



Universidad
Nacional
de Córdoba



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESCUELA DE POSGRADO

**“ABORDAJE QUIRÚRGICO POR VÍA LINGUAL DE
DISTINTAS PATOLOGÍAS, RELACIONADAS A DICHA
ZONA”**

TESISTA:

OD. OSVALDO CLAUDIO CALABRESE.

DIRECTOR:

PROF. DR. NAZARIO KUYUMLLIAN

CÓRDOBA, 2006



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

“Abordaje Quirúrgico por vía Lingual de Distintas Patologías, relacionadas a dicha zona”.

“Trabajo de Tesis para optar al Título de Doctor en Odontología”

Od. Osvaldo Claudio Calabrese

Febrero de 2006

Director: Prof. Dr. Nazario Kuyumllian

Comisión de Tesis

Prof. Dr. Ricardo Bachur

Prof. Dr. Carlos Bencini

Prof. Dr. Jorge Marcelo Gilligan

El Odontólogo

Pocas personas se dan cuenta de lo que significa la misión del Dentista. “Sin embargo, esta profesión requiere conocimiento y experiencias que tienen de ciencia, de arte. Demanda, tacto, intuición y delicadeza Psicológica, a fin de lograr el arte de la persuasión y autoridad moral necesarias para anticiparse a los temores instintivos y las dudas del paciente y vencerlas”...

Necesitáis paciencia y resistencia física, pues, debéis mantener un esfuerzo continuado de control de todos vuestros sentidos, de vuestros nervios, de vuestro cuerpo, de vuestra mente, de vuestra voluntad y de vuestra sensibilidad.”

“Siempre de pie, a menudo en una actitud forzada, vuestros ojos deben rendir al máximo de su visión, vuestras manos, siempre ocupadas, deben mantener flexibilidad que permitan manipular varios instrumentos a la vez, mientras sus movimientos son impedidos por reflejos y reacciones del paciente, que no siempre se puede prevenir.”

“En todo este tiempo debéis permanecer imperturbables, tranquilos, corteses y llenos de caridad.”

Su Santidad
PIO XII

“... Porque te hago saber, Sancho, que la boca sin muelas, es como molino sin piedras, y en mucho mas se ha de estimar un Diente que un Diamante...”

Cervantes.-

Dedicatorias

Este trabajo esta especialmente dedicado:

a mis Padres por el apoyo que siempre me brindaron en buenas y malas.

a mi esposa Jimena, por el Amor que me brinda día a día y por lo “Gran Mujer” que es.

a mis hijos, Lucía, Mailén, Lautaro y Oriana, a quienes amo con locura.

al Dr. Gustavo Juan Armando, mi “Primer Gran Maestro”, porque siempre creyó en mi.

a los hermanos que la vida me regaló, Adrián Ferrari y Paula Tejerina.

Agradecimientos

Al Prof. Dr. Nazario Kuyumllian, quien me alentó, apoyó y asesoró para que hiciera este trabajo.

Al Prof. Dr. Daniel Quiroga, por toda su sapiencia, que la volcó en mi, para que yo sea mejor docente y profesional, además de haber sido “mi ayudante de lujo”.

A todos mis compañeros de la Cátedra “A” de Cirugía II, que, quien mas, quien menos, hicieron algo por este trabajo, especialmente, el Dr. Adrián Ferrari, la Dra. Paula Tejerina, el Dr. Amadeo Bortoletto y la Dra. Marta Pujol.

A la Comisión de Tesis Doctoral, por que mas que un Tribunal Examinador, fue un Tribunal Asesor.

Al Prof. Dr. Ricardo Bachur, por facilitarme y asesorarme en todo lo necesario en forma totalmente desinteresada.

Al Prof. Dr. Enrique Giménez, por poner a mi disposición la Cátedra de Técnica Radiológica y su asesoramiento en el Diagnostico por Imágenes.

Al Prof. Dr. Mgter. Rafael Moncho, por facilitarme en su momento la Cátedra de Anatomía “B” para realizar las disecciones cadavéricas.

Al Dr. Pablo Kuyumllian, por que a través del Servicio de Ortopantomografía de nuestra Facultad, me derivó cuanto paciente creyó que podía ser de utilidad para este trabajo.

Al Sr. Leopoldo Torres, un “Maestro”, que me sirvió una mesa llena de manjares, de los cuales tuve oportunidad de poder comer algunos de ellos, por ejemplo: ver lo “Justo” que es “Hacer lo necesario en el momento oportuno”, a ser capaz de utilizar la “Imaginación”, para “Ver” la “Realidad” e incluirme en ella a través de dudas e inquietudes necesarias para el “Trabajo”, partiendo de que: “El fin es el Principio”.

A todos ellos ¡¡¡Muchas gracias!!!, les voy a estar eternamente agradecidos, es bueno saber que siempre hay gente con la que se puede contar, y que sepan que pueden contar conmigo.

