) | 35. Paladar óseo (Radiopaco) |
| 17. Órbita (Radiolúcido) | |
| 18. Borde orbital inferior (Radiopaco) | |

Una lesión parcialmente radiolúcida y parcialmente radiopaca también conocida como lesiones Mixtas indica que la destrucción y la formación de tejido calcificado se producen en forma concomitante o alternada. Esas lesiones se producen de una de 3 maneras:

- 1) Lesión radiolúcida como el cementoma o enfermedad de Paget que madura gradualmente y se va transformando en una masa radiopaca, y durante este proceso puede aparecer como parcialmente radiolúcida y parcialmente radiopaca.*
- 2) Una lesión radiopaca como la Osteítis condensante puede infectarse en forma secundaria, supurar, destruir hueso, y convertirse en parcialmente radiolúcida y parcialmente radiopaca.*
- 3) La lesión puede comenzar como mixta. Un ejemplo es un tumor raro como el odontoma ameloblástico.^{4,5,6}*

Así dentro de este grupo de lesiones mixtas podemos ubicar a las siguientes lesiones:

- Cementoma (FASE II)*
- Osteítis condensante*
- Displasia fibrosa poliostrófica*
- Enfermedad de Paget*
- Sarcoma osteógeno*
- Condrosarcoma*
- Osteorradionecrosis*

- *Lesiones raras:*
 - *Tumor odontógeno epitelial calcificado*
 - *Quiste odontogénico calcificante o de Gorlin*

- *Fibroma Osificante*

- *Odontoma:*
 - *Odontoma compuesto*
 - *Odontoma complejo*

- *Odontoma quístico*

De la misma manera se clasifican como lesiones mixtas a la Asociación de imágenes radiolúcidas y radiopacas, de algunas lesiones como: ^(6,9)

- *Quiste Dentigero asociado a Retención Dental*

Una vez que conocemos cuales son las patologías que encontramos en este grupo de lesiones mixtas hablaremos sobre su definición, etiología, epidemiología, aspecto clínico, aspecto radiográfico, pronóstico, tratamiento y diagnósticos diferenciales de cada una de las patologías mencionadas.

➤ CEMENTOMA (FASE II)

La displasia periapical del cemento (Cementoma), es una alteración en la que el hueso es sustituido por tejido fibroso; en este puede formarse hueso o material osteoide. Hay un reemplazamiento del hueso normal por tejido fibroso que después contiene un material de cemento. Antes que se forme hueso, la lesión tiene forma quística. Existe una zona radiolúcida cerca de los ápices, casi siempre en los dientes anteriores inferiores, que simula una lesión inflamatoria periapical; sin embargo hay vitalidad pulpar.^{7}*

Las lesiones se controlan radiográficamente y finalmente se observan opacidades que corresponden a la presencia de hueso dentro de la lesión.⁷

▪ ETIOLOGÍA

Se desconoce aunque se ha sugerido que se presenta como resultado de traumatismo crónico moderado, tal vez por la oclusión traumática.^{5,6}*

Se mencionaron como causas probables la oclusión traumática y los traumatismos, muchos cementomas toman los incisivos inferiores que no han estado nunca en oclusión y los incisivos superiores que son los dientes más sujetos a traumatismos raras veces se ven involucrados.^{5,6,10,11}

▪ EPIDEMIOLOGÍA

Lesión poco común que se presenta con mayor frecuencia en pacientes menores de 25 años, con predilección en mujeres predominando la raza negra.^{5,6} Con mayor predilección mandibular en dientes incisivos inferiores y región molar-premolar.^{5,6,10,11}*

▪ ASPECTO CLÍNICO

Lesión frecuente que se localiza en el ápice de dientes vitales. Afecta más a la mandíbula en especial la región periapical.^{7, 9, 10, 11}

Este proceso tarda meses o años en desarrollarse y por lo tanto puede descubrirse en cualquier etapa. La displasia del cemento periapical no causa dolor ni deformación facial, en ocasiones puede haber dolor a la palpación, expansión de la cortical bucal o lingual.^{7, 8}



Imagen 2. Obtenida del artículo Displasia cemento ósea periapical

▪ ASPECTO RADIOGRÁFICO

Existe una zona parcialmente radiolúcida y parcialmente radiopaca en el área de los ápices. Está alisada en su contorno que es más o menos circular en el caso de una lesión pequeña y festoneada en una lesión grande. Si los dientes están presentes, puede haber lámina dura o no; por lo general está ausente y la lesión no afecta la vitalidad del diente implicado. Después se ve una radiopacidad dentro de la radiolucencia pero rodeada por una banda radiolúcida. Puede haber hipercementosis.^{7, 8}

La imagen radiográfica depende del período y curso de desarrollo. En el primer período cuando la lesión consiste en tejido conectivo, hay una zona radiolúcida bastante bien circunscrita en el área periapical, algo parecida a la de un granuloma o a la de un quiste recubierto de epitelio.

Esta imagen es la que causa mayor confusión en el diagnóstico y a partir de ella surgen numerosos equívocos. 5,11

El segundo período, en el cual el aspecto radiográfico es típico del cementoma, se ve cuando se ha formado suficiente sustancia calcificada en la zona central como para producir una imagen radiopaca dentro de la zona radiolúcida en su origen. El tercer período se ve cuando la lesión sufrió calcificación casi completa. 7,10



Imágenes 3, 4. Se muestra una imagen mixta con una masa radiopaca en los ápices de los dientes rodeada de una banda radiolúcida. Obtenida del artículo Displasia cemento ósea periapical y libro Patología oral y maxilofacial contemporánea.

▪ **PRONÓSTICO:** Favorable. °

▪ **TRATAMIENTO**

Se requiere efectuar el abordaje quirúrgico sólo en ciertos casos en donde causen sintomatología ya sea realizando endodoncia, extracción o curetaje.

5, 7, 10, 13

▪ **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Displasia Cemento Periapical, Osteitis esclerosante periapical 14, Osteomielitis esclerosante focal, Osteoblastoma 6, 12,14

➔ **OSTEÍTIS CONDENSANTE**

Respuesta del hueso periapical a una irritación pulpar de bajo grado y prolongada, que se manifiesta como un aumento en la densidad del hueso periapical. Esta patología se observa con mayor frecuencia en personas jóvenes alrededor de los ápices de dientes mandibulares con caries extensas, grandes restauraciones; y pulpas vitales crónicamente inflamadas o necróticas. ^{15, 17, 18}

▪ **ETIOLOGÍA**

Pulpitis crónica debajo del ápice de un diente desvitalizado. ¹⁵

▪ **EPIDEMIOLOGÍA**

Su localización es a nivel de premolares y molares. ⁵

▪ **ASPECTO CLÍNICO**

Puede manifestarse con síntomas y signos diversos debido a que se relaciona con una gran variedad de lesiones pulpo periapicales. Según la intensidad de la causa que la provoca puede ser asintomático, o estar asociada a una historia de dolor y molestias. ⁵

▪ **ASPECTO RADIOGRÁFICO**

Lesión irregularmente radiopaca. A veces sin embargo, experimentan una infección secundaria y la destrucción ósea que se produce da una imagen radiolúcida. Esta lesión aparece como parcialmente radiolúcida y parcialmente radiopaca. ⁵

Se observan regiones con radiopacidad densa y uniforme. Límites confusos, aunque en ocasiones pueden aparecer bien definidos, con una zona de transición bien delimitada y un aspecto que sugiera unos límites corticales. El ligamento periodontal afectado por la lesión aparecerá ensanchado, alrededor de la región periapical de la raíz dental. ¹⁵



Imagen 5. Lesión mixta irregularmente radiopaca, y zona radiolúcida por destrucción ósea obtenida del artículo Osteitis condensante.

▪ **PRONÓSTICO**

Favorable, debido a que se cree que la osteitis condensante representa una reacción fisiológica del hueso a la inflamación. ¹⁵

▪ **TRATAMIENTO**

Dependiendo de la causa de la patología se debe seguir un protocolo de tratamiento, basado en los signos y síntomas del paciente. Si es asintomática y benigna no requiere tratamiento de conductos. ¹⁶

▪ **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Displasia cementaria periapical/ Cementoma ¹⁶

► **DISPLASIA FIBROSA POLIOSTÓTICA**

La displasia fibrosa es una lesión osteofibrosa benigna que se presenta en un solo hueso denominada monostótica o en varios huesos poliostrótica, sustituyendo al patrón trabecular interno normal y alterando su tamaño y forma. ^{10, 17, 18, 19}

▪ **ETIOLOGÍA**

Fue considerada como una condición de etiología desconocida. En 1999 Cohen y Howell la describen como una patología que se desarrolla a partir de un desequilibrio en la función de las células osteogénicas.

Otros autores plantean que puede ser una reacción anormal del hueso a un episodio traumático local o un desorden endocrino que se manifiesta como una condición ósea focal. ¹¹

▪ **EPIDEMIOLOGÍA**

Se presenta en las 3 primeras décadas de la vida; sin predilección por algún sexo aunque se señala una predilección por el sexo femenino. Los huesos más involucrados son costillas, cráneo, fémur, tibia y húmero, es más común en el maxilar superior que en el inferior. ^{14, 15}

La forma poliostrótica afecta en un 25% a los maxilares asociado al síndrome McCune- Albright que aparece más en el sexo femenino. ^{14, 15}

▪ **ASPECTO CLÍNICO**

Se manifiesta aumento de volumen, una deformación evidente en etapas tempranas. Hay alteración en la erupción dentaria, maloclusión y en

ocasiones dolor ligero. En piel y mucosa oral se observa pigmentación café con leche que se deben a alteraciones de la glándula suprarrenal. 5,18,19



Imagen 6. Obtenida del artículo Patología – Consideraciones actuales sobre la displasia fibrosa de los maxilares y su tratamiento.

ASPECTO RADIOGRÁFICO

La apariencia de las lesiones es inconstante y depende de la proporción de los componentes óseos y fibrosos de la lesión que ocupan en el interior del hueso. Si predomina tejido conectivo se verá una lesión radiolúcida que se combina con adelgazamiento y abombamiento de la cortical. "

Por el contrario si predomina el componente óseo el aspecto radiográfico será el de una lesión de vidrio esmerilado que puede asociarse con deformidad angular y puede ser radiolucido o radiopaco. "

En maxila y mandíbula el hueso toma un aspecto de cáscara de naranja o de punteado este cambio es más frecuente en maxila y fácil de reconocer y la densidad del hueso es mayor.

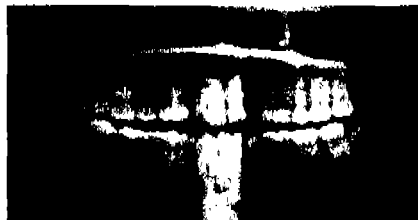


Imagen 7. Zona radiolúcida por adelgazamiento y radiopaca por abombamiento de la cortical ósea. Obtenida del artículo Tratamiento de la displasia fibrosa asociada a hemofilia

▪ **PRONÓSTICO**

Favorable o desfavorable según el tipo de lesión que presente el paciente ya que es imposible tratar todas las lesiones y quitar todas las pigmentaciones que se encuentran en piel y mucosa oral.

-La progresión de la enfermedad es a menudo impredecible.

-Las lesiones monostóticas tienen un buen pronóstico.

-Las lesiones polistóticas tienden a permanecer más activas o agresivas. Ocasionalmente sufren una transformación maligna a osteosarcoma o fibrosarcoma.

▪ **TRATAMIENTO**

El tratamiento es muy variable, en función de la sintomatología o la afectación que presenten los pacientes. Así el tratamiento varía desde aliviar los trastornos funcionales, controlando al paciente periódicamente si no tiene sintomatología, hasta hacer resecciones completas del hueso afectado o simplemente realizar curetajes.^{17,18}

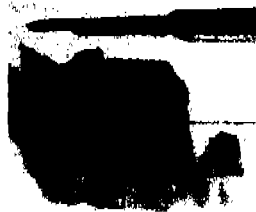


Imagen 8. Obtenida del artículo Tratamiento de la displasia fibrosa asociada a hemofilia C

▪ **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Enfermedad de Paget (osteítis deformante).

➤ **ENFERMEDAD DE PAGET**

La enfermedad de Paget también llamada Osteítis Deformans es una enfermedad que se caracteriza por una excesiva resorción ósea por los osteoclastos seguida de una sustitución de la médula por un tejido vascular conectivo fibroso, mientras que el hueso perdido es sustituido por hueso trabecular dispuesto de una manera desorganizada.

▪ **ETIOLOGÍA**

Hoy en día aún se desconoce la causa de esta enfermedad, pero se cree que posiblemente se deba a causas genéticas, con patrón autosómico dominante, y a infecciones virales tempranas (como el virus del sarampión).

▪ **EPIDEMIOLOGÍA**

Aparece en el 3% de los individuos mayores de 40 años (un 33% en mayores de 55 años y un 10% en mayores de 80 años), siendo más frecuente en los varones (2:1).⁵

Un 15% a 20% de los enfermos afectan uno a ambos maxilares. La maxila es la que se afecta con mayor frecuencia, a veces se pueden afectar tanto maxila como mandíbula y en casos raros se afecta solo la mandíbula.¹⁸

▪ **ASPECTO CLÍNICO**

La enfermedad puede afectar una porción del hueso o un solo hueso, o puede afectar dos o más huesos. Los huesos que son más frecuentemente afectados por esta condición son el cráneo, pelvis y raquis lumbar, pero se puede presentar también en huesos largos inferiores, cadera y rodilla.

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad de Paget dependen del estadio de la enfermedad y de los huesos que están implicados. En la mayor parte de los casos la enfermedad es asintomática sin embargo la sintomatología que se presenta es:

- Dolor óseo (puede ser intenso y persistente)*
- Rigidez o dolor articular*
- Dolor de cabeza*
- Calentamiento de la piel que cubre el hueso afectado*
- Fracturas*
- Dolor en el cuello*
- Pérdida de la audición*

En el caso de maxilar suele presentar aumento de volumen bilateral y en todas las direcciones, se afectan la superficie labial y bucal con más frecuencia que el paladar. El hueso con aumento de volumen está bien limitado y es simétrico, de consistencia dura, no dolorosa y recubierta por tejidos blandos. Cuando existen dientes naturales pueden estar desplazados en dirección lingual por el proceso expansivo central. A veces destacan prominencias óseas sobre la raíz de la misma forma que separación y movilidad de los dientes. "



Imagen 9. Obtenida del libro Patología oral y maxilofacial contemporánea.

▪ **ASPECTO RADIOGRÁFICO**

La enfermedad ósea de Paget de intensidad moderada suele reconocerse fácilmente cuando se localiza en los maxilares.¹⁵

- 1) *La radiografía antero posterior y lateral muestran que el maxilar afectado está hiperatrofiado de forma simétrica más que deformado en una zona concreta.*
- 2) *Las radiografías periapicales y oclusales muestran diversos patrones óseos características, entre los que se encuentran:*
 - *Aspecto de pelota de algodón que se caracteriza por zonas radiolúcidas de formas irregulares en el interior de las cuales hay opacidades en forma de placa de tamaño variable debido a que el hueso llega a estar más denso.*
 - *Estrías trabeculares en forma de bandas o de líneas grises.*
 - *Los dientes pueden estar separados e incluso desplazados de su lugar habitual en el arco dentario. Aunque el esmalte y la dentina de los dientes no están afectados, el cemento sí puede estarlo existiendo hiper cementosis sobre uno o varios dientes.*
 - *Pérdida de la lámina dura. Con excepción del inicio de la lesión.^{14,15}*
 - *Fundamentalmente se caracteriza por masas radiopacas múltiples, en los estadios incipientes uno o más focos de la enfermedad pueden presentar imágenes mixtas.*

- *Las imágenes radiolúcidas corresponden a zonas donde el hueso fue destruido y reemplazado por tejido conectivo mientras que las zonas radiopacas corresponden a zonas de intensa actividad ósea.*

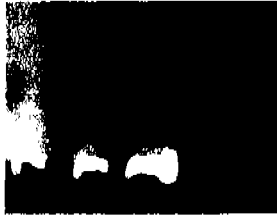


Imagen 10. Lesión mixta, zonas radiopacas en forma de placa con zonas radiolúcidas en forma de bandas. Obtenida del libro Patología oral y maxilofacial contemporánea.

- **PRONÓSTICO:** *Desfavorable*

- **TRATAMIENTO**

Muchos pacientes no requieren tratamiento por estar la enfermedad localizada y ser asintomática. El tratamiento con medicamentos está destinado a suprimir la descomposición de los huesos.

La enfermedad de Paget localizada no requiere tratamiento si no hay síntomas ni evidencia de enfermedad activa. De igual manera, se puede requerir la cirugía ortopédica para corregir una deformidad específica en los casos graves.¹³

- **DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES**

- *Displasia Cemento Periapical, Osteomielitis, Carcinoma Metastásico.*

➔ SARCOMA OSTEÓGENO

Neoplasia maligna más común del hueso, caracterizado por proliferación de osteoblastos atípicos, que forman tejidos osteoide y óseo sarcomatosos. En donde hay cantidades variables de tejidos duros y blandos. ^{5, 14, 20, 21}

▪ ETIOLOGÍA

Muchas patologías como la enfermedad de Paget predisponen al osteosarcoma. Algunas lesiones pueden originarse por mutación génica asociada al retinoblastoma que se debe a la delección génica en el cromosoma 13.

*Se desarrollan frecuentemente en huesos situados debajo del tejido blando que ha recibido radioterapia.*¹⁰

▪ EPIDEMIOLOGÍA

Afecta más a varones de 10 a 20 años, la mandíbula y el maxilar superior son los huesos preferidos en un 6 a 7% , la mandíbula es más común. ^{10, 20.}

▪ ASPECTO CLÍNICO

Masa indurada de crecimiento rápido con tumefacción de la mandíbula, dolor, trastornos sensitivos, limitación de la movilidad mandibular, desplazamiento o movilidad dental, sangrado, parestesias y deformación facial. ²⁰

Las lesiones de mandíbula y maxila suelen advertirse por primera vez como tumefacciones de consistencia ósea de la cortical bucal y lingual, con o sin dolor y a menudo asociadas con separación de dientes.

Las lesiones se presentan en forma de nódulos exofíticos duros sobre la encía adherida con el aspecto de Epulis de tejido blando.^{10,14}



Imágenes 11,12. Obtenida del libro Patología oral y maxilofacial contemporánea.

▪ ASPECTO RADIOGRÁFICO

- *Se evidencia con frecuencia rizólisis y afectación de la cortical ósea.*
- *Hay cantidades variables de tejidos duros y blandos, el grado de la radiopacidad varía no solo de una lesión a otra, sino en su período.^{5,10}*
- *Estrías irradiadas que parten de la cortical del hueso afectado dan una imagen radiopaca de rayos de sol que no aparece en todos los tumores.^{5,1}*
- *El espacio del ligamento periodontal se encuentra ensanchado.^{5,14}*



Imágenes 13, 14, 15. Lesión mixta, con zonas radiolúcidas debido al ensanchamiento del ligamento y estrías en el hueso presentes como zonas radiopacas. Obtenida del libro Patología oral y maxilofacial contemporánea.

▪ **PRONÓSTICO**

Su rapidez de crecimiento, agresividad y pobre respuesta a las radiaciones determina que la supervivencia alcance del 10 al 15%.^{5,4}

El pronóstico parece ser mejor en la mandíbula que en el resto del esqueleto.¹⁰

▪ **TRATAMIENTO:**

Resección quirúrgica y radioterapia.^{10,20}

▪ **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:**

Condrosarcoma.²⁰

➔ **CONDROSARCOMA**

Neoplasia maligna relativamente común, caracterizada por la formación aberrante de tejido cartilaginoso. El condrosarcoma de mandíbula es raro y puede comprometer cualquier área de esta. Esta lesión se clasifica como primario o secundario, cuando se eleva de un tumor cartilaginoso benigno preexistente. ²⁰

▪ **ETIOLOGÍA**

Las lesiones pueden ser condrosarcomas primario originándose directamente a partir de células óseas como neoplasias malignas o condrosarcomas secundarias que proceden de una lesión cartilaginosa benigna preexistente tal como el condroma u osteocondroma.

▪ **EPIDEMIOLOGÍA**

Es más común en los hombres que en mujeres de entre los 30 y 60 años de edad. Se encuentra principalmente en las costillas, pelvis, fémur, hombros y mandíbula. ^{20, 21}

▪ **ASPECTO CLÍNICO**

Puede presentarse como una lesión expansiva o tumoración dolorosa grande que causa una extensa destrucción ósea con pérdida de órganos dentarios y, ocasionalmente, como un gránulo eritematoso y lobulado o una masa ulcerada en la mucosa oral. ²⁰

El tumor se produce como un foco aislado, crece con rapidez y concomitantemente puede haber síntomas neurológicos y migración o aflojamiento de dientes.⁹



Imagen 16. Obtenida del libro Patología oral y maxilofacial contemporánea.

▪ ASPECTO RADIOGRÁFICO

Por lo general se ve como lesión radiopaca, pero puede aparecer como imagen mixta.

Varia la cantidad de material calcificado por lo tanto el grado de radiopacidad varía en diferentes tumores y diferentes épocas del mismo tumor.^{9,10}

▪ PRONÓSTICO

En los maxilares es peor que el de lesiones que aparecen en otras regiones.¹⁰

▪ TRATAMIENTO

Extirpación quirúrgica amplia. La extensión del margen quirúrgico depende del tamaño y el grado de la lesión. Radioterapia.^{10,20}

▪ DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Osteosarcoma, Condroma, Granuloma gigante periférico.²⁰

► **OSTEORRADIONECCROSIS**

La radiación se utiliza como tratamiento primario de algunos tumores bucales malignos. Asimismo sirve como terapia paliativa en tumores bucales malignos inoperables, en dosis suficientes como para atacar a las lesiones malignas produce efectos deletéreos en los maxilares. Las dosis elevadas destruyen las células del hueso, médula ósea y disminuye la resistencia de los maxilares a la infección y agresiones por muchos años.



Imagen 17. Obtenida del libro Patología oral y maxilofacial contemporánea.

▪ **ETIOLOGÍA**

Secundaria a la terapia de radiación, que provoca lesión de los osteocitos.⁵

▪ **ASPECTO RADIOGRÁFICO**

En los maxilares irradiados estos presentan un estadio inicial de radiopacidad que al poco tiempo incluye zonas radiolúcidas, acompañadas por sequestros y a veces por dolor. Pueden ser localizadas o dispersas. Cuando en la zona están presentes todos los dientes es frecuente ver la destrucción ósea y sequestros, por lo que los dientes se deben extraer.⁵

La osteoradionecrosis de los maxilares se caracteriza por la presencia de imágenes radiolúcidas y radiopacas que no tienen dificultad diagnóstica debido a la historia clínica de terapia radiante⁵

► **LESIONES RARAS**

Algunas lesiones raras tienen aspecto mixto. Una de ellas es el:

◆ **TUMOR ODONTÓGENO EPITELIAL CALCIFICANTE**

Neoplasia benigna rara pero localmente agresiva, poco frecuente. Fue introducido por Pindborg en 1955. Ha sido identificado con otros nombres como: Ameloblastoma calcificante, Odontoma maligno y Odontoma quístico. ^{10, 14, 23, 24, 25, 26}

▪ **ETIOLOGÍA**

De origen no determinado, se admite que deriva de los elementos epiteliales del órgano del esmalte, hay controversias ya que se pueden originar a partir del epitelio externo o del estrato intermedio del órgano del esmalte.

^{23, 25}

Se asocia a dientes retenidos o impactados, a lesiones periféricas en gingiva anterior ya que algunos autores dicen que puede derivarse de remanentes de la lámina basal o a partir del estrato basal del epitelio gingival. ^{5, 23, 25, 26}

▪ **EPIDEMIOLOGÍA**

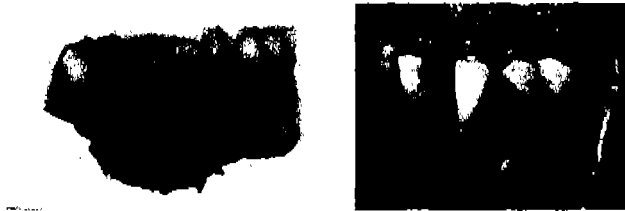
Bhaskar nos dice que se produce en sin predilección por algún sexo, es más común en la 3ª década de la vida. ^{5, 10, 14}

Otros autores dicen que puede ocurrir a cualquier edad, aunque la edad media es de 40 años para formas centrales y 31 para formas periféricas. ²³

Afecta dos veces más a la mandíbula que a la maxila, prefiriendo a la región premolar, molar y rama ascendente. ^{5, 14, 24, 25}

▪ **ASPECTO CLÍNICO**

Suele manifestarse como una masa de crecimiento progresivo, expansivo e infiltrativo, localmente agresivo e indoloro, puede ser intraósea o extraósea. Se puede acompañar de dolor, obstrucción nasal, epistaxis. ^{10, 25, 24, 25, 26}



Imágenes 18, 19. Obtenidas del artículo Tumor de Pindborg (Tumor odontogénico epitelial calcificante).

▪ **ASPECTO RADIOGRÁFICO**

Lesión mixta que puede presentar distintas características, puesto que atraviesa por 3 fases evolutivas:

1ª La lesión es totalmente radiolúcida, asemejando a un quiste dentígero.

2º Aparecen pequeñas calcificaciones intratumorales radiopacas; está es la imagen más característica, si bien nunca patognomónica.

3º El tumor presenta una imagen mixta en forma de panal de abejas causada por la destrucción ósea y la clasificación tumoral. ^{25, 26}



Imagen 20. Lesión mixta, con zonas parcialmente radiolúcidas y zonas parcialmente radiopacas por la destrucción ósea. Obtenida de los artículos Tumor de Pindborg (TOEC) y Tumor odontogénico epitelial Calcificante (tumor de Pindborg).

▪ **TRATAMIENTO**

Enucléación, Resección en bloque. ^{10, 24, 25, 26}

▪ **PRONÓSTICO**

Favorable. ^{24, 25}

▪ **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Ameloblastoma, fibroma ameloblástico, fibroma cemento- osificante, tumor odontogénico adenomatoide, granuloma de células gigantes. ^{14, 24, 25, 26}

➤ **QUISTE ODONTOGÉNICO CALCIFICANTE O DE GORLIN** **(Ameloblastoma queratinizante y Calcificante)**

Entidad patológica que tiene ciertas características de un quiste pero también posee las características de una neoplasia sólida, su transformación maligna está bien documentada.¹⁴

▪ **ETIOLOGÍA**

Lesión poco frecuente que se origina a partir de remanentes epiteliales derivados del proceso de odontogénesis. Generalmente se presenta como una lesión quística bien delimitada rodeada por un epitelio, con características poco invasivas, siendo considerada por éste motivo como una lesión benigna. También se ha encontrado como variedad no quística con un comportamiento localmente agresivo e infiltrando tejidos, siendo considerado en estos casos una neoplasia.¹⁴

▪ **EPIDEMIOLOGÍA**

En adultos jóvenes entre la 3ª y 4ª década de la vida, sin predilección por algún sexo.

▪ **ASPECTO CLÍNICO**

Crecimiento muy lento y limitado. Comportamiento benigno. Su diagnóstico se hace por lo general, sobre la base del análisis del tejido.¹

Se manifiesta normalmente como una tumefacción de crecimiento lento, habitualmente indolora, afectando por igual a maxilar superior y a mandíbula, con predilección por el segmento anterior (área incisivo-canina). "

▪ **ASPECTO RADIOGRÁFICO**

Lesión mixta, con área radiolúcida bien definida, uni o multilocular, que contiene en su interior cantidades variables de un material radiopaco, pudiendo asociarse con dientes no erupcionados entre un 10 y un 32% de los casos. No es frecuente la reabsorción radicular. "

▪ **PRONÓSTICO**

Favorable, con altas tasas de éxito y una mínima recidiva, cuando se ha realizado una correcta técnica quirúrgica.

▪ **TRATAMIENTO**

Siempre quirúrgico, consistiendo en la eliminación total de la lesión.

▪ **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Tumor odontogénico adenomatoide

- Ameloblastoma odontoma complejo,

-Fibro- odontoma ameloblástico. "

◆ **FIBROMA OSIFICANTE CENTRAL**

Tumor o neoplasia benigna no odontogénico de los maxilares del tejido conectivo de origen mesodérmico y que contienen diferentes cantidades de sustancia mineralizada que se parece al hueso y/o cemento, considerada como una lesión Fibro- ósea. Descrito por Menzel en 1872. ^{11, 14, 19, 27, 28, 29, 31, 33, 33, 34}

▪ **ETIOLOGÍA**

Se asocia a un traumatismo previo en la zona, periodontitis o la realización de una exodoncia, como posibles factores responsables. ^{27, 28, 30, 31}

▪ **EPIDEMIOLOGÍA**

Afecta con mayor frecuencia a la 3ª y 4ª década de la vida. Predilección por el sexo femenino. Generalmente se localiza en mandíbula, región molar- premolar. Se puede localizar en huesos temporales, frontal, esfenoides, etmoides y órbita. ^{14, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36}

▪ **ASPECTO CLÍNICO**

Se presenta como un agrandamiento indoloro, con expansión de corticales, consistencia dura a la palpación, puede desplazar los dientes, tumefacción moderada e incluso asimetría facial. ^{5, 11, 14, 20, 30, 35, 36}



Imagen 21. Obtenida del artículo Fibroma odontogénico cementificante y osificante central asociado a dientes retenidos. .

▪ **ASPECTO RADIOGRÁFICO**

Generalmente es una lesión mixta bien delimitada de forma unilocular aunque se encuentran patrones multiloculares. 5, 14, 20, 25, 27, 28

Lesión bien circunscrita que aparece al inicio como una imagen radiolúcida para transformarse paulatina y gradualmente en una lesión mixta, alcanzando un aspecto radiopaco, así como lesiones radiolúcidas bien definidas con o sin borde esclerótico, se asocian a expansión de corticales. 5, 11, 14, 21, 27, 33, 35, 36, 37



Imagen 22. Lesión mixta con zonas parcialmente radiopacas y parcialmente radiolúcidas por la expansión de corticales. Obtenida del artículo Fibroma odontogénico cementificante y Osificante central asociado a dientes retenidos.