Certificaciones Pertinentes



Córdoba, Octubre de 2005

Certifico que el Od. Osvaldo Claudio Calabrese Leg. 31427, J.T.P. de la Cátedra de Cirugía II “A”, se le facilitó la infraestructura de dicha Cátedra donde realizó las actividades quirúrgicas y de documentación de los casos clínicos concernientes a su Trabajo de Tesis Doctoral de tema: “Abordaje Quirúrgico Lingual de distintas Patologías relacionadas a dicha zona”, se extiende el presente a los fines que hubiere lugar.

Firma manuscrita de Prof. Dr. Nazario Kuyumllian.

Prof. Dr. Nazario Kuyumllian
Prof. Titular de la Cátedra “A” de Cirugía II
Director del Trabajo

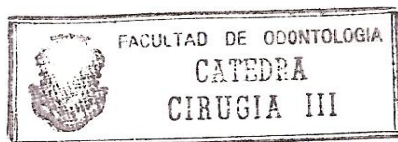


Córdoba, Octubre de 2005

Certifico que el Od. Osvaldo Claudio Calabrese Leg. 31427, J.T.P. de la Cátedra de Cirugía II “A”, se le facilitó la infraestructura y asesoramiento de la Cátedra de Cirugía III donde realizó trabajos clínicos y de documentación de los mismos concernientes a su Trabajo de Tesis Doctoral de tema: “Abordaje Quirúrgico Lingual de distintas Patologías relacionadas a dicha zona”, se extiende el presente a los fines que hubiere lugar.

Prof. Dr. Ricardo Bachur
Prof. Titular de la Cátedra de Cirugía III

DR. RICARDO O. BACHUR
M.P. 2741
PROF. TITULAR CAT. CIRUGIA II'





Córdoba, Octubre de 2005

Certifico que el Od. Osvaldo Claudio Calabrese Leg. 31427, J.T.P. de la Cátedra de Cirugía II “A”, se le facilitó la infraestructura y asesoramiento de la Cátedra de Radiología donde realizó los diagnósticos por imágenes y la documentación de los mismos concernientes a su Trabajo de Tesis Doctoral de tema: “Abordaje Quirúrgico Lingual de distintas Patologías relacionadas a dicha zona”, se extiende el presente a los fines que hubiere lugar.




Prof. Dr. Enrique Giménez
Prof. Titular de la Cátedra Radiología

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA
TECNICA
RADIOLOGICA “B”**



Córdoba, Octubre de 2005

Certifico que el Od. Osvaldo Claudio Calabrese Leg. 31427, J.T.P. de la Cátedra de Cirugía II “A”, se le facilitó la infraestructura de la Cátedra “B” de Anatomía donde realizó las disecciones anatómicas y de documentación de las mismas concernientes a su Trabajo de Tesis Doctoral de tema: “Abordaje Quirúrgico Lingual de distintas Patologías relacionadas a dicha zona”, en los ámbitos de la Cátedra antes mencionada, se extiende el presente a los fines que hubiere lugar.

Firma manuscrita en tinta azul de Rafael Moncho.

Prof. Dr. Mgter. Rafael Moncho
Ex. Prof. Titular de la Cátedra “B” de Anatomía

Introducción

El abordaje por la vía lingual cuenta con un sin numero de detractores o autores o cirujanos bucales o cirujanos dentistas, llámenlos como a ustedes mas les guste, avasallaron dicha técnica pues argumentaron graves peligros infecciosos, los antibióticos ya existían (La penicilina fue descubierta en el año 1928 por Alexander Fleming), graves peligros quirúrgicos, una zona altamente irrigada, altamente inervada, etc... Las disecciones anatómicas habían sido realizadas algunos años atrás (Alrededor del siglo IV y V a.c. por Hipócrates), es decir se podía tener suficiente conocimiento como para aplicarlo a la clínica y así poder poseer hoy mayor información científica, pero claro, de haber sido así, este trabajo no hubiera tenido sentido.

Después de las distintas experiencias quirúrgicas realizadas, y teniendo en cuenta que lo que se intenta demostrar es un Trabajo de Tesis Doctoral Clínico descriptivo, que prácticamente no se contó con bibliografía internacional para armar la casuística bibliográfica actualizada, pero que sí había intentos de cirugías relacionados a esta zona, y que era esta, un práctica poco aconsejada por los riesgos quirúrgicos que la misma acarrea, y que a través de los años lo único que se había conseguido establecer eran temores por el abordaje a través de la vía lingual, y sin saberlo o tal vez si, establecer problemas de índole cercanos a la mala práctica, ya que es bien conocido por todos que las patologías y/o anomalías situadas por esta zona eran abordadas por la vía vestibular, inclusive sacrificando estructuras completamente sanas, fue entonces que decidí hacer algunas investigaciones a nivel anatómico, aquí se realizaron distintos tipos de disecciones anatómicas, teniendo en cuenta un sin numero de variables con respecto a dichas disecciones, pues como todos sabemos la anatomía topográfica no es matemática, es decir aquí 2×2 puede ser 5.

Y a nivel clínico seleccionamos distintos casos que llegaron a la consulta los cuales se resolvieron quirúrgicamente.