▪ **PRONÓSTICO:** *Favorable y la recurrencia es muy rara.* 10, 14, 25, 26, 37

▪ **TRATAMIENTO**

Extirpación quirúrgica de la lesión por medio de enucleación o curetaje de la misma. 11, 15, 20, 29, 30, 31, 34, 35, 39

▪ **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Displasia fibrosa, displasia óseo cementaria, displasia focal periapical y florida, osteoma osteoide, osteoblastoma u osteomielitis crónica esclerosante. 14, 21, 30, 35, 36, 37, 38, 39

➤ ODONTOMA

Neoplasia benigna de origen odontogénico mixto, donde ocurre un crecimiento, en el cual las células epiteliales y mesenquimales, proliferan y sufren un estado anormal de morfodiferenciación, con el resultado de que los ameloblastos y odontoblastos funcionales forman esmalte, dentina, cemento y pulpa. ^{18, 34, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49}

▪ ETIOLOGÍA

Desconocida sin embargo se asocia a traumatismo, procesos infecciosos, anomalías hereditarias o hiperactividad odontoblástica. ^{40, 41, 47}

Hitchin sugirió que los odontomas se heredan o son causados por un gen mutante o por una interferencia, posiblemente postnatal, con el control genético del desarrollo dental. ⁴¹

Se desconoce pero se asocia a:

- *Idiopática*
- *Alteraciones en la odontogénesis: Se clasifican en anomalías del número (de dientes), del tamaño, de la forma, de la estructura, del color y de la erupción.*

▪ CLASIFICACIÓN DE ODONTOMA

A través del tiempo varios autores han aportado algunas clasificaciones de las cuales mencionamos a:

- *BHASKAR los clasifica en: Odontoma Compuesto, Complejo y Quísticos.*
- *TIECKE que los clasifica en: Odontoma ameloblástico, Compuesto y Complejo.*
- *Según OMS se clasifican en: Odontoma Compuesto y Complejo.* ⁴⁰

En la revisión de la literatura también encontramos que los odontomas se clasifican clínicamente y se reconocen 3 tipos:

- Odontoma central intraóseo: Se ubica en la parte anterior del maxilar superior que corresponde a los odontomas compuestos y los complejos en la región mandibular en zona de molares.*
- Odontoma periférico extraóseo o de tejidos blandos: Son lesiones que tienen una constitución histológica similar a los odontomas centrales pero se localizan o aparecen en tejidos blandos del maxilar o la mandíbula.*
- Odontoma erupcionado: Cuando un odontoma intraóseo se localiza coronalmente a un diente erupcionado o impactado, o superficialmente en el hueso, puede que esta situación facilite su erupción hacia la cavidad oral. ^{43, 46, 49}*

► ODONTOMA COMPUESTO

Es una excrescencia formada de múltiples dientes o denticulos, que llegan a sumar docenas. Los denticulos suelen ser réplicas pequeñas de los dientes con los tejidos dentarios bien organizados. ^{15, 16, 35, 47, 48}

▪ EPIDEMIOLOGÍA

Se descubre en la 2ª década de la vida generalmente por falta de un órgano dentario o por un hallazgo radiográfico de rutina. ^{15, 35, 44}

Ligera predilección por el sexo masculino. Se encuentra con más frecuencia en la parte anterior del maxilar superior o región de incisivos y caninos. ¹⁴

^{15, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50}

▪ ASPECTO CLÍNICO

Por lo regular es pequeño, excede solo en ocasiones el diámetro de la masa de un diente, de crecimiento lento y expansivo, puede expandir el hueso y deformar los contornos faciales, asintomáticos aunque pueden aparecer signos y síntomas relacionados a su presencia como: dientes impactados, dientes deciduos retenidos, inflamación e infección. ^{34, 44, 46, 50, 51, 52}

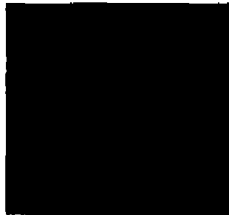


Imagen 23. Obtenida del artículo Tumores de dientes múltiples.

▪ ASPECTO RADIOGRÁFICO

Imagen mixta con múltiples radiopacidades y una configuración similar a dientes, rodeados por un halo radiolúcido, límite bien definido. ^{34, 40, 41, 43, 44, 50, 51}

A menudo se encuentran entre las raíces de los dientes y aparecen como una masa irregular de material calcificado, rodeados de una banda radiolúcida angosta con una periferia externa lisa o como diversas estructuras parecidas a dientes. Se pueden observar espacios radiolúcidos entre los cuerpos dentiformes con un borde esclerótico lo que indica que hay una cápsula fibrosa. ^{34, 43}



Imagen 24. Lesión mixta con radiopacidades múltiples similares a dientes, rodeados por un halo Radiolúcido.

▪ ASPECTO CLÍNICO

Por lo regular es pequeño, excede solo en ocasiones el diámetro de la masa de un diente, de crecimiento lento y expansivo, puede expandir el hueso y deformar los contornos faciales, asintomáticos aunque pueden aparecer signos y síntomas relacionados a su presencia como: dientes impactados, dientes deciduos retenidos, inflamación e infección. ^{34, 44, 49, 50, 56, 57}

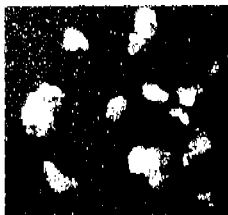


Imagen 23. Obtenida del artículo Tumores de dientes múltiples.

▪ ASPECTO RADIOGRÁFICO

Imagen mixta con múltiples radiopacidades y una configuración similar a dientes, rodeados por un halo radiolúcido, límite bien definido. ^{34, 40, 41, 46, 49, 50, 57}

A menudo se encuentran entre las raíces de los dientes y aparecen como una masa irregular de material calcificado, rodeados de una banda radiolúcida angosta con una periferia externa lisa o como diversas estructuras parecidas a dientes. Se pueden observar espacios radiolúcidos entre los cuerpos dentiformes con un borde esclerótico lo que indica que hay una cápsula fibrosa. ^{34, 47}



Imagen 24. Lesión mixta con radiopacidades múltiples similares a dientes, rodeados por un halo Radiolúcido.

▪ **PRONÓSTICO**

Excelente, generalmente sin recidivas, aunque estas pueden presentarse cuando la exéresis de la lesión coincide con la etapa de tejido no calcificado de la lesión. ^{44, 45, 46, 50}

▪ **TRATAMIENTO**

Enucleación quirúrgica conservadora, tratando de conservar el diente permanente en lo más posible. ^{44, 45, 46, 50}

◆ **ODONTOMA COMPLEJO**

Lesión en forma de masa que contiene una mezcla de los diversos tipos de tejidos dentarios (esmalte, dentina, pulpa, cemento), los cuales se encuentran de manera desordenada, rodeados por una cápsula de tejido fibroso. ^{13, 14, 35, 44, 45, 46, 47, 48, 50}

La masa normal del odontoma puede ser equivalente o exceder la de un diente normal e incluso mostrarse como una masa completamente amorfa. ⁵⁰

▪ **EPIDEMIOLOGÍA**

Se presenta con más frecuencia en la segunda década de la vida. Con predilección por el sexo masculino. Tiende a afectar más la región postero inferior de la mandíbula o área de 2os y 3os molares. ^{44, 45, 46, 48, 47, 48}

▪ **ASPECTO CLÍNICO**

Masa sólida que crece de forma indolora, lenta, con expansión de corticales. El tamaño varía considerablemente y puede deformar los contornos normales del maxilar e infectarse. ^{14, 35}



Imagen 25. Masa sólida que corresponde a un odontoma complejo

▪ **ASPECTO RADIOGRÁFICO**

Lesión mixta, de forma difusa y amorfa radiopaca única bien limitada, rodeada por una banda radiolúcida que corresponde con la cápsula de tejido conjuntivo la cual contiene en su interior cantidades variables de un material radiopaco. ^{15, 14, 40, 34}

Aparece como una masa amorfa y solitaria de material calcificado. No contiene estructuras de aspecto dentario, bien delimitada. ^{35, 43, 43, 44, 31}



Imagen 26. Lesión mixta, zona radiopaca amorfa bien limitada, rodeada por una banda radiolúcida.

▪ **ASPECTO CLÍNICO**

Masa sólida que crece de forma indolora, lenta, con expansión de corticales. El tamaño varía considerablemente y puede deformar los contornos normales del maxilar e infectarse. ^{36,37}



Imagen 25. Masa sólida que corresponde a un odontoma complejo

▪ **ASPECTO RADIOGRÁFICO**

Lesión mixta, de forma difusa y amorfa radiopaca única bien limitada, rodeada por una banda radiolúcida que corresponde con la cápsula de tejido conjuntivo la cual contiene en su interior cantidades variables de un material radiopaco. ^{38,39,40,34}

Aparece como una masa amorfa y solitaria de material calcificado. No contiene estructuras de aspecto dentario, bien delimitada. ^{35,42,43,44,31}



Imagen 26. Lesión mixta, zona radiopaca amorfa bien limitada, rodeada por una banda radiolúcida.

▪ **PRONÓSTICO**

Excelente, no se conocen recidivas, pero si ocurren es cuando la exéresis de la lesión coincide con la etapa de tejido no calcificado. ^{41, 43, 55, 56, 59}

▪ **TRATAMIENTO**

Enucleación quirúrgica conservadora. ^{41, 42, 43, 55}

▪ **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Lesiones cementarias, Fibro-odontoma ameloblástico

➤ **ODONTOMA QUISTICO**

Los odontomas compuestos y complejos son lesiones de crecimiento lento y radiopacas. En casos raros uno de ellos se transforma en quiste. En estas circunstancias, el odontoma compuesto que tiene múltiples estructuras dentiformes está rodeado de una zona radiolúcida y se denomina odontoma compuesto quístico.

Pero si un odontoma complejo que es una masa conglomerada de tejidos radiopacos se convierte en un quiste y va acompañado de radiolucidez, se denomina odontoma complejo quístico.

Cuando los odontomas están cerca de la cresta alveolar, algunos sufren inflamación secundaria y la osteitis resultante destruye el hueso, como consecuencia, aparece una imagen radiolúcida en esas lesiones.

Hay que diferenciar estos casos de los odontomas quísticos por la presencia de dolor o exudado purulento y es preciso eliminarlos rápidamente. ^{5, 56}



Imagen 27. Obtenida del artículo Tumores de dientes múltiples. Referencia 40.

◆ **ODONTOMA AMELOBLÁSTICO**

Neoplasia odontógena rara caracterizada por la presencia simultánea de un ameloblastoma y un odontoma compuesto. ^{5, 14, 34, 50, 57, 58}

▪ **ETIOLOGÍA**

Probablemente representa el estadio de inducción en el cual la dentina, actuando sobre los ameloblastos ha inducido la formación de esmalte. ⁵

▪ **EPIDEMIOLOGÍA**

Se puede presentar a cualquier edad. Afecta con más frecuencia a niños y adultos jóvenes. Puede aparecer en ambos maxilares, aunque hay una ligera predilección por el maxilar superior en zona premolar - molar. ^{5, 10, 14}

⁵⁷

▪ **ASPECTO CLÍNICO**

Es de crecimiento lento, muchas veces está asociado a tumefacción del proceso alveolar, produce una considerable deformidad o asimetría facial si no se trata. ^{12, 27}

Lesión central que destruye hueso. Puede haber dolor leve, así como erupción retardada de los dientes. ²⁴

▪ **ASPECTO RADIOGRÁFICO**

La destrucción central del hueso con expansión de corticales es extensa. Su aspecto característico es la presencia dentro de la lesión de numerosas masas radiopacas, las cuales pueden o no guardar semejanza con los dientes formados en miniatura. O puede verse como una masa radiopaca irregular de tejido calcificado. Es muy idéntico al odontoma compuesto. Puede observarse divergencia o reabsorción radicular. ^{5, 12, 24}

▪ **TRATAMIENTO:**

Enucleación ^{12, 46, 28}

▪ **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:**

Fibro-odontoma ameloblástico, Tumor odontógeno adenomatoide, Tumor odontogénico epitelial Calcificante. ^{12, 28}

➤ **LESIONES MIXTAS POR ASOCIACIÓN DE IMÁGENES
RADIOLÚCIDAS Y RADIOPACAS**

◆ **RETENCIÓN DENTAL**

Un Diente Retenido es aquel que se encuentra dentro de los maxilares, su tiempo de erupción ha terminado y mantiene integro su saco pericoronario.³⁹

▪ **ETIOLOGÍA**

- *Discrepancias entre el arco maxilar y el tamaño de los dientes.*
- *Patrón de erupción anormal. Mal posición de gérmenes dentarios.*
- *Presencia de dientes supernumerarios.³⁴*
- *Pérdida prematura de dientes temporales, retención prolongada o anquilosis de estos.*
- *Antecedentes de trauma maxilar.*
- *Presencia de fisuras congénitas.*
- *Quistes y tumores odontogénicos.³⁴*
- *Cambio de hábitos alimenticios.^{30, 60}*

▪ **ASPECTO CLÍNICO**

Debemos analizar cuidadosamente la oclusión, la erupción del diente contralateral y la erupción del antagonista, si existe apiñamiento y malposiciones dentarias. Observar y palpar la zona del diente retenido o incluído, permite reconocer la presencia de inflamación o infección así como otro tipo de manifestaciones clínicas.

Se puede observar vestibularización o lingualización de dientes adyacentes al diente retenido. Cuando el diente temporal no se reabsorbe en el tiempo esperado se debe sospechar un trastorno en la erupción del diente permanente.⁶¹



Imagen 28. Retención dental.

▪ ASPECTO RADIOGRÁFICO

En la valoración radiográfica de dientes retenidos, incluidos o impactados en el maxilar inferior se debe analizar:

- La inclinación del diente comparada con la línea media y con el eje axial del diente erupcionado adyacente.*
- La longitud, forma, dirección y número de raíces.*
- Grado de calcificación radicular.*
- La forma y tamaño de la corona.*
- El espacio del ligamento periodontal.*
- La posibilidad de anquilosis.*
- Reabsorción de dientes contiguos.*
- La relación con la rama ascendente de la mandíbula.*
- El espacio entre la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama, comparando este espacio con el ancho mesiodistal del tercer molar.*

- *La relación de las raíces del tercer molar con el conducto dentario inferior y la integridad de sus corticales.* ³⁹
- *La proximidad del seno maxilar. Este puede estar en relación con los ápices del tercer molar e incluso con el ápice de caninos o supernumerarios incluidos.*
- *La proximidad de las fosas pterigo maxilar e infratemporal y de la fosa nasal.*
- *La espina nasal anterior e incluso el reborde y el agujero infraorbitarios.*

^{39, 62, 63}

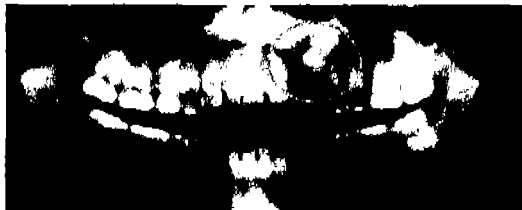


Imagen 29. Lesion mixta por asociacion de imágenes. zona radiopaca por la presencia de un diente retenido con una banda radiolúcida que rodea la corona del diente.