Los antecedentes en este tipo de cirugías, lamentablemente no son alentadores, ya que mucha de la bibliografía encontrada recomienda el abordaje vestibular, sobre todo en los casos de elementos retenidos, supernumerarios, ectópicos y heterotópicos etc., inclusive muchos autores prefieren sacrificar piezas dentarias sanas, (una, dos y hasta tres también). No es así

en el caso de los tumores de las partes blandas y duras, y de las glándulas salivales, etc. que se abordan por el sitio indicado, es decir la vía lingual.(12).

La posición lingual de elementos dentarios en ubicación anómala, es relativamente rara. La intervención puede realizarse por la vía vestibular, cuando exista espacio entre los dientes vecinos. La extracción por el lado lingual es muy laboriosa, por dificultades de acceso inherentes a la ubicación del diente retenido, supernumerario, ectópico, heterotópico etc., y la mala iluminación y visibilidad a este nivel. Por eso aún a riesgo de sacrificar dientes, se elige la vía vestibular.(12).

Hay autores que aceptan el abordaje lingual siguiendo algunas características ya antes señaladas (la corona del canino altamente situada; que sea clínicamente palpable; si los dientes vecinos se presentan demasiado unidos como para practicar una vía vestibular sin arriesgar su integridad).(12,13).

Hay casos de premolares supernumerarios, ectópicos y heterotópicos situados por lingual, la técnica sigue ofreciendo dificultades por su sitio de implantación. Aquí es necesario un colgajo sobre la cara lingual y la eliminación de la estructura ósea que cubre el elemento dentario.(11).

Encontramos tumores quísticos del piso de boca, como puede ser la ránula, que puede pasar mucho tiempo inadvertida, y cuando alcanza un cierto volumen hace saliencia en la región sublingual, presentando un aspecto característico de membrana delgada, translúcida, barnizada. Se la puede puncionar para confirmar su diagnóstico, este no es el tratamiento, pues del punto de vista terapéutico no tiene valor alguno, se debe realizar la extirpación quirúrgica.(9). Estas ránulas pueden ser también sublingual y suprahioidea, para las que alguna literatura recomienda el abordaje extraoral, inclusive con anestesia general.(9).

Otros tumores del piso de boca son los quistes dermoides, por ejemplo los adgenianos, (ad: denota proximidad; y geniano, relativo al mentón y las apófisis geni).(9).

Encontramos tratamientos de alveoloplastías de abordaje lingual, como son las reducciones de la línea milohioidea.(10). Esa profundización del surco lingual es necesaria muchas veces para poder adaptar las prótesis dentales, como así también cuando se colocaron implantes.(20). Existe también la surcoplastía lingual, algunas con nombre propio como el “Procedimiento de Trauner”.(10,15,18).

Otras afecciones pueden ser los frenillos linguales, para lo cual se deben realizar frenotomías.(17).

Hay afecciones donde se debe aplicar el abordaje lingual, como son por ejemplo los tumores de las partes duras, entre ellos los osteomas y los torus mandibulares, este último es una exostosis que por lo general se presentan en forma bilateral sobre la superficie media del cuerpo de la mandíbula y el proceso alveolar.(16).

Se encuentran antecedentes en patologías periodontales que fueron abordadas por vía lingual, sobre todo en las lesiones de furcación, pues se demostró que las lesiones del hueso lingual eran más severas, por tratarse de un hueso mucho más delgado que el vestibular.(19).

OBJETIVOS

Objetivos Generales

- ◆ Demostrar clínicamente que todas las patologías que afectan la zona lingual deben ser abordadas quirúrgicamente por allí.

Objetivos Específicos

- ◆ Seleccionar casos clínicos específicos con distintas patologías que puedan ser abordadas por la vía lingual, (tumores de tejidos blandos y duros, de las glándulas salivales, frenectomías y frenotomías, ránulas, elementos retenidos, elementos supernumerarios, elementos ectópicos, elementos heterotópicos, odontomas, épulis, liberaciones de elementos retenidos, etc.).
- ◆ Abordar quirúrgicamente por la vía lingual exclusivamente, todos los casos clínicos conseguidos.
- ◆ Documentar y analizar todos los casos operados.
- ◆ Demostrar clínica y quirúrgicamente que la vía lingual, conociendo la anatomía y la topografía de la zona, es totalmente indicado, conveniente y accesible, en todos los casos que son presentados en este Trabajo de Tesis Doctoral.

Reseña de Antecedentes Bibliográficos

(Reporte N° 1)

Medicina Oral

Sanchis JM, Peñarrocha M, Minguez JM, Bonet J. Pseudoquistes de los maxilares. Medicina Oral 1999;4:564-72.

© Medicina Oral 1999

RESUMEN

Los pseudoquistes de los maxilares son cavidades intraóseas sin recubrimiento epitelial, es decir, no son verdaderos quistes. Revisamos el quiste óseo solitario, también denominado simple o hemorrágico, cuya etiología es traumática en el 25% de los casos y el quiste óseo aneurismático, de etiología desconocida, que se ha relacionado con diversas lesiones fibrosas, displásicas o vasculares de los maxilares. Ambos tipos suponen entre el 0,2 y el 1% de la patología quística maxilar y se presentan generalmente de forma asintomática en la mandíbula de jóvenes entre los 5 y los 25 años. El pronóstico del quiste óseo solitario, tras legrado simple de la cavidad, es excelente, incluso para la vitalidad pulpar de los dientes implicados. En el quiste óseo aneurismático el pronóstico no es tan bueno y el tratamiento depende de la extensión de la lesión, puesto que su extirpación requiere, en ocasiones, intervenciones quirúrgicas amplias para evitar las recidivas.