▪ **PRONÓSTICO:**

Favorable

▪ **TRATAMIENTO:**

Exodoncia Quirúrgica ^{39, 62, 63}

▪ **DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES:**

Dientes Supernumerarios o Mesiodens. ³⁴

➔ **QUISTE DENTÍGERO**

También llamados quistes foliculares, son quistes odontogénicos de malformación y origen epitelial, según la clasificación de los tumores realizada por la Organización Mundial de la Salud - OMS (Graydon, 1996). El Quiste Dentígero es el más común después del quiste radicular. Siempre está asociado con la corona de un diente en desarrollo, no erupcionado o incluido (permanente o primario).^{14, 65}

▪ **ETIOLOGÍA**

Existen hasta la actualidad varias teorías que tratan de explicar el origen de los QD, aunque no se logre una comprensión completa y uniforme en cuanto a su mecanismo de producción. Aún cuando estas teorías no fueron propuestas recientemente, en la actualidad mantienen su vigencia y son consideradas las de mayor importancia.

La teoría más conocida según Malassez entre 1885-1887, plantea que el QD se origina después que la corona del diente se ha formado por completo, mediante la acumulación de líquido entre el epitelio reducido del órgano del esmalte y la corona del diente subyacente ya formado.

Mientras que Gillette y Weifmann en 1958 y Bloch-Jorgensen en 1928, hablaron sobre el origen extrafolicular del QD, el cual sugiere que se origina de quistes periapicales en dientes primarios que van creciendo y englobando al germen del diente permanente. Aún cuando estas sugerencias son posibilidades teóricas, no existe suficiente evidencia para soportarlas. Una tercera teoría propuesta en 1941 por Thoma sugiere que algunos QD pueden comenzar su formación por degeneración del retículo estrellado durante la aposición del esmalte (Killey y cols., 1979).⁶⁶

▪ **EPIDEMIOLOGÍA**

*Se presenta más comúnmente en pacientes de sexo masculino, en la segunda y tercera décadas de la vida, en un 70 a 75 % en el maxilar inferior.*⁶⁴

Aparece, según orden de frecuencia, asociado a los terceros molares inferiores, seguido por los caninos superiores. (Morales y cols., 1994).^{12, 66}

▪ **ASPECTO CLÍNICO**

Los síntomas en el QD son escasos y rara vez alcanza grandes proporciones, cuando esto sucede se detecta clínicamente, ya que produce expansión ósea y asimetría facial, debido a la excesiva presión interna de la lesión, lo que predispone a la producción de fracturas patológicas por erosión del hueso cortical, sin embargo, en la mayoría de los casos es detectado como un hallazgo radiográfico (Regezi y Sciubba, 1995).^{65, 66, 67, 68}

▪ **ASPECTO RADIOGRÁFICO**

Un Quiste Dentígero revelará una lesión radiolúcida bien definida, con cortical, alrededor de la corona de un diente no erupcionado. Las lesiones pequeñas de menos de 2,0cm. de diámetro son uniloculares. Sin embargo, si no son detectadas tempranamente, la lesión puede crecer y se vuelve un quiste dentígero grande y multilocular, lo que hace posible la confusión con otras lesiones más agresivas, como por ejemplo el ameloblastoma. A veces se observa una radiolucidez pericoronaria incipiente que confunde entre un quiste dentígero pequeño y un folículo o espacio folicular dental ligeramente dilatado. Para esto, Maroo en 1991 señala que estos quistes inicialmente se presentan como una radiolucencia unilocular pericoronaria, cuyo ancho excede de 2,5 mm.

*Sin embargo, se establece que hay que realizar un control radiográfico, para seguir la evolución del diente y determinar si se trata de una lesión o simplemente de la dilatación del folículo dentario en la fase pre-eruptiva.*¹⁴

56, 66, 69, 70



Imagen 30. Lesión mixta por asociación de imágenes. Zona radiolúcida bien definida rodeando una zona radiopaca por la presencia de un diente retenido.

▪ PRONÓSTICO

Cuando se trata de lesiones pequeñas, el pronóstico es bueno ya que se elimina quirúrgicamente sin dificultad y en su mayoría no hay recidiva.

Si las lesiones son grandes, el pronóstico es reservado ya que conllevan una gran pérdida ósea y adelgazan peligrosamente al hueso, existiendo el riesgo de producir fractura patológica del maxilar comprometido. También es importante destacar que los quistes odontogénicos tienen que ser considerados una posible fuente de enfermedades metastásicas.^{64, 66, 69}

▪ TRATAMIENTO

Las lesiones uniloculares pequeñas se eliminan a través de la osteotomía, extracción del diente impactado y remoción de la lesión. En las lesiones grandes puede ser necesaria una cirugía extensa donde incluso puede haber resección de la mandíbula (Shafer y cols., 1986).

Hay dos procedimientos quirúrgicos que se emplean para eliminar estos quistes, marsupialización y enucleación. ^{12, 34, 65, 66, 68}

La marsupialización es un procedimiento indicado en aquellos casos donde se presentan QD de gran tamaño, que involucran una seria pérdida ósea y que adelgazan peligrosamente el hueso; es muy utilizado sobretudo en niños, en los casos que se pueda guiar la erupción del diente impactado hasta llevarlo a una posición normal (Laskin, 1987). ^{65, 67, 68}

Con relación a la enucleación, siempre que sea posible se prefiere este procedimiento, porque pueden existir transformaciones ameloblásticas o carcinomatosas asociadas a la pared del QD, lo cual hace necesario enuclear el quiste y someterlo a un estudio histopatológico, de esta manera se hace una escisión total del tejido patológico, disminuyendo posibilidades de recurrencia y de transformaciones desfavorables (Laskin, 1987). ^{65, 69, 70}

Durante el servicio social realizado en el Área de Cirugía Bucal en la Clínica Zaragoza captamos cuatro pacientes con patologías diversas, de acuerdo con la clasificación de imágenes radiográficas dos de los casos clínicos presentan imágenes parcialmente radiolúcidas ó parcialmente radiopacas por lo que pertenecen al grupo de lesiones mixtas; los otros dos casos son lesiones mixtas por asociación de imágenes radiolúcidas y radiopacas.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS

© CASO CLINICO 1:

FICHA CLÍNICA

- ✦ **NOMBRE:** Q. R. P. E.
- ✦ **EDAD:** 45 años
- ✦ **ESTADO CIVIL:** Casada
- ✦ **ESCOLARIDAD:** Preparatoria
- ✦ **LUGAR DE NACIMIENTO:** Distrito Federal
- ✦ **EXPEDIENTE:** 2219
- ✦ **SEXO:** Femenino
- ✦ **RELIGIÓN:** Católica
- ✦ **OCUPACIÓN:** Ama de casa
- ✦ **LUGAR DE RESIDENCIA:** Netzahualcóyotl

✦ ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Al interrogatorio la paciente no refirió ningún dato de importancia.

✦ ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Paciente que cuenta con casa propia la cuál tiene todos los servicios intradomiciliarios. La paciente refiere realizar 3 comidas al día en las que incluye por lo menos 3 grupos de alimentos. Higiene personal adecuada, realizando baño diario con cambio de ropa así como una higiene bucal adecuada.

✦ ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

La paciente refiere no acordarse de que enfermedades padeció durante su infancia sin embargo cree que enfermó de varicela sin recordar a que edad.

✦ ESTADO GENERAL DE SALUD

Paciente Femenino de 45 años de edad, se presenta a la clínica multidisciplinaria Zaragoza y es canalizada al área de cirugía bucal para el diagnóstico y tratamiento de una lesión ósea del lado derecho mandibular.

Paciente bien ubicada en tiempo y espacio. Al interrogatorio la paciente refirió padecer Gastritis no controlada.

A nivel bucal presenta obturación con amalgama en 16, 26, 27 y 37, ausencia del 36. . Y posible Granuloma de Células Gigantes.

✦ EXÁMENES DE GABINETE Y LABORATORIO

QUÍMICA	RESULTADO	REFERENCIA
SANGÜÍNEA		
GLUCOSA	99	70-110
UREA	24	10-50
CREATININA	.82	.50-1.20
ACIDO URICO	5.0	2.40-5.70

<i>BIOMETRÍA HEMÁTICA</i>	<i>RESULTADO</i>	<i>REFERENCIA</i>
<i>ERITROCITOS</i>	<i>4.76</i>	<i>4.5-5.9</i>
<i>HEMOGLOBINA</i>	<i>14.2</i>	<i>12-16</i>
<i>HEMATOCRITO</i>	<i>44</i>	<i>38-47</i>
<i>VCM</i>	<i>92</i>	<i>82-98</i>
<i>CMH</i>	<i>30</i>	<i>27-32</i>
<i>MCHC</i>	<i>32</i>	<i>32-36</i>
<i>PLAQUETAS</i>	<i>211000</i>	<i>15-40</i>
<i>LEUCOCITOS</i>	<i>5.8</i>	<i>5-10</i>
<i>NEUTROFILOS</i>	<i>66</i>	<i>40-70</i>
<i>EOSINOFILOS</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
<i>LINFOCITOS</i>	<i>31</i>	<i>20-40</i>
<i>MONOCITOS</i>	<i>2</i>	<i>0-8</i>

<i>TIEMPOS HEMORRAGÍPAROS</i>	<i>RESULTADOS</i>	<i>REFERENCIA</i>
<i>TS</i>	<i>1' 15''</i>	<i>1-3 min.</i>
<i>TC</i>	<i>5' 2''</i>	<i>4-8 min.</i>
<i>TP</i>	<i>12 seg</i>	<i>10-14 seg.</i>
<i>TPT</i>	<i>30 seg</i>	<i>38-48 seg.</i>

✦ **LABORATORIO:**

BIOMETRÍA HEMÁTICA, QUÍMICA SANGUÍNEA, PRUEBAS HEMORRAGÍPARAS: Resultados con valores dentro de los parámetros normales.

✦ **EXÁMEN RADIOGRÁFICO**

- **RX. PANORÁMICA**

Se observa una imagen mixta bien delimitada de forma oval unilocular con zonas radiolúcidas y radiopacas que abarca de la cara distal del canino a la cara distal del segundo premolar del lado izquierdo, expansión de la cortical ósea vestibular.



Fotografía 1. Radiografía panorámica del paciente. Imagen obtenida de los archivos de cirugía bucal y patología de la Clínica Zaragoza 2007.

- **RX. PERIAPICAL**

Imagen mixta con áreas radiolúcidas y radiopacas entre canino y primer premolar, con divergencia de raíces de los dientes 43 y 44.



Fotografía 2. Radiografía periapical del paciente. Imagen obtenida de los archivos de cirugía bucal y patología de la Clínica Zaragoza 2007.

✦ **DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:**

Granuloma de células gigantes, granuloma piógeno.

✦ **PRONÓSTICO**

Favorable ya que se han tomado todas las medidas necesarias para evitar complicaciones trans-operatorias y post-operatorias.

✦ **TRATAMIENTO:** *Remoción quirúrgica (Biopsia excisional).*

✦ **DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO:** *Fibroma Oscificante Central.*

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO 1

✦ **FASE PRE-OPERATORIA**

- *El paciente es remitido al área de Cirugía Bucal de la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza.*

- *Se le realiza su historia Clínica, se toman radiografías correspondientes (Panorámica y periapical).*



Fotografía 3. Radiografía panorámica del paciente. Imagen obtenida de los archivos de cirugía bucal y patología de la Clínica Zaragoza 2007.

- *Se le pide al paciente que se realice los estudios correspondientes (Biometría Hemática, Química Sanguínea, Tiempos de Coagulación y sangrado), que se encuentran en los niveles adecuados.*
- *Se realiza el diagnóstico y se planea el tratamiento oportuno para el paciente. Que consiste en una biopsia excisional para remover la patología.*

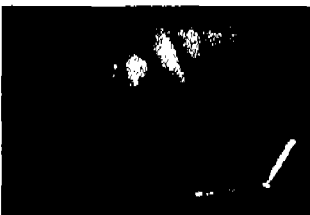
✦ FASE OPERATORIA

- *Llegado el día de la cirugía se prepara al paciente para la intervención, informando el procedimiento que se llevara a cabo.*
- *Se toman signos vitales (Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, tensión arterial y pulso).*
- *Se realiza asepsia y antisepsia del campo operatorio.*



Fotografía 4. Imagen intrabucal clínica del paciente. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2007.

- *Se anestesia el nervio dentario inferior y refuerzo en bucal.*
- *Se realiza una incisión tipo Newman.*
- *Se hace el levantamiento del colgajo.*



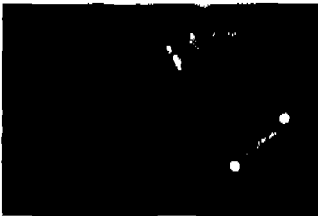
Fotografía 5. Imagen intrabucal del levantamiento del colgajo. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2007.

- *Se realiza la biopsia excisional con ayuda de cincel y martillo.*



Fotografía 6. Imagen intrabucal de la Biopsia Excisional. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2007.

- *Se hace la remoción de la lesión con pinzas de curación.*



Fotografía 7. Imagen intrabucal de la remoción de la lesión. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2007.

- *Se eliminan espículas óseas con una lima para hueso, se efectúa el lavado del lecho quirúrgico con solución salina.*

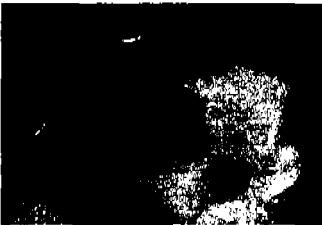


Fotografía 8. Imagen intrabucal de la limpieza del lecho quirúrgico. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2007.

- *Se reposiciona el colgajo y se sutura con puntos sueltos simples.*



Fotografía 9. Imagen intrabucal de la sutura. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2007.



Fotografía 10. Imagen de la patología. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2007.

✦ FASE POST- OPERATORIA - CUIDADOS POST-OPERATORIOS

El cirujano dentista debe cerciorarse que el paciente se recupere satisfactoriamente.

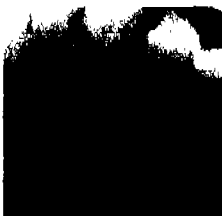
- Reposo: Mínimo 2 días, evitando esfuerzos físicos.*
- Dieta: Preferentemente blanda, evitar el consumo de grasas, carne de puerco, irritantes y alimentos condimentados.*
- Higiene oral: Los dientes deben de cepillarse con un cepillo de cerdas suaves sobre la zona quirúrgica. Se indican realizar enjuagues no bruscos.*
- Dolor: Se considera una respuesta normal frente al traumatismo inevitable de la cirugía, en la mayoría de los casos el dolor dura entre 12 y 24 horas, aunque se controla con la indicación de un analgésico y compresas frías en el sitio de la cirugía.*

- *Fisioterapia: Colocar compresas de agua fría cada 3 horas en el sitio de la cirugía por intervalos de 10 minutos durante las primeras 24 horas. Posteriormente colocar compresas calientes cada 3 horas en el sitio de la cirugía por intervalos de 10 minutos durante las siguientes 48 horas, esto ayudara a disminuir la inflamación.*
- *Medicamentos: Se indica un analgésico y antibiótico para evitar infecciones secundarias.*
- *A la semana de la intervención quirúrgica se cita al paciente para retirar los puntos de sutura.*



Fotografía 11. Imagen intrabucal post-operatoria del retro de los puntos de sutura. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2007.

- *Se toma un control radiográfico.*



Fotografía 12. Imagen intrabucal post-operatoria del control radiográfico. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2007.

© CASO CLÍNICO 2:

FICHA CLÍNICA

- ✦ **NOMBRE:** C. R. M. A.
- ✦ **EDAD:** 20 años.
- ✦ **ESTADO CIVIL:** Soltero
- ✦ **ESCOLARIDAD:** Bachillerato
- ✦ **LUGAR DE NACIMIENTO:** Distrito Federal
- ✦ **EXPEDIENTE:** 4245
- ✦ **SEXO:** Masculino
- ✦ **RELIGIÓN:** Católica
- ✦ **OCUPACIÓN:** Estudiante
- ✦ **LUGAR DE RESIDENCIA:** Distrito Federal

✦ **ANTECEDENTES HEREDITARIOS FAMILIARES**
Abuelo materno con hipertensión arterial controlada.

✦ **ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS**
Cuenta con vivienda propia en la que hay todos los servicios intradomiciliarios. Realiza 3 comidas al día procurando comer lo más sano posible. Su higiene personal es adecuada con baño diario y cambio de ropa. Presenta higiene oral buena. Y fuma entre 2 y 3 cigarrillos diarios.

✦ **ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**
Refiere haber padecido varicela a los 9 años sin complicaciones. Refiere ser alérgico a la penicilina.

✦ ESTADO GENERAL DE SALUD

Paciente masculino de 20 años de edad, se presenta a la clínica multidisciplinaria Zaragoza y es canalizado al área de cirugía bucal para la extracción de canino y terceros molares retenidos.

Paciente bien ubicado en tiempo y espacio. Al interrogatorio el paciente refiere ser alérgico a la penicilina.

A nivel bucal presenta obturación con amalgama en 14,15,16,17,24,25,26,27,34,35,36,37,44,45. Retención de Canino y Terceros molares.

✦ EXÁMENES DE GABINETE Y LABORATORIO

BIOMETRÍA HEMÁTICA	RESULTADO	REFERENCIA
<i>ERITROCITOS</i>	<i>6.0</i>	<i>4.7-6.0</i>
<i>HEMOGLOBINA</i>	<i>19.1</i>	<i>14-18</i>
<i>HEMATOCRITO</i>	<i>56</i>	<i>42-54</i>
<i>VCM</i>	<i>92</i>	<i>83-100</i>
<i>CMH</i>	<i>32</i>	<i>34-34.5</i>
<i>MCNC</i>	<i>34</i>	<i>28-32</i>
<i>PLAQUETAS</i>	<i>188</i>	<i>150-400</i>
<i>LEUCOCITOS</i>	<i>7.0</i>	<i>4.5-11.0</i>
<i>NEUTROFILOS</i>	<i>43</i>	<i>34-74</i>
<i>EOSINOFILOS</i>	<i>2</i>	<i>0-4</i>
<i>LINFOCITOS</i>	<i>46</i>	<i>21-48</i>
<i>MONOCITOS</i>	<i>8</i>	<i>0-8</i>

TIEMPOS HEMORRAGÍPAROS	RESULTADOS	REFERENCIA
TS	3 min.	1-3 min.
TC	4 min.	4-8 min.

✦ **LABORATORIO**

BIOMETRÍA HEMÁTICA: Los valores de hemoglobina y hematocrito se encontraron ligeramente aumentados. El recuento de eritrocitos se encontró dentro del límite máximo. Sin embargo esto no impidió la realización del acto quirúrgico.

PRUEBAS HEMORRAGÍPARAS: Resultados con valores dentro de los parámetros normales.

✦ **EXÁMEN RADIOGRÁFICO**

- **RX. PANORÁMICA**

Se observa retención de los órganos dentarios 18, 28, 38. Además podemos apreciar retención del órgano dentario 47 y 48 encontrando una imagen radiolúcida alrededor de la corona del diente 47. También presenta retención del diente 13.



Fotografía 13. Imagen intrabucal post-operatoria del control radiográfico. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2007.

✦ **DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:** Quiste dentigero.

✦ **PRONÓSTICO:** Favorable.

✦ **TRATAMIENTO**

Extracción quirúrgica del 48, 47 así como enucleación del quiste, finalmente trasplante del 48 en alveolo del 47.

✦ **DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO:** Quiste Dentigero

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO 2

✦ **FASE PRE-OPERATORIA**

- El paciente es remitido al área de Cirugía Bucal de la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza.
- Se le realiza su historia Clínica, se toman radiografías correspondientes (Panorámica y periapical).



Fotografía 14. Radiografía panorámica del paciente. Imagen obtenida de los archivos de cirugía bucal y patología de la Clínica Zaragoza 2008.

- *Se le pide al paciente que se realice los estudios correspondientes (Biometría Hemática, Tiempos de Coagulación y sangrado).*
- *Se realiza el diagnóstico y se planea el tratamiento oportuno para el paciente. Que consiste en realizar la exodoncia del 47, 48 y trasplantar el 48 al alvéolo del 47.*

✦ FASE OPERATORIA

- *Llegado el día de la cirugía se prepara al paciente para la intervención explicando el procedimiento que se llevará a cabo.*
- *Se toman signos vitales (Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, tensión arterial y pulso).*
- *Se realiza asepsia y antisepsia del campo operatorio.*



Fotografía 15. Imagen intrabucal clínica del paciente. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2008.

- *Se anestesia el nervio dentario inferior y refuerzo en bucal.*
- *Se realiza una incisión tipo Newman.*
- *Se hace el levantamiento del colgajo.*



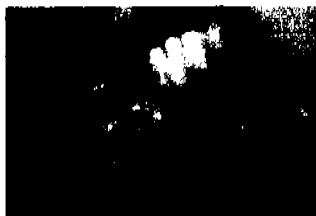
Fotografía 16 Imagen intrabucal del levantamiento del colgajo. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2008.

- Se realiza la osteotomía para visualizar los dientes retenidos. Se realizan las exodoncias del 47,48.



Fotografía 17. Imagen intrabucal de la exodoncia del 48. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2008.

- Se efectúa la remodelación y limpieza de la cavidad.
- Se prepara el alveolo del 47 para recibir el trasplante del 48.



Fotografía 18. Imagen intrabucal del diente transplantado. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2008.

- Se reposiciona el colgajo y se sutura con puntos sueltos simples.



Fotografía 19. Imagen intrabucal de la sutura. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2008.



Fotografía 20. Imagen del diente retenido y la patología. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2008.

✦ FASE POST- OPERATORIA-CUIDADOS POST-OPERATORIOS

El cirujano dentista debe cerciorarse que el paciente se recupere satisfactoriamente.

- Reposo: Mínimo 2 días, evitando esfuerzos físicos.*
- Dieta: Preferentemente blanda, evitar el consumo de grasas, carne de puerco, irritantes y alimentos condimentados.*
- Higiene oral: Los dientes deben de cepillarse con un cepillo de cerdas suaves sobre la zona quirúrgica. Se indican realizar enjuagues no bruscos.*
- Dolor: Se considera una respuesta normal frente al traumatismo inevitable de la cirugía, en la mayoría de los casos el dolor dura entre 12 y 24 horas, aunque se controla con la indicación de un analgésico y compresas frías en el sitio de la cirugía.*
- Fisioterapia: Colocar compresas de agua fría cada 3 horas en el sitio de la cirugía por intervalos de 10 minutos durante las primeras 24 horas. Posteriormente colocar compresas calientes cada 3 horas en el sitio de la cirugía por intervalos de 10 minutos durante las siguientes 48 horas, esto ayudará a disminuir la inflamación.*
- Medicamentos: Se indica un analgésico y antibiótico para evitar infecciones secundarias.*

- A la semana de la intervención quirúrgica se cita al paciente para retirar los puntos de sutura.



Fotografía 21. Imagen intrabucal post-operatoria del retiro de los puntos de sutura. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2008.

© CASO CLÍNICO 3:

FICHA CLÍNICA

- ✦ *NOMBRE: G. A. A. S.*
- ✦ *EDAD: 12 años*
- ✦ *ESTADO CIVIL: Soltera*
- ✦ *ESCOLARIDAD: Secundaria*
- ✦ *LUGAR DE NACIMIENTO: Distrito Federal*
- ✦ *EXPEDIENTE: 3389*
- ✦ *SEXO: Femenino*
- ✦ *RELIGIÓN: Católica*
- ✦ *OCUPACIÓN: Estudiante*
- ✦ *LUGAR DE RESIDENCIA: San Vicente Chicoloapan, Edo. Méx.*

✦ *ANTECEDENTES HEREDITARIOS FAMILIARES*

Madre diabética controlada.

✦ ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Casa propia con todos los servicios intradomiciliarios. Realiza 3 comidas al día en las que se incluye generalmente carne, fruta, vegetales y pastas. Higiene personal adecuada con baño y cambio de ropa diario. Higiene oral buena.

✦ ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Refiere haber padecido varicela a los 8 años sin complicaciones. Y ser alérgica a la penicilina.

✦ ESTADO GENERAL DE SALUD

Paciente femenino de 12 años de edad, se presenta a la clínica multidisciplinaria Zaragoza y es canalizada al área de cirugía bucal para la extracción de un diente retenido debido a la persistencia del diente temporal 51.

Paciente bien ubicada en tiempo y espacio. A nivel bucal presenta obturación con amalgama en 15, 16, 26, 27, 35, 36, 37, 44, 45. Retención dental del 11, presencia de odontoma a nivel del ápice del diente 51.

✦ EXÁMENES DE GABINETE Y LABORATORIO

BIOMETRÍA HEMÁTICA	RESULTADO	REFERENCIA
ERITROCITOS	4.76	4.5-5.9
HEMOGLOBINA	14.2	12-16
HEMATOCRITO	44	38-47

VCM	92	82-98
CMH	30	27-32
MCHC	32	32-36
PLAQUETAS	211000	15-40
LEUCOCITOS	5.8	5-10
EOSINOFILOS	1	0
LINFOCITOS	31	20-40
MONOCITOS	2	0-8

TIEMPOS HEMORRAGÍPAROS	RESULTADOS	REFERENCIA
TS	1' 15''	1-3 min.
TC	5' 2''	4-8 min.
TP	12 seg	10-14 seg.
TPT	30 seg	38-48 seg.

BIOMETRÍA HEMÁTICA, PRUEBAS HEMORRAGÍPARAS: Resultados con valores dentro de los parámetros normales.

✦ EXÁMEN RADIOGRÁFICO

- RX. PANORÁMICA

Encontramos retención del diente temporal 51, a nivel del ápice de este diente se observó una imagen radiopaca de forma ovalada bien delimitada. También encontramos una imagen radiopaca que corresponde a la retención del órgano dentario 11 con un área radiolúcida alrededor de su corona en posición casi horizontal ubicada ligeramente por arriba de la raíz del diente 12.



Fotografía 22. Radiografía panorámica de la paciente. Imagen obtenida de los archivos de cirugía bucal y patología de la Clínica Zaragoza 2008.

- RX. LATERAL DE CRÁNEO

Se le indica tomar a la paciente para poder determinar la vía de abordaje para el acto quirúrgico.

✦ **DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:** *Quiste dentigero y odontoma.*

✦ **PRONÓSTICO:** *Favorable.*

✦ **TRATAMIENTO**

Extracción del diente temporal 51, Enucleación del odontoma, Exodoncia quirúrgica del 11 y Enucleación del quiste.

✦ **DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO:** *Quiste Dentigero y Odontoma.*

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO 3

✦ **FASE PRE-OPERATORIA**

- La paciente es remitida al área de Cirugía Bucal de la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza.

- *Se le realiza su historia Clínica, se toman radiografías correspondientes (Panorámica, Lateral de Cráneo).*



Fotografía 23. Radiografía panorámica del paciente. Imagen obtenida de los archivos de cirugía bucal y patología de la Clínica Zaragoza 2008.

- *Se le pide al paciente que se realice los estudios correspondientes (Biometría Hemática, Tiempos de Coagulación y sangrado), que se encuentran en los niveles adecuados.*
- *Se realiza el diagnóstico y se planea el tratamiento oportuno para el paciente. Que consiste en realizar la exodoncia convencional del 51, exodoncia a colgajo de 11 y enucleación del Odontoma.*

✦ FASE OPERATORIA

- *Llegado el día de la cirugía se prepara al paciente para la intervención informándole el procedimiento que se llevará a cabo.*
- *Se toman signos vitales. (Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, tensión arterial y pulso).*
- *Se realiza asepsia y antisepsia del campo operatorio.*



Fotografía 24. Imagen intrabucal clínica del paciente. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2008.

- *Se anestesia con la técnica de suprapariosteica en incisivos y refuerzo en paladar.*
- *Se realiza una incisión tipo Newman.*
- *Se hace el levantamiento del colgajo.*



Fotografía 25. Imagen intrabucal del levantamiento del colgajo y la extracción del 51. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2008.

- *Se realiza la osteotomía para visualizar el diente retenido y el odontoma.*
- *Se realiza la enucleación del odontoma.*



Fotografía 26. Imagen intrabucal del lecho quirúrgico que corresponde al odontoma. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2008.

- *Se realizan la exodoncia del 11.*



Fotografía 27. Imagen intrabucal del diente retenido. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2008.

- *Se efectúa la remodelación con ayuda de una lima para hueso eliminando espículas óseas y limpieza de las cavidades con solución salina.*

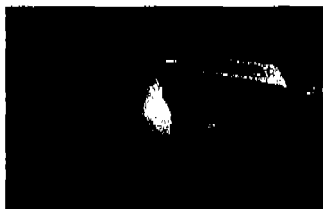


Fotografía 28. Imagen intrabucal de la limpieza de las cavidades. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2008.

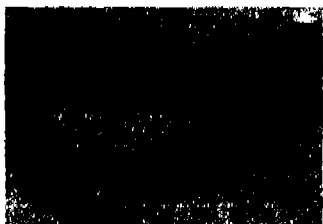
- *Se reposiciona el colgajo y se sutura con puntos sueltos simples.*



Fotografía 29. Imagen intrabucal de la sutura. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2008.



Fotografía 30. Imagen del diente retenido, odontoma y quiste Dentigero. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2008.



Fotografía 31. Imagen del diente retenido, odontoma. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2008.

✦ FASE POST- OPERATORIA- CUIDADOS POST-OPERATORIOS

El cirujano dentista debe cerciorarse que el paciente se recupere satisfactoriamente.