CONCEPTO

Los pseudoquistes de los maxilares son cavidades intraóseas vacías, de etiología desconocida y sin epitelio de revestimiento. También han sido denominados quistes maxilares sin recubrimiento epitelial y lesiones óseas no neoplásicas. Existen dos tipos: el quiste óseo solitario (QOS), también llamado hemorrágico, traumático, primario simple o idiopático y el quiste óseo aneurismático (QOA). El primero es una cavidad intraósea vacía y el aneurismático presenta en su interior espacios lacunares rellenos de sangre, asociados a una proliferación conectiva con células gigantes y tejido osteoide. Aunque como entidad aparte, la cavidad idiopática de Stafne (CIS) también es considerada por algunos autores como un pseudoquiste, aunque en realidad se trate de una impronta mandibular y no una verdadera cavidad intraósea. Su diagnóstico diferencial con el QOS, en ocasiones es controvertido, y

puede simular un quiste periapical o focos de osteomielitis. En este trabajo presentamos una revisión actualizada del tema haciendo especial mención al diagnóstico y tratamiento de estos casos.

EPIDEMIOLOGIA

La incidencia del QOS se ha estimado en el 1,2% de los quistes maxilares y el 2% de todos los que aparecen en el resto de huesos del organismo; son frecuentes en el fémur y húmero, habiéndose descrito la afectación simultánea humeral y maxilar. Aparecen en edades tempranas, por debajo de los 25 años, aunque dado su carácter asintomático no es raro realizar el diagnóstico en pacientes de más de 40 años. Afectan por igual a ambos sexos.

El QOA supone según autores el 0.2% de los quistes maxilares y se diagnostica en pacientes jóvenes (por debajo de los 20 años), puesto que la tumefacción mandibular, y en ocasiones el dolor que producen alerta a los padres e induce a un diagnóstico más precoz. Tampoco parece existir predilección por un sexo u otro aunque algunos autores muestran una mayor frecuencia en mujeres con una relación 3:1.

La incidencia de la CIS fue estimada por Correll y cols. en el 0,48% entre 2693 radiografías panorámicas revisadas, aunque todos los autores estiman como lógica una cifra entre el 0,1 y el 0,3% de la población. Afecta principalmente a varones entre los 50 y 70 años.

ETIOPATOGENIA

La etiología de los pseudoquistes es desconocida aunque se piensa que el factor traumático es importante. De hecho en más del 25% de los casos de QOS existe el antecedente de un traumatismo previo en la zona de aparición de la lesión. Habitualmente se trata de un traumatismo mandibular externo durante la infancia, si bien Progrell presentó un caso secundario a un traumatismo interno por extracción de un cordal incluido. La hipótesis patogénica más aceptada es que el trauma produciría una hemorragia medular que ocasionaría una cavidad ósea; el aumento de la presión osmótica en su interior facilitaría el crecimiento, produciendo un compromiso del drenaje venoso e isquemia con necrosis ósea periférica que aumentaría el tamaño de la lesión. Otras posibles causas sugeridas son una lesión distrófica del hueso (similar a las displasias óseas), una alteración de tipo hemartomatoso o una infección intraósea.

La etiología del QOA es desconocida, esta lesión presenta muchas similitudes con el granuloma central de células gigantes y para algunos autores sería un tipo de displasia fibro-ósea modificada por cambios quísticos y hemorrágicos. También en el QOA está descrito el antecedente traumático aunque no es tan frecuente como en el QOS. En este sentido se piensa que la causa sería una alteración circulatoria local secundaria al traumatismo. Se han propuesto varias teorías, para Struthers y Shear se desarrollaría a partir de microquistes, resultantes del edema intercelular en una lesión ósea primaria; la ruptura de los vasos permitiría la entrada de sangre a presión en los microquistes; los espacios vasculares reabsorberían el hueso de alrededor hasta dejar solo la cortical o llegar al periostio. Estos mismos autores indicaron que algunas lesiones óseas incipientes como el granuloma central de células gigantes, displasia fibrosa o fibrosis ósea, pueden sufrir una transformación y llegar a desarrollar un QOA.

En la cavidad idiopática de Stafne, la etiología es debida a la interposición de algún tejido blando peribucal en el momento de la calcificación de la cortical mandibular. Se cree que una glándula salival ectópica o más raramente estructuras fibrosas, musculares, linfáticas, vasculares o adiposas serían la causa del defecto o impronta en el cuerpo mandibular que simula un pseudoquiste. De especial relieve es la teoría de la interposición de una glándula salival ectópica, puesto que su presencia se ha podido demostrar mediante el uso de la sialografía. Su etiología congénita ha sido cuestionada por Wolf y cols. puesto que presentaron un caso que se manifestó a los 44 años en un varón que tenía una radiografía previa normal, 8 años antes.