- Reposo: Mínimo 2 días, evitando esfuerzos físicos.*
- Dieta: Preferentemente blanda, evitar el consumo de grasas, carne de puerco, irritantes y alimentos condimentados.*
- Higiene oral: Los dientes deben de cepillarse con un cepillo de cerdas suaves sobre la zona quirúrgica. Se indican realizar enjuagues no bruscos.*
- Dolor: Se considera una respuesta normal frente al traumatismo inevitable de la cirugía, en la mayoría de los casos el dolor dura entre 12 y 24 horas, aunque se controla con la indicación de un analgésico y compresas frías en el sitio de la cirugía.*
- Fisioterapia: Colocar compresas de agua fría cada 3 horas en el sitio de la cirugía por intervalos de 10 minutos durante las primeras 24 horas. Posteriormente colocar compresas calientes cada 3 horas en el sitio de la cirugía por intervalos de 10 minutos durante las siguientes 48 horas, esto ayudará a disminuir la inflamación.*
- Medicamentos: Se indica un analgésico y antibiótico para evitar infecciones secundarias.*
- A la semana de la intervención quirúrgica se cita al paciente para retirar los puntos de sutura.*



Fotografía 32. Imagen intrabucal post-operatoria del retro de los puntos de sutura. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2008.

- *Se toma un control radiográfico.*



Fotografía 33. Imagen intrabucal post-operatoria del control radiográfico. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2008.

© CASO CLÍNICO 4:

FICHA CLÍNICA

- ✦ *NOMBRE: J.R.M.N*
- ✦ *EDAD: 9 años.*
- ✦ *ESTADO CIVIL: Soltero*
- ✦ *ESCOLARIDAD: Primaria*
- ✦ *LUGAR DE NACIMIENTO: Distrito Federal*
- ✦ *SEXO: Masculino*
- ✦ *RELIGIÓN: Católica*
- ✦ *OCUPACIÓN: Estudiante*
- ✦ *LUGAR DE RESIDENCIA: Netzahualcóyotl.*

- ✦ *ANTECEDENTES HEREDITARIOS FAMILIARES*

Madre hipertensa no controlada.

✦ ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Cuenta con vivienda propia en la que hay todos los servicios intradomiciliarios. Realiza 3 comidas al día procurando comer lo más sano posible. Su higiene personal es adecuada con baño diario y cambio de ropa. Presenta higiene oral adecuada.

✦ ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Refiere haber padecido varicela a los 6 años sin complicaciones.

✦ ESTADO GENERAL DE SALUD

Paciente masculino de 9 años de edad, se presenta a la clínica multidisciplinaria Zaragoza y es canalizado al área de cirugía bucal para la valoración de dientes retenidos.

Paciente bien ubicado en tiempo y espacio.

A nivel bucal presenta caries de primer grado en dientes temporales.

Retención dental de 21, 22, 23 y presencia de Mesiodens.

✦ EXÁMENES DE GABINETE Y LABORATORIO

TIEMPOS	RESULTADOS	REFERENCIA
HEMORRAGÍPAROS		
<i>TS</i>	<i>1' 15''</i>	<i>1-3 mín.</i>
<i>TC</i>	<i>3' 9''</i>	<i>4-8 mín.</i>
<i>TP</i>	<i>15 seg</i>	<i>10-14 seg.</i>
<i>TPT</i>	<i>29 seg</i>	<i>38-48 seg.</i>

BIOMETRÍA HEMÁTICA	RESULTADO	REFERENCIA
<i>ERITROCITOS</i>	4.8	4.5-5.9
<i>HEMOGLOBINA</i>	15.1	12-16
<i>HEMATOCRITO</i>	44.4	38-47
<i>VCM</i>	91.9	82-98
<i>CMH</i>	31.3	27-32
<i>MCHC</i>	34	32-36
<i>PLAQUETAS</i>	265000	150000-400000
<i>LEUCOCITOS</i>	5.0	5-10
<i>NEUTRÓFILOS</i>	49	40-70
<i>EOSINÓFILOS</i>	4	0
<i>BASOFILOS</i>	1	
<i>LINFOCITOS</i>	41	20-40
<i>MONOCITOS</i>	5	0-8

✦ LABORATORIO

BIOMETRÍA HEMÁTICA: El valor de linfocitos se encontró ligeramente aumentado sin embargo no afecta por la realización del acto quirúrgico.

PRUEBAS HEMORRAGÍPARAS: Resultados Su tiempo de protrombina se encuentra ligeramente aumentado sin embargo entra dentro de los parámetros normales.

✦ **EXÁMEN RADIOGRÁFICO**

- **RX. PANORÁMICA**

Se observa una zona radiopaca que corresponde a la retención de los órganos dentarios 21, 22, 23. Además podemos apreciar un Mesiodens encontrando una imagen radiolúcida alrededor de la corona del diente 21, 22 y del Mesiodens.



Fotografía 34. Radiografía panorámica del paciente. Imagen obtenida de los archivos de cirugía bucal y patología de la Clínica Zaragoza 2008.

✦ **DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:** *Quiste dentígero.*

✦ **PRONÓSTICO:** *Favorable.*

✦ **TRATAMIENTO**

Extracción quirúrgica del Mesiodens así como la colocación de botones para la tracción ortodóntica del 21, 22, 23.

✦ **DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO:**

Quiste Dentígero.

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO 4

✦ FASE PRE-OPERATORIA

- *El paciente es remitido al área de Cirugía Bucal de la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza.*
- *Se le realiza su historia Clínica, se toman radiografías correspondientes Panorámica.*

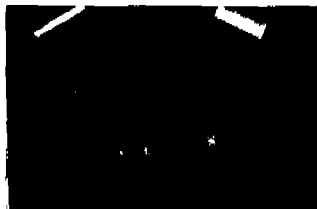


Fotografía 35. Radiografía panorámica del paciente. Imagen obtenida de los archivos de cirugía bucal y patología de la Clínica Zaragoza 2008.

- *Se le pide al paciente que se realice los estudios correspondientes (Biometría Hemática, Tiempos de Coagulación y sangrado).*
- *Se realiza el diagnóstico y se planea el tratamiento oportuno para el paciente. Que consiste en realizar la exodoncia del Mesiodens y la colocación de botones en los dientes 21, 22, 23 para su tracción.*

✦ FASE OPERATORIA

- *Llegado el día de la cirugía se prepara al paciente para la intervención explicando el procedimiento que se llevará a cabo.*
- *Se toman signos vitales (Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria, Temperatura, Tensión Arterial y Pulso).*
- *Se realiza asepsia y antisepsia del campo operatorio.*



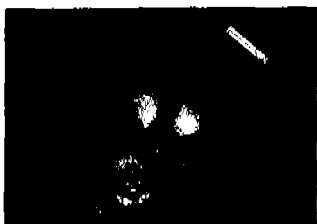
Fotografía 36. Imagen intrabucal clínica del paciente. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2008.

- Se anestesia con la técnica supraperiostica en la región anterior superior izquierda con refuerzo en palatino.
- Se realiza una incisión tipo Newman.
- Se hace el levantamiento del colgajo.



Fotografía 37. Imagen intrabucal del levantamiento del colgajo. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2008.

- Se realiza la osteotomía para visualizar los dientes retenidos y el Mesiodens



Fotografía 38. Imagen intrabucal de los dientes retenidos. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2008.

- Se lleva a cabo la extracción del Mesiodens.



Fotografía 39. Imagen intrabucal de la exodoncia del Mesiodens. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2008.

- Se colocó botones en los dientes 11, 12 y 13 para su tracción ortodóntica.



Fotografía 40. Imagen intrabucal de la colocación de los botones. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2008.

- Se efectúa la remodelación y limpieza de la cavidad.

- Se reposiciona el colgajo y se sutura con puntos sueltos simples.



Fotografía 41. Imagen intrabucal de la sutura. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2008.

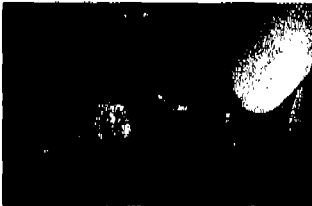


Fotografía 42. Imagen del Mesiodens y del Quiste Dentigero. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2008.

✦ FASE POST- OPERATORIA-CUIDADOS POST-OPERATORIOS

El cirujano dentista debe cerciorarse que el paciente se recupere satisfactoriamente.

- Reposo: Mínimo 2 días, evitando esfuerzos físicos.*
- Dieta: Preferentemente blanda, evitar el consumo de grasas, carne de puerco, irritantes y alimentos condimentados.*
- Higiene oral: Los dientes deben de cepillarse con un cepillo de cerdas suaves sobre la zona quirúrgica. Se indican realizar enjuagues no bruscos.*
- Dolor: Se considera una respuesta normal frente al traumatismo inevitable de la cirugía, en la mayoría de los casos el dolor dura entre 12 y 24 horas, aunque se controla con la indicación de un analgésico y compresas frías en el sitio de la cirugía.*
- Fisioterapia: Colocar compresas de agua fría cada 3 horas en el sitio de la cirugía por intervalos de 10 minutos durante las primeras 24 horas. Posteriormente colocar compresas calientes cada 3 horas en el sitio de la cirugía por intervalos de 10 minutos durante las siguientes 48 horas, esto ayudará a disminuir la inflamación.*
- Medicamentos: Se indica un analgésico y antibiótico para evitar infecciones secundarias.*
- A la semana de la intervención quirúrgica se cita al paciente para retirar los puntos de sutura.*



Fotografía 43. Imagen intrabucal post-operatoria para el retiro de puntos de sutura. Imagen obtenida de los archivos del área de Cirugía Bucal y Patología de la Clínica Zaragoza 2008.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo se realizó una investigación documental en la cual pudimos darnos cuenta de la similitud que existe entre los autores al hablar de las diferentes lesiones maxilares mixtas lo cual se relaciona directamente con los 4 casos clínicos que presentamos.

El primer caso clínico se trata de un fibroma oscificante central que es una lesión mixta en la que radiográficamente observamos una combinación de imágenes parcialmente radiolúcidas y parcialmente radiopacas. Este tipo de lesión aunque es de tipo benigno es importante que sea diagnosticada y tratada oportunamente para evitar complicaciones como asimetría facial y tumefacción que comprometa tanto la estética como la función del aparato estomatognático.

En el segundo caso clínico mediante un hallazgo radiográfico encontramos por la asociación de imágenes zonas radiopacas que correspondían a la retención de los dientes 47 -48 y una zona radiolúcida alrededor de la corona del diente 47 que corresponde a un quiste dentígero. Con lo cual se pudo brindar un tratamiento adecuado que no fue solo mutilatorio al extraer el segundo molar sino también rehabilitatorio al realizar el trasplante del tercer molar al alvéolo del segundo, lo que le permitió al paciente restablecer no solo su estética sino también su función masticatoria, una vez que el diente trasplantado haga erupción.

Siendo de la misma manera un hallazgo radiográfico nuestro tercer caso clínico trata de una paciente con una lesión radiolúcida alrededor de la corona del diente 11 que se encuentra retenido a consecuencia de un odontoma que es una lesión mixta y la persistencia del diente temporal 51.

Siendo de importancia no solo para este caso el realizar un diagnóstico oportuno y con ello poder evitar este tipo de alteraciones. En este caso el tratamiento fue radical debido a la extracción del temporal, la eliminación de la patología causal y el diente retenido al no tener las características necesarias para ser trasplantado.

El último caso clínico trata de una lesión mixta por asociación de imágenes donde la zona radiopaca corresponde a la retención de los órganos dentarios 21- 22 - 23 y un mesiodens, la zona radiolúcida alrededor del mesiodens que corresponde a un quiste dentígero. Para este caso el tratamiento de elección fue conservador al realizar la extracción del mesiodens, la eliminación del quiste y colocar botones para su tracción ortodóntica de los dientes 21- 22- 23 y reposicionarlos al arco dental mejorando así su estética, función masticatoria y fonética.

OBJETIVOS

❶ OBJETIVO GENERAL

Describir las características clínico radiográfico de las lesiones maxilares parcialmente radiolúcidas o parcialmente radiopacas (mixtas), así como el diagnóstico oportuno para un tratamiento quirúrgico adecuado en 4 pacientes de la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza en el período 2007-2008.

❷ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar los hallazgos radiográficos característicos de las lesiones mixtas.

Reconocer las manifestaciones clínicas de las diferentes lesiones mixtas.

DISEÑO METODOLÓGICO

■ TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo: Modalidad Caso Clínico (n=4)

■ RECURSOS

- RECURSOS HUMANOS

1 Director de Tesis. Profesor del área de Cirugía Bucal en la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza.

2 Pasantes de Cirugía Bucal.

4 Pacientes de la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza en el área de Cirugía Bucal

- RECURSOS FÍSICOS

Instalaciones de la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza.

Área Clínica

Biblioteca FES Zaragoza

Biblioteca Ciudad Universitaria

- RECURSOS MATERIALES

Historia Clínica

Radiografías

Exámenes de Laboratorio

Fotografías

Cámara Fotográfica

INSTRUMENTAL DE CIRUGÍA:

- 1 Básico
- 2 Separadores Farabeuf
- 1 Jeringa Carpule
- Mango de Bisturí
- Pinzas mosco curvas
- Legra
- Elevadores
- Cucharilla Lucas
- Lima de hueso
- Pinza Porta agujas
- Pinza Adson dentada
- Tijeras de encía
- 2 Rifoneras
- Cánula quirúrgica
- Jeringa Septo
- Pieza de baja velocidad

MATERIAL DE CIRUGÍA:

- Anestésicos
- Aguja Corta
- Gasas estériles
- Solución fisiológica de Cloruro de sodio
- Hojas de bisturí #15
- Sutura Seda negra
- Guantes estériles
- Campos del paciente
- Batas quirúrgicas
- Estoquinetes
- Fresas quirúrgicas. (bola #8 y fisura recta #703L)
- Jabón quirúrgico
- Cepillos
- Toallas estériles

PAPELERIA:

- Computadora
- Impresora
- Hojas
- Plumas
- Lápices

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	DIC. 2007	ENE 2008	FEB 2008	MARZO 2008	ABRIL 2008	MAYO 2008	JUN 2008	JUL 2008	AGOS 2008	SEPT. 2008	OCT. 2008	NOV. 2008
TÍTULO DE TESIS	*											
ELABORACIÓN DE ANTEPROYECTO		*										
ELABORACIÓN DE PROYECTO			*									
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN				*	*	*	*					
CONCLUSIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							*	*				
ELABORACIÓN DE MARCO TEÓRICO								*	*	*	*	
DISCUSIONES											*	
CONCLUSIONES												*

CONCLUSIONES

El cirujano dentista de práctica general es un profesional del área de la salud capaz de prevenir, diagnosticar, promover la salud, tratar y rehabilitar las afecciones bucales del ser humano.

Los huesos maxilares son zonas de predilección para el origen y crecimiento de las lesiones mixtas, consideramos de suma importancia mostrar al Cirujano Dentista de práctica general las principales manifestaciones clínicas y radiográficas, con el objetivo de realizar diagnósticos precoces, oportunos y así elegir el tratamiento conservador o quirúrgico de mejor elección.

Las radiografías dentales prácticamente son utilizadas de forma sistemática en odontología, llegando a ser un arma diagnóstica rutinaria, no solo de los dientes sino también del maxilar y mandíbula.

Es fundamental para el Cirujano dentista el uso de las radiografías ya que sin ellas perdería una gran ayuda en la mayoría de las especialidades de su campo como cirugía bucal y patología oral.

Es imprescindible que todo profesional tenga conocimientos para realizar este tipo de proyecciones de forma aceptable y esté capacitado para su lectura e interpretación. Son por tanto del total dominio del odontólogo.