CUADRO CLINICO

La localización más frecuente de los QOS es la sínfisis y cuerpo mandibular, hasta el punto que el 95% de los casos se dan en esta zona. También han sido descritos en el maxilar superior y en el cóndilo mandibular, así como lesiones múltiples o bilaterales. El QOA tiene predilección por el ángulo mandibular; dos de cada tres lesiones asentaron en esta localización, habiéndose descrito también en el maxilar superior, arco cigomático y suelo de la órbita. La CIS aparece siempre en el cuerpo mandibular, a la altura de los ápices del segundo y tercer molar, junto a la cortical lingual.

Los QOS son asintomáticos en la mayoría de los casos y su hallazgo es un hecho casual. Su formación es lenta y acompañada del crecimiento o desarrollo mandibular, motivo por el cual pueden alcanzar gran tamaño sin afectar la vascularización de los dientes vecinos al defecto óseo, es decir manteniendo su vitalidad pulpar, que es un dato muy importante para el diagnóstico diferencial de estas lesiones. Los síntomas, cuando aparecen, son de tipo inespecífico: dolor ligero mandibular, sensibilidad en los dientes vecinos o sensación de tensión en la zona afecta. En caso de infección de la cavidad puede aparecer hinchazón, supuración y fístulas, estando descrita la tumefacción mandibular indolora. La palpación es indolora y como no suele afectar las corticales, su textura y dureza habitualmente es normal. En el QOA la mayoría de los casos cursan con agrandamiento mandibular y tumefacción que causa asimetría facial. Es más frecuente la aparición de molestias inespecíficas o discreto dolor. A la palpación se aprecia una masa sólida, irregular, que perfora la cortical y queda recubierta sólo por el periostio, presentando elasticidad al tacto. En la CIS no aparece ningún tipo de sintomatología y siempre se descubre de forma fortuita al realizar una radiografía panorámica.

RADIOLOGIA

La radiología de los QOS muestra una imagen radiotransparente, bien definida, de contornos nítidos, sin osteocondensación de los bordes, que en ocasiones puede confundirse con lesiones periapicales. No desplaza, erosiona, ni afecta a los ápices de los dientes vecinos (que permanecen vitales). Se ha descrito como característica de estas lesiones la aparición de una imagen de festoneado que corresponde al límite superior del QOS que va insinuándose y contorneando la parte inferior de las raíces de los dientes vecinos y que según Copete y cols. pueden aparecer hasta en el 68% de los casos. No se asocian a dientes retenidos, impactados o por erupcionar. La lesión es uniuística, redondeada y homogénea; en ocasiones se ha descrito una forma multiuística o multilobulada, con formación de septos o tabiques. En su crecimiento, puede llegar a adelgazar alguna de las corticales.

La imagen radiológica del QOA más frecuente es un área radiolúcida heterogénea de bordes no bien delimitados que presenta expansión ósea, adelgazamiento y balonización de la cortical. Aunque puede ser unilocular, lo habitual es encontrar imágenes multiloculares con septos y trabéculas. En su interior se han descrito imágenes en "nido de abeja", "pompa de jabón" o "en voluta" que puede plantear el diagnóstico diferencial radiológico con el

hemangioma, granuloma eosinófilo, tumor de células gigantes y diversos tumores odontogénicos osteolíticos como el mixoma o el ameloblastoma. Toda esta variedad de formas de presentación y la posibilidad de mostrar, junto a las áreas de resorción, imágenes de formación ósea, hace necesario el diagnóstico diferencial, en ocasiones, con lesiones malignas. Se ha descrito desplazamientos de los dientes erupcionados, retenidos o sin erupcionar, así como reabsorciones radiculares. En la tomografía computarizada es característica la aparición de niveles líquidos intralesionales.

En la CIS la imagen radiotransparente puede simular, como ya hemos indicado, diversas lesiones quísticas o tumorales aunque su aspecto característico sea sugestivo de benignidad, con unos bordes muy nítidos y definidos y nula afectación de corticales o raíces de los dientes. Aunque la radiografía simple mediante sialografía puede confirmar en muchos casos su diagnóstico, la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia nuclear magnética (RNM) se muestra definitivas para apreciar mediante diversos cortes tomográficos el defecto en la cortical lingual que da origen a estas lesiones.

HISTOPATOLOGIA

Tanto el QOS como el QOA están incluidos en la clasificación de la OMS de tumores y quistes de los maxilares dentro de las "lesiones óseas no neoplásicas", junto a otras entidades como son la displasia fibrosa de los maxilares, las displasias óseo-cementarias, las displasias floridas óseo-cementarias, el querubismo y el granuloma central de células gigantes. Todas estas lesiones tienen en común muchas características histológicas que en ocasiones pueden dificultar su diagnóstico. Así, los pseudoquistes pueden exhibir también alguno de los diversos patrones histológicos que definen todas estas lesiones óseas no neoplásicas.