La práctica ha demostrado que existen dificultades en la interpretación clínica y radiológica de las lesiones mixtas por lo que se asemejan entre si algunas de ellas.

La relación con el área de patología bucal es de vital importancia para el entendimiento del comportamiento Histopatológico de las lesiones mixtas en la cavidad oral.

PROPUESTAS O RECOMENDACIONES

Darle la importancia necesaria a los auxiliares de diagnóstico como lo son las radiografías ya que el empleo de una buena técnica radiográfica nos aporta radiografías interpretables, para realizar el diagnóstico adecuado.

Las técnicas intrabucales se utilizan preferentemente para diagnósticos dentarios y peridentarios, destaca la utilización en ctruglia bucal para la localización anatómica de dientes retenidos, cuerpos extraños y diagnosticar lesiones óseas, muchas veces son una ayuda muy valiosa para matizar ciertos detalles que en otras radiografías no se aprecian.

Tomar en cuenta la posición de la película radiográfica, el tiempo de exposición del rayo x, la posición tanto del cono del rayo x como la del paciente y la técnica de revelado, ya que:

La colocación de la película curvada, adaptándola a la concavidad de la arcada dentaria, proporciona imágenes muy deformadas.

Pueden producirse imágenes defectuosas por falta de centrado del haz de rayos sobre el objeto o por una incorrecta angulación vertical u horizontal.

Si hay movilidad de la placa, paciente o tubo de rayos X, se obtendrá una imagen borrosa.

Las imágenes muy densas pueden deberse a una sobre-exposición, mayor tiempo de revelado o alta temperatura del revelador. Por el contrario, las imágenes poco densas se deben a la escasa exposición, menor tiempo de revelado, baja temperatura del revelador o defectuosa preparación de éste.

Trabajar inter y multidisciplinariamente con el equipo médico como con todas las áreas de la odontología para el tratamiento curativo, correctivo como rehabilitatorio para devolver al paciente el estado de salud óptima bucodental.

Tomar en cuenta todas las alternativas de tratamiento, tanto radicales como conservadoras, asumiendo los riesgos y beneficios que conlleve el tratamiento para obtener el éxito, tanto en estética como en función.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- De Freitas A, Edu RJ, Faria I. Radiología odontológica. Brasil: Editora artes médicas Ltda; 2002: 324- 25.
- 2- Iannucci HJ, Cansen L. Radiología dental principios y técnicas. 2ª ed. México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 2002: 184.
- 3- Chomenko GA. Atlas interpretativo de la pantomografía maxilofacial. Barcelona: Editorial ediciones Doyma; 1990: 99.
- 4- Manson- Hing LR. Fundamentos de radiología dental. México: Editorial Manual Moderno; 1987: 180.
- 5- Bhaskar SN. Interpretación radiográfica para el odontólogo. Buenos Aires: Editorial Mundí; 1975: 208.
- 6- Bhaskar SN. Patología bucal. 3ª ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 1979.
- 7- Palacios AE, Saenz QL, Zambrano PS, Torres RG. Displasia cemento-ósea periapical (Reporte de un caso clínico). Revista estomatológica peruana visión dental 2005.
- 8- Lazardé J, Motilla G, Rivera H, Padrón B. A case report a benign cementoblastoma. Acta odontológica venezolana 1999; 37 (1).
- 9- Chínchón ED, Giles LM, Carranza CA, Mendoza GE. Cementoblastoma: Presentación de un caso. Congreso virtual hispanoamericano de anatomía patológica 2003.
- 10- Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Madrid: Editorial Elsevier; 1998. 89- 101, 117- 121, 133- 36, 144- 45, 192- 93.
- 11- Eversole L R. Patología bucal diagnóstico y tratamiento. Argentina: Editorial Panamericana; 1983. 194- 203.
- 12- Regezi AJ. Patología bucal. México: Editorial Interamericana; 1991. 211-12, 250- 56.

- 13- Lynch MA, Brightman VJ, Greenberg MS. *Medicina bucal de Burket diagnóstico y tratamiento*. 9ª ed. México: Editorial Mc Graw- Hill interamericana; 1996. 163- 68.
- 14- Poyton HG, Pharoah MJ. *Radiología Bucal*. México: Editorial Interamericana-McGraw-Hill; 1992. 173, 176, 208-19, 292-93, 300.
- 15- Montoya AJE, Melgarejo RRM. *Tumores malignos y benignos de la cavidad oral (tesis profesional)*. México DF: UNAM FES Zaragoza; 1981.
- 16- Crispín MI, Esquivel JEJ, Granados SMC. *Osteitis condensante. Facultad de odontología de la UNAM*.
- 17- Creo MT, Borrego LA, Salazar JC, Del Rosario RR, Marín LY. *Treatment for fibrous dysplasia when associated with hemophilia C: A case report*. *Revista Española de Cirugía oral y maxilofacial* 2007; 29 (6).
- 18- Cores CA, Chaviano RJC. *Patología consideraciones actuales sobre la displasia fibrosa de los maxilares y su tratamiento*. *Odontología online* 2007.
- 19- Gibilisco JA. *Diagnóstico radiológico en odontología*. 5ª ed. Buenos Aires: Editorial panamericana; 1987. 248- 254.
- 20- Sueldo RE. *Manifestaciones orales de neoplasias malignas*. *Dermatología peruana* 2001; 11(1).
- 21- Cavézian R, Pasquet G. *Diagnóstico por la imagen en odontoestomatología medios técnicos- anatomía normal- hallazgos patológicos*. Barcelona: Editorial Masson; 1993. 50- 54, 173- 75.
- 22- Rodríguez-Recto CO. *Condrosarcoma*. *Instituto de cirugía maxilofacial e implantología*.
- 23- Otlóora L, Silva B. *Tumor odontogénico epitelial calcificante asociado a odontoma*. *Reporte de caso*. *Revista científica* 2006; 12 (1): 55-57.
- 24- Casalots A, López D, Vidal E, Martí C, Ojanguren I, Ariza A. *Tumor odontogénico epitelial calcificante (tumor de Pindborg): a propósito de un caso*. *Revista española de patología* 2000; 33 (4): 319- 25.

- 25- Belmonte R, Torres D, Mayorga F, García-Perla A, Infante P, Gutiérrez JL. Tumor odontogénico epitelial calcificante (tumor de Pindborg). *Medicina oral* 2002; 7: 309-15.
- 26- Rubio PJ, Bescos AC, Pamlas RJ, Saéz BM, Raspall GM, Huguet RP. Pindborg tumor (Calcifying epithelial odontogenic tumor). *Revista española de cirugía oral y maxilofacial* 2007; 29 (5).
- 27- Fuentes VFR, Mendoza RV. Fibroma osificante: Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura. *Revista odontológica mexicana* 2006; 10 (2): 88-92.
- 28- Santaolalla F, Sánchez RA, Pérez IA, Martínez IA, Ereño C, Sánchez FJM. Fibroma osificante de seno etmoidal. *ORL-DIPS* 2002; 29(3): 124-127.
- 29- Castro GJ, Agandoña PJ. Fibroma cemento- osificante mandibular. Reporte de un caso. *Revista dental de Chile* 2003; 94 (1): 24-27.
- 30- Sanchis JM, Peñarrocha M, Balaguer JM, Camacho F. Fibroma cemento- osificante mandibular. Presentación de dos casos y revisión de la literatura. *Med oral* 2004; 9: 69-73.
- 31- Domínguez CL, Martín- Granizo LR. Clinical, radiological and histological analysis of the cemento-ossifying fibromas of the maxilla. *Revista española de cirugía oral y maxilofacial* 2004; 26.
- 32- Jiménez F, Martínez P, Plaza JA. Hospital militar de Zaragoza. Sociedad española de anatomía patológica 2005.
- 33- González GMB, Deister ME. Fibroma osificante: Informe de 2 casos. *Práctica odontológica* 1989; 10 (2): 11- 16.
- 34- Shafer GW. Tratado de Patología Bucal. 3ª ed. México: Editorial Interamericana; 1974. 140- 41, 314- 20.
- 35- Reichart PA, Philipsen HP. Atlas de patología oral. Barcelona: Editorial Masson; 2000. 238- 45.
- 36- Galdeano AM, Crespo PJI, Álvarez OA, Espeso FA, Terrier HA. Fibroma cemento- osificante gingival mandibular: presentación de un caso. *Med oral* 2004; 9: 176-179.

- 37- Oré J, Sacsquispe S, Tito F, Nuñez J. *Conservative surger mangement in a case of juvenile ossifying fibroma. Case report. Revista estomatológica vision dental 2005; 8 (4).*
- 38- González HJM, Moret de González Y. *Fibroma odontogénico cementificante y osificante central asociado a dientes retenidos. Reporte de un caso. Acta odontológica venezolana 2000; 38 (1).*
- 39- Pérez CC, López Z. *Fibroma osificante periférico. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Acta odontológica venezolana 1999; 37 (2).*
- 40- Márquez RE, Rivas de Armas RA, Delis FRE, Portal FW. *Tumores de dientes múltiples. Presentación de tres pacientes. Universidad médica de Villa Clara.*
- 41- Magallanes AN, Hita IP, Torres LD, Gutiérrez PJJ. *Exodoncia de 11 junto con odontoma. Revista scib on line 2006; 1: 136-149.*
- 42- Mursull SM, Pestana LO, Carmona S, Cruz MMC. *Odontoma compuesto. Gaceta médica esprituana 2005; 7 (2).*
- 43- Amado AS, Gargallo AJ, Bertini AL, Gay EC. *Revisión de 61 casos de odontoma. Presentación de un odontoma complejo erupcionado. Med oral 2003; 8: 366-373.*
- 44- Dinatalé E. *Neuralgia sintomática de la tercera rama del trigémino asociada a odontoma compuesto. Reporte de un caso. Acta odontológica Venezolana. 2003; 41 (3).*
- 45- Junquera L, De Vicente JC, Roig P, Olay S, Rodríguez- Recio O. *Intraosseus odontoma erupted into the oral cavity: An unusual pathology. Medicina oral patología oral cirugía bucal 2005; 10: 248-51.*
- 46- Rodríguez- Recio O, Rodríguez- Recio CC. *Odontoma. Instituto de cirugía maxilofacial.*
- 47- Hisatomi M, Asaumi J, Konouchi H, Honda Y, Masaka T, Kishi K. *A case of complex odontoma associated with an impacted lower deciduous second molar and analysis of the 107 odontomas. Oral diseases 2002; 8 (2): 100- 105.*

- 48- Chang YJ, Wang J, Wang Y, Liu B, Sun A, Chiang C. Odontoma: A clinicopathologic study of 81 cases. *Journal of the Formosan medical association* 2003; 102 (12): 876- 882.
- 49- De Luna HJ, Nava DJJ. Diagnóstico y tratamiento de las neoplasias benignas más frecuentes en cavidad oral (tests profesional). México DF: UNAM FES Zaragoza; 1982.
- 50- Spouge JD. Patología bucal. Buenos Aires: Editorial Mundí; 19. 345- 48.
- 51- Vengal M, Arora H, Ghosh S, Pai KM. Large erupting complex odontoma: A case report. *JCDA* 2007; 73 (2): 169- 72.
- 52- Miranda CL, Reyes VJJ. Tumores odontogénicos (tests profesional). México DF: UNAM FES Zaragoza; 1984.
- 53- Kruger GO. Cirugía bucomáxilofacial. México: Editorial médica panamericana; 1983. 565- 68.
- 54- Higashi T, Chen SJK, Ikuta H. Atlas de diagnóstico de imágenes radiográficas de la cavidad bucal. Caracas: Editorial Actualidades médico odontológicas latinoamericanas; 1992. 81- 93.
- 55- García TE. Lesiones de la cavidad bucal tratadas y diagnosticadas en el servicio social de cirugía bucal de la Fes Zaragoza. Período 2000- 2006 (tests profesional). México DF: UNAM FES Zaragoza; 2007.
- 56- Banderas JA, González BS, Ramírez F, Rosales MC, Rivas M, Kubodera- Ito T. Odontoma quístico: Informe de dos casos y revisión de la literatura. *Práctica odontológica* 1994; 15 (3): 31-35.
- 57- Gorlin RJ, Goldman HM. Patología oral. Barcelona: Editorial Salvat editores; 1973. 543- 47.
- 58- Martín- Granizo ER, López GJ, De pedro MM, Domínguez CL. Odontoameloblastoma: Descripción de un caso y revisión de la literatura. *Med oral* 2004; 9: 340-344.
- 59- Cosme GE, Bertini AL. Cirugía Bucal. Barcelona: Editorial Ergon; 2006.

- 60- Viñas PF. Órganos dentarios retenidos. *Revista Práctica Odontológica* 1992; 6 (9).
- 61- González M, García J. Retención de dientes permanentes, causa de alteración en la erupción. *Revista europea de odontoestomatología*. 1993; 9 (3).
- 62- Arranz LJS. *Cirugía Oral. España: Editorial Interamericana; 1991.*
- 63- Ries CG. *Cirugía Bucal con Patología Clínica y Terapéutica. 9ª Ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 1997.*
- 65- Valdívieso CGE, Escalona SAG, Couto F. Patología mandibular. Lesiones de carácter odontogénico. *Anales de radiología México* 2005; 1: 47-54.
- 66- Chiribý JM, Ballesteros D. Tratamiento por marsupialización de extensos quistes odontogénicos en maxilar inferior. Reporte de tres casos. *Revista de cirugía oral y maxilofacial*. 2005; 3 (3).
- 67- Sonn MM. Caso clínico: quiste dentígero. *Revista de la Academia Colombiana de Radiología Oral y Maxilofacial* 2002. 1.
- 68- Jünger D. Quiste dentígero. *Revista Quintessence* 2006; 19 (6).
- 69- Ries G. *Cirugía bucal clínica y terapéutica. 9ª ed. Argentina: Editorial Ateneo; 1987.*
- 70- Romero Y, Jiménez C. Presentación inusual de quiste dentígero en paciente pediátrico. *Revista Acta odontológica venezolana* 2007; 45 (2).
- 71- Moret Y, González JM. Anodoncia parcial relacionada con quiste dentígero y quiste traumático. *Revista Acta odontológica venezolana* 2003; 41: 232- 235.

ANEXOS

CASO CLÍNICO I:



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA LABORATORIO CLINICO

702 GRP

Form with patient information: FOLIO: 11862, PACIENTE: GUINTANA RUIZ PATRICIA, DOCTOR: A QUIEN CORRESPONDA, FECHA: 08/08/2007, PERSONA QUE REGISTRO: 08/08/2007 10:18:33 PM, REGISTRO: , SERVICIO: ZARAGOZA

Table with 4 columns: ESTUDIO, RESULTADO, UNIDAD, REFERENCIA. Contains Hematology results: RECUENTO DE ERITROCITOS 4.76, CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA 14.2, HEMATOCRITO 44, etc.

Table with 4 columns: ESTUDIO, RESULTADO, UNIDAD, REFERENCIA. Contains Chemistry results: GLUCOSA 89, UREA 24, CREATININA 0.82, ACIDO URICO 6.0



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"

CLINICA Zaragoza PLAZA ... PRESENTA AL ...