El QOS carece de recubrimiento epitelial y está delimitado, en ocasiones, por una delgada cápsula de tejido fibroso inespecífico. En su interior, usualmente vacío, se han encontrado células gigantes multinucleadas, gránulos de hemosiderina, hematíes, cristales de colesterol y un tejido granulomatoso o mixoide laxo. También se ha descrito la presencia de hueso neoformado, necrosis ósea y tejido conectivo fibroso. Se ha demostrado la existencia de hueso displásico, sugiriéndose una asociación entre el QOS y las displasias óseas. El contenido líquido del interior de la cavidad, ha sido analizado, demostrándose que sus características bioquímicas no difieren en nada a las del suero.

El QOA presenta en su interior espacios cavernosos rellenos de sangre, de diversos tamaños, sin recubrimiento epitelial, limitados por proliferaciones de tejido conectivo fibroblástico que contienen células gigantes multinucleadas y asociados a material osteoide y tejido óseo. Existe una destrucción de la arquitectura ósea trabecular con proliferación de neoformaciones arteriovenosas y abundantes lagunas hemáticas. Se aprecian abundantes focos hemorrágicos recientes y antiguos con depósitos de hemosiderina y células gigantes multinucleadas alrededor de ellos. Se han descrito otras lesiones óseas asociadas, como displasias fibrosas o fibromas cementificantes.

En la CIS existe la controversia respecto a la presencia o no de algunos de los elementos descritos como causantes de la impronta mandibular. Mediante densitometría se ha podido constatar la existencia de tejido graso, tejido fibroso y glándulas salivales. Como quiera que la biopsia no está indicado en estos casos, se disponen de muy pocos datos histopatológicos que corroboren la existencia de algún tipo de tejido en su interior.

PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

El tratamiento del QOS consiste en la decortización de la lesión para poder acceder a su interior, legrado y cierre por primera intención. Según algunos autores la simple inspección quirúrgica de la lesión o el relleno con sangre autóloga activa su curación. Incluso se ha descrito algún caso de curación espontánea. Como son lesiones intraóseas que no afectan a la cortical, su acceso debe ser precedido de la decorticación, que si es cuidadosa, una vez legrada la cavidad, permite reponer la cortical en su sitio y facilitar la curación de la lesión. Son raros los comportamiento agresivos como los descritos por Freedman en los que no hubo una buena resolución de la lesión y las recurrencias son muy raras aunque se ha comunicado algún caso que no se osificó adecuadamente tras el tratamiento quirúrgico y algunos autores opinen que hay que hacer un seguimiento de estas lesiones por la posibilidad de recurrencia. El comportamiento de estas lesiones es totalmente benigno. No está indicado realizar tratamiento de endodoncia en los dientes implicados, puesto que la pulpa dentaria se mantiene vital, incluso tras la intervención quirúrgica. Por ello se recomienda realizar un curetáje cuidadoso de la cavidad, especialmente en su techo, respetando los tejidos blandos que rodean los ápices de los dientes.

En el QOA, debido a la alta tasa de recidiva, que oscila del 20 al 60% el tratamiento quirúrgico aunque conservador, precisa de un curetaje más agresivo e intenso. La criocirugía ha sido propuesta como una alternativa terapéutica en casos en los que la lesión está bien delimitada, respetando las corticales. Cuando la lesión alcanza un gran tamaño se hace necesaria la resección parcial mandibular, estando indicada la reconstrucción inmediata mediante injertos de hueso autólogo o incluso la hemimandibulectomía. Estos pacientes deben ser controlados periódicamente debido a la posibilidad de una recurrencia que según estimaron Struthers y Shear fue del 53% para los casos tratados con curetaje y del 25% para los tratados con resección mandibular parcial.

En la CIS es importante realizar un diagnóstico de sospecha y posterior confirmación mediante TAC. La biopsia no está indicada ya que se considera una lesión congénita no patológica, que no requiere tratamiento, aunque es recomendable un seguimiento radiológico. Las vías de abordaje pueden ser indistintas ya sea por vestibular o lingual, dependiendo el caso.

(Reporte N° 2)

RESECCIÓN INTRAORAL DE LA GLANDULA SUBMANDIBULAR: UN NUEVO ABORDAJE QUIRURGICO.

AUTORES:

Hong, K y Kim, Y.

INSTITUCION :

Departamento de ORL y Cirugía de Cabeza y Cuello. Escuela de Medicina, Universidad Nacional de Corea del Sur.

FECHA Y REVISTA :

Junio de 2000. Otolaryngology Head and Neck Surgery.

OBJETIVO :

Introducir una nueva técnica quirúrgica para la resección de la glándula submandibular, indicada en casos de patologías inflamatorias crónicas y tumores mixtos benignos.

INTRODUCCION:

La indicación de la excisión de la glándula submandibular es a menudo la sialadenitis crónica con o sin formación de cálculos. A su vez, la extensión de la cirugía para sialolitiasis ha sido controversial. La resección intraoral de cálculos localizados en el conducto de Wharton ha llevado a una mayor incidencia de estenosis cicatricial del conducto y la aparición de infecciones recurrentes, que conducen a realizar la resección transcervical de la glándula. Este tipo de resecciones tiene varias complicaciones incluyendo una inflamación residual del conducto de Wharton en 7.3% de los pacientes, el desarrollo de quistes residuales en el piso de la boca (mucocelos y quistes de retención). Además, se han presentado lesiones neurológicas como afectación de los nervios facial (7.7%), hipogloso (2.9%) y lingual (1.4%). La asimetría gustatoria se ha presentado en 2.9 % de los pacientes.