PROPERMEDIOS

Large grid of laboratory test categories and names, including Hematology, Chemistry, and Microbiology sections.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

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

Núm. de Estudio: Bz-95-97.

Fecha de recepción: 22-09-2007.

Nombre del Paciente: Elba Patricia Quintana Ruiz.

Edad: 45 años.

Sexo: Femenina.

Dr(a) Solicitante: Gustavo Gilvez Rojas.

Tipo de Biopsia: Excisional.

Diagnóstico Clínico: Fibroma Oscificante.

Descripción Macroscópica: Se recibe un fragmento de tejido (mandibula), el cual mide 1.5 x 1.5 x 1.0 cm., es de forma circular, superficie rugosa, color café claro y de consistencia dura. Al corte la superficie interna muestra tejido fino el cual se pone a decalcificar.

Descripción Microscópica: El espécimen examinado muestra un estroma de tejido conectivo fibroso denso con frecuencia de calcificaciones irregulares, osteocitos y osteoide.

Diagnóstico: Fibroma oscificante central
ICD-9: 213.1


C.D Ma Alba Solís Crespo
Patóloga Bucal

CASO CLÍNICO 2:



Código 00000010

Paciente: **HUHO ALBERTO CERDA REYES**

Educ: **20 Años**

Sexo: **Masculino**

Fecha: **9-Jun-08**

Dr (a): **AQC**

TIEMPO DE SANGRADO Y COAGULACION

Prueba	Resultado	Valores de Referencia
TIEMPOS DE SANGRADO	3	1-3 min
TIEMPOS DE COAGULACION	4	3-5 min



Código 00000010

Paciente: **HUHO ALBERTO CERDA REYES**

Sexo: **20 Años**

Sexo: **Masculino**

Fecha: **9-Jun-08**

Dr (a): **AQC**

ANÁLISIS HEMÁTICO COMPLETO

Prueba	Resultado	Valores de Referencia
HEMOGLOBINA	16.9 **	14.0 - 18.0 g / dL
HEMATOCRITO	56 **	43.0 - 54.0 %
HEMATOCRITO	0.6 **	4.7 - 6.0 mL / dL
CONCENTRACION MEDIA DE HEMOGLOBINA (MCH)	99	28 - 39 pg
CONCENTRACION MEDIA DE HEMOGLOBINA CORPORULAR (CMCH)	34	32 - 34.0 g / dL
VOLUMEN CORPORULAR MEDIO	98	80 - 100 fL
ANCHO DE DISTRIBUCION DE ESFEROCLITOS	12.8	10 - 20 %
ESFEROCLITOS	7.0	4.0 - 12.0 mL / dL
LEUCOCITOS	46	21 - 40 %
MONOCITOS	0	0 - 6 %
NEUTROFILOS	43	34 - 74 %
ESQUIMOLOS	3	0 - 4 %
ESQUIMOLOS	1	0 - 1 %
LEUCOCITOS ABSOLUTOS	7.2	1.0 - 4.0 mL / dL
MONOCITOS ABSOLUTOS	0.5	0 - 0.8 mL / dL
NEUTROFILOS ABSOLUTOS	3.0	1.0 - 7.0 mL / dL
ESQUIMOLOS ABSOLUTOS	0.1	0.00 - 0.40 mL / dL
ESQUIMOLOS ABSOLUTOS	0.1	0.00 - 0.1 mL / dL
PLAQUETAS	600	100 - 400 mL / dL
VOLUMEN PLACUETARIO MEDIO	9	0 - 10 fL

Método: **Clasificación de Wigg con citometría**

Observaciones:

Captura: **08/06**

- Si el valor muestra - muestra un perfil sanguíneo anormalmente, así lo indicamos de un perfil anormalmente.

DR. JOSE ANTONIO GARCIA RODRIGUEZ
CP 1000000



VEREDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

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

Núm. de Estudio: Bz-108-08

Fecha de recepción: 4-09-2008

Nombre del Paciente: Cerda Reyes Mario Alberto

Edad: 20 años.

Sexo: Masculino.

Dr(a) Solicitante: Gustavo Gálvez Reyes

Tipo de Biopsia: Otra

Diagnóstico Clínico: Quiste Dentígero.

Descripción Macroscópica: Se reciben un fragmento de tejido correspondientes al cuerpo mandibular el cual mide 1.5 x 0.6 x 0.2 cm, es de forma circular superficie lisa color blanquecino y consistencia blanda, se incluye en su totalidad en una cápsula.

Descripción Microscópica: El espécimen examinado muestra una cápsula de tejido conectivo fibroso, denso y laxo, revestido de epitelio escamoso estratificado y zonas de hemorragia reciente.

Diagnóstico: Quiste Dentígero.

ICD: 526.0

Observaciones: Se devuelve foto de Rx.

**C. D Ma. Alba Solís Crespo
Patóloga Bucal.**

CASO CLÍNICO 3:



ESTUDIOS CLINICOS DR. T.J. ORIARD, S.A.

RESONANCIA MAGNETICA • DENSITOMETRIA ÓSEA • TOMOGRAFIA
ULTRASONOGRAFIA • ECOCARDIOGRAFIA • MEDICINA NUCLEAR

11047

Dr: GONZALEZ MAYA MA DE LOURDES
Paciente: GALINDO ARANZOLA ALICIA
Folio: 391741-D
Sexo: F

Unidad: NEZAHUALCOYOTL
Servicio: POLICIA BANCARIA E INDUSTRIAL
Fecha de toma: 11/01/08
Fecha de Validación: 11/01/2008

PRUEBA	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
COAGULACION		
TIEMPO DE COAGULACION	6'11"	5.0 - 8.0 min.
TIEMPO DE SANGRADO	1'08"	1.0 - 4.0 min.
TIEMPO DE PROTROMBINA		
MEIDA POBLACIONAL	12.6"	11 - 14 SEG.
PACIENTE	12.9"	
PIR (RATIO INTERNACIONAL NORMALIZADO)	1.18	1.0 - 1.5
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA		
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	26.4"	26.0 - 44.0 SEG.



ESTUDIOS CLINICOS DR. T.J. ORIARD, S.A.

RESONANCIA MAGNETICA • DENSITOMETRIA ÓSEA • TOMOGRAFIA
ULTRASONOGRAFIA • ECOCARDIOGRAFIA • MEDICINA NUCLEAR

11047

Dr: GONZALEZ MAYA MA DE LOURDES
Paciente: GALINDO ARANZOLA ALICIA
Folio: 391741-D
Sexo: F

Unidad: NEZAHUALCOYOTL
Servicio: POLICIA BANCARIA E INDUSTRIAL
Fecha de toma: 11/01/08
Fecha de Validación: 11/01/2008

PRUEBA	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
BIOMETRIA HEMATICA		
LEUCOCITOS	7.28	4.00 - 10.80 x 10 ³ mm ³
ERITROCITOS	4.99	4.20 - 5.40 x 10 ⁶ mm ³
HEMOGLOBINA	14.79	12.80 - 16.00 g/dl
HEMATOCITO	43.78	37.00 - 47.00 %
VOL. CORPUSCULAR MEDIO	88.80	80.00 - 94.00 fl.
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	29.48	27.00 - 31.00 pg
CONC. MEDIA HEMOGLOBINA CORPUSCULAR	34.80	33.00 - 36.00 g/dl
ANCHO DE DISTRIBUCION ERIOTOCITARIA	13.80	11.50 - 14.80 %
PLAQUETAS	284	130 - 400 x 10 ³ mm ³
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	7.18	7.40 - 10.40 fl.
LINFOCITOS	28	20 - 50 %
MONOCITOS	9	0 - 9 %
EOSINOFILOS	3	0 - 4 %
BASEFILOS	1	0 - 1 %
SEGMENTADOS	64	42 - 78 %
LINFOCITOS NO ABSOLUTO	1.88	1.20 - 3.40 x 10 ³ mm ³
MONOCITOS NO. ABSOLUTO	0.79	0.10 - 0.60 x 10 ³ mm ³
GRANULOCITOS NO. ABSOLUTO	4.80	1.40 - 6.50 x 10 ³ mm ³
VEL. SED. (LOR)	8.80	1.00 - 20.00 mm/h

Lesiones maxilares parcialmente radiolúcidas o parcialmente radiopacas. Presentación de 4 casos clínicos en Clínica Zaragoza periodo 2007-2008.

*Estrada Sánchez Karen P.
Sosa Garzón Lilliana*



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

Núm. de Estudio: Bz-22-08. Fecha de recepción: 14-02-2008.

Nombre del Paciente: Galindo Aranzolo Alesia Sandibel.

Edad: 12 años. Sexo: Femenino.

Dr(s) Solicitante: Gustavo Gálvez Reyes.

Tipo de Biopsia: Curetaje.

Diagnóstico Clínico: Odontoma.

Descripción Macroscópica: Se reciben restos radiculares y masas tejido blando los cuales miden en conjunto: 0.8 X 0.5 X 0.4 cm., se de forma irregular, superficie lisa, color café claro y de consistencia firme. Se incluye el tejido blando en una cápsula y los restos radiculares en otra cápsula.

Descripción Microscópica: El espécimen examinado de tejido blando presenta una cápsula de tejido conectivo fibroso denso y laxo con escaso infiltrado inflamatorio mixto, así como cordones de epitelio odontogénico.

Diagnóstico: Compatible con Odontoma.

ICD-9: 214

C. D. Ma. Alba Solla Crespo
Patóloga Bucal

Observaciones: Se devuelve Rx.



UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"

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

Núm. de Estudio: Bz-23-08. Fecha de recepción: 14-02-2008.

Nombre del Paciente: Galindo Aranzolo Alesia Sandibel.

Edad: 12 años. Sexo: Femenino.

Dr(s) Solicitante: Gustavo Gálvez.

Tipo de Biopsia: Curetaje.

Diagnóstico Clínico: Quiste dentigero.

Descripción Macroscópica: Se recibe pieza dentaria y un fragmento de tejido blando, el cual mide: 1.5 X 0.6 X 0.6 cm., se de forma redonda, superficie lisa, color rosa pálido y de consistencia blanda. Se incluye todo el tejido blando en una cápsula.

Descripción Microscópica: El espécimen examinado muestra restos de dentina, cemento, así como la cavidad formada por tejido conectivo especializado.

Diagnóstico: Odontoma.

ICD-9: 214

C. D. Ma. Alba Solla Crespo
Patóloga Bucal

CASO CLÍNICO 4:



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
LABORATORIO CLINICO**



FOLIO: 13448	FECHA DE REGISTRO: 22/04/2008 10:21:18 AM
PACIENTE: MARTÍNEZ NIETO JULIÁN RICARDO	REGISTRO: ZARAGOZA
DOCTOR: A QUIEN CORRESPONDA	SERVICIO: ZARAGOZA
FECHA: 22/04/2008	

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDAD	REFERENCIA
HEMATOLOGIA			
BIOMETRIA HEMATICA			
RECuento DE ERITROCITOS	4.83	10 ⁶ /mm ³	4.00-8.00
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA	15.1	g/dl	13.60-18.00
HEMATOCRITO	44.4	%	40.00-54.00
VCM (VOLUMEN CORPORICULAR MEDIO)	91.9	fL	82.00-98.00
CMH (CONC MEDIA DE HB)	31.3	pg	27.00-32.00
MCHC (CONCENTRACION MED. DE Hgb. CORPORICULAR)	34.0	%	32.00-36.00
RECuento DE PLAQUETAS	265000	mm ³	180000.00-400000.00
RECuento DE LEUCOCITOS	5.0	X 10 ⁹	5.00-10.00
NEUTROFILOS SEGMANTADOS	46	%	40.00-70.00
EOSINOFILOS	4	%	
BAZOFILOS	1	%	0.00-1.00
LINFOCITOS	41	%	20.00-40.00
MONOCITOS	0	%	2.00-5.00



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"
CLINICA ZARAGOZA TURNO Mañ FECHA 19-04-08

NOMBRE DEL PACIENTE Martinez Nieto Julian Ricardo EDAD 13 SEXO M FI

BIOMETRIA HEMATICA

<input checked="" type="checkbox"/> HEMOGLOBINA	%
<input checked="" type="checkbox"/> HEMATOCRITO	g/dl
<input checked="" type="checkbox"/> HEMATOCRITO	mm3
<input checked="" type="checkbox"/> ERITROCITOS	x10 ⁶ /mm ³
CMH	%
VCM	pg
VCM	fL
<input checked="" type="checkbox"/> LEUCOCITOS	%
<input checked="" type="checkbox"/> NEUTROFILOS	%
<input checked="" type="checkbox"/> BANDAS	%
<input checked="" type="checkbox"/> EOSINOFILOS	%
<input checked="" type="checkbox"/> MONOCITOS	%
<input checked="" type="checkbox"/> BASOFILOS	%
<input checked="" type="checkbox"/> PLACETAS	mm3
<input checked="" type="checkbox"/> VSG	mm/hr
<input checked="" type="checkbox"/> TS	1.15 ^h
<input checked="" type="checkbox"/> TC	31.89
<input checked="" type="checkbox"/> TP	15.1
<input checked="" type="checkbox"/> TTP	27

ALBUMINA	g/l
GLUCOSINA	g/l
LDL	mg/dl
(Lipoproteina de baja densidad)	
HDL	mg/dl
(Lipoproteina de alta densidad)	
A/G	mg/dl
(Relación albumina-globulina)	
LDH	mg/dl
(Lactato deshidrogenasa lactica)	
F ACIDA	mg/dl
F ALCALINA	mg/dl
CALCIO	mg/dl
HIERRO	ug/dl
FOSFORO	mg/dl
GLUT	mg/dl
(Glutamo-glutamyl transferasa)	
AMYLASA	mg/dl
BUN	mg/dl
(Nitrógeno de urrea)	

CRIFNALES	
ERITROCITOS	
LEUCOCITOS	
CHILAIINOS	
CHILERIOS	
CHILGRANULOSOS	
CHILMUCOSOS	
TRITOMONAS	
MEXINA	
COPROPARASITOSCOPIA	
SI RIADO	
SIMPLE	
AMIBA ENTERESCO	
GRAHAM	
BACTERIOLOGIA	
EX FARINGEO	
EX NASAL	
EX OTICO	

EXAMEN GENERAL DE URINA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

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

Núm. de Estudio: Bz-120-08

Fecha de recepción: 13-06-2008

Nombre del Paciente: Julian Ricardo Martínez Nieto

Edad: 20 años.

Sexo: Masculino.

Dr(a) Solicitante: Gustavo Gálvez Reyes

Tipo de Biopsia: Otra

Diagnóstico Clínico: Quiste Dentígero.

Descripción Macroscópica: Se reciben un fragmento de tejido correspondientes al cuerpo mandibular el cual mide 1.5 x 0.6 x 0.2 cm, es de forma circular superficie lisa color blanquecino y consistencia blanda, se incluye en su totalidad en una cápsula.

Descripción Microscópica: El espécimen examinado muestra una cápsula de tejido conectivo fibroso, denso y laxo, revestido de epitelio escamoso estratificado y zonas de hemorragia reciente.

Diagnóstico: Quiste Dentígero.

ICD: 526.0

Observaciones: Se devuelve Rx.

**C. D Ma. Alba Solís Crespo
Patóloga Bucal.**