MATERIALES Y METODOS:

Se consideran 31 casos de resección intraoral de glándula submandibular, excluyendo remoción simple de cálculos, llevadas a cabo en un periodo de 2 años en el Hospital de la Universidad Nacional de Corea del Sur. Las indicaciones fueron: Inflamación crónica con sialolitos (22 casos), sin sialolitos (5 casos), y con ránula (1 caso); y 3 casos de adenoma pleomórfico benigno. Variables tenidas en cuenta: edad, género, diagnóstico clínico, técnica quirúrgica, complicaciones POP y morbilidad a largo plazo. Técnica Quirúrgica: Instrumental adicional necesario: disector de amígdalas, fórceps hemostáticos de amígdalas, soportes de boca, retractor metálico de lengua y retractor de fibra óptica. Intubación transnasal, BAG, asepsia y antisepsia con SSN y dióxido de hidrógeno. Incisión a través de la mucosa del piso lateral de la boca, posteriormente al conducto del orificio de Wharton hasta la región lingual del triángulo retromolar. La sublingual fue disecada y removida totalmente, aislando el conducto de Wharton y preservando el nervio lingual. Ligadura y corte a nivel del orificio del conducto de Wharton, disección y aislamiento del nervio lingual, que se dirige adelante y medial cruzando el conducto submandibular. Mediante disección de la cápsula de la glándula, se identifica el ganglio submandibular. Se retraen el nervio lingual y la lengua con el piso de la boca, con identificación del milohioideo, el cual se retrae lateralmente. Se visualiza la glándula que se expone por disección roma. La resección de la glándula no es simple pues el campo operatorio es muy pequeño, necesitándose el retractor de fibra óptica. La glándula se pinza con pinzas de amígdala, y la su disección se continúa con disector de amígdalas o con tijeras, y se empuja a través de la incisión. Mediante disección se identifican las arterias facial y las ramas glandulares, estas últimas se ligan. En el lecho del campo quirúrgico se identifica el nervio hipogloso, y por palpación bimanual se detecta tejido glandular residual en el espacio submandibular. Cierre con sutura continua de seda. Se deja un drenaje durante 24 horas.

RESULTADOS:

De los pacientes 19 eran hombres y 12 mujeres con edad promedio de 41 años (14-67). Tiempo de cirugía en primeros 5 casos: 1 hora+ 30 min. , en los últimos casos: 40 – 50 minutos. Principales complicaciones POP: Anestesia lingual parcial 25 (81%) por contusión o compresión del nervio lingual, leve limitación para el movimiento de la lengua 21 (68%) por edema del piso de la lengua, cambio en el gusto 1 (3%), hematoma POP 1 (3%),

formación de absceso 1 (3%), resección incompleta 1 (3%). No hubo complicaciones en los nervios hipogloso y facial. Las alteraciones del lingual resolvieron espontáneamente en el primer mes.

DISCUSION:

En las enfermedades inflamatorias crónicas de la submandibular, tradicionalmente se ha recurrido a la resección transcervical, procedimiento controversial en ciertos estudios. Sólo existe un reporte de la técnica intraoral que incluye la desinserción del milohiideo de la mandíbula. En este artículo se realiza la incisión en el piso de la boca, en el recorrido del conducto de Wharton, y en pacientes edéntulos levemente más lateral. En estos casos la cirugía fue ligeramente más difícil en presencia de los molares, pero no se requirió una incisión cervical adicional. En casos de adhesión severa a tejidos circundantes, se recomienda utilizar el abordaje transcervical. Con este abordaje se sugiere la resección total del conducto de Wharton, ya que es ligado en su orificio de apertura, por lo cual la inflamación residual no se presentó. Esta es una de las principales complicaciones del abordaje transcervical. La formación de quistes residuales en el piso de la boca en el abordaje transcervical se debe principalmente a lesiones de la sublingual. Esto no se presenta en el intraoral pues se requiere la resección de la sublingual. La complicación más frecuente de la resección transcervical es la lesión de la rama marginal del facial con una incidencia de hasta 20%. La recuperación espontánea se ha presentado en 3 meses. Con la intraoral no se da lesión de este nervio. Con respecto al nervio lingual, en el abordaje intraoral se realiza compresión y elongación durante la tracción del piso de la boca con la consecuente lesión de carácter temporal y recuperación en 2 a 3 semanas. La incidencia de lesión del nervio hipogloso es baja en el transcervical; sin embargo, los pacientes se quejan de movilidad limitada lingual en el POP. En el intraoral, no se presentó lesión del hipogloso, pero la limitación de la movilidad se dio secundaria al edema de la porción lateral de la lengua y el piso de la boca. La principal ventaja de este abordaje con respecto al transcervical es que se evita la cicatriz externa y la lesión de la rama mandibular del facial o del hipogloso. Todos los pacientes evolucionaron adecuadamente y salieron del hospital a los 6 días.

(Reporte N° 3)

Anquiloglosia en niños de 5 a 11 años de edad. Diagnóstico y tratamiento

Dra. Norailys Pérez Navarro y Lic. Margarita López

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?>

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal y prospectivo sobre la anquiloglosia, que se define como un frenillo corto que restringe los movimientos de la lengua. El universo de nuestro estudio procedió de las escuelas primarias del municipio Melena del Sur, compuesto por niños con edades comprendidas entre 5 y 11 años. En coordinación con la logopeda y el estomatólogo general, se les trató quirúrgicamente en la Clínica Dental "Orlando Corvo" del municipio Melena del Sur, y posteriormente los pacientes fueron remitidos a la logopeda para corregir con ejercicios los problemas de habla. Se realizó una técnica quirúrgica diferente a la propuesta por la literatura, lo que permitió que los pacientes no necesitaran de sutura quirúrgica. Se modificó la técnica quirúrgica propuesta por los autores y se hizo más sencilla al realizar el corte más próximo a la cara ventral de la lengua. Se obtuvieron resultados satisfactorios en cuanto al tiempo de curación de la herida.

El recién nacido mantiene su sistema bucal bastante activo. De las obligaciones bucales del recién nacido, la succión, la amamantación y la deglución están íntimamente relacionadas con la lengua.

El mantenimiento de la posición de la lengua entre los cojines gingivales y los movimientos ondulares linguales en el proceso de deglución, mantiene solidaridad funcional con todos los huesos y músculos faciales, y de manera particular, con el frenillo lingual.

En el recién nacido, el frenillo lingual se posiciona desde el ápice de la lengua hasta la base del proceso alveolar mandibular. En la medida que existe desarrollo y crecimiento óseo, en el sentido del aumento de la dimensión vertical, como el alargamiento lingual y la erupción dentaria, el frenillo lingual migra para su posición central, de la cara anterior de la lengua, hasta ocupar su inserción definitiva con la erupción de los segundos molares deciduos.

En niños en edades tempranas, en los cuales un pliegue de mucosa delgado y transparente dificulta el movimiento de la lengua, un simple corte horizontal puede resolver el problema.

En los bebés está indicada cuando se dificulta la amamantación. Para su realización no es necesario el uso de anestesia infiltrativa, pues la anestesia de absorción lingual o sublingual es suficiente con el uso de anestésico oftálmico al 1 %. El goteo se hace tanto en el dorso de la lengua como en la región sublingual próximo a la región donde se localiza el primer molar deciduo, pues es donde el nervio lingual está más superficial en la región del piso. En recién nacidos, lactantes, no se usa sutura, a no ser cuando por algún error técnico alcance un vaso y exista una hemorragia.

A veces uno observa en los niños un frenillo lingual anormalmente corto que ata la lengua al piso de la boca, de modo que no es posible proyectarla por delante de la cavidad oral ni ponerla en contacto con el paladar duro. La fonación y la deglución pueden dificultarse y además, puede traumatizarse el frenillo por el contacto con los incisivos inferiores y formar una úlcera.

La anquilosia (lengua presa) es un problema que generalmente es subestimado por el dentista. Esta anomalía por lo general causa problemas de dicción al paciente. Es sorprendente el gran número de casos en que el problema afecta apenas la emisión de algunos sonidos, y estos son los casos en que, inexplicablemente, no reciben atención de los dentistas y de los otorrinolaringólogos.

El dentista puede ser el primer profesional que consulten los padres de niños con problemas del habla y la articulación del lenguaje. Por lo tanto, es aconsejable que los odontólogos conozcan la secuencia normal del desarrollo del habla y el lenguaje en la infancia, el proceso en el que se produce el habla, los principales trastornos, y los servicios profesionales para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la comunicación.

Como el odontólogo es aquel que más temprano entra en contacto con el niño dentro de su desarrollo, le cabe también la función de observador de los patrones normales. Por lo tanto, tiene la responsabilidad de observar toda dificultad que pueda surgir, y evitará eventualmente que esta se agrave. Para ello necesita conocer la normalidad del desarrollo motor y del habla, para la posible indicación al especialista.

Por último, en casos de defectos de dicción, encaminará al paciente al foniatra, para corregir esa anomalía.

Por todo lo anteriormente expuesto podemos decir que es de suma importancia el trabajo preventivo de la anquilosis en el equilibrio fonético del niño, por esto, mientras más temprano la diagnostiquemos y tratemos, mejor será la evolución del problema, por lo que consideramos de vital importancia la realización de este trabajo.

(Reporte N° 4)

LESIONES QUÍSTICAS BUCALES DIAGNOSTICADAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARACAIBO. ESTADO ZULIA. VENEZUELA.

Revista Odontológica Venezolana

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo (lapso enero 1992 – enero 2002), para determinar la prevalencia de lesiones quísticas bucales en los pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Buco-Maxilo-Facial del Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela. La población estuvo conformada por todas las personas que recibieron asistencia en el Servicio y como muestra los diagnósticos positivos de lesión quística bucal. Para la anotación de la información se utilizó una Hoja de Registro de Datos que permitió obtener, entre otros, los siguientes antecedentes: edad, sexo, ocupación, procedencia geográfica del paciente, diagnóstico de lesión quística bucal, tipo de quiste, localización y área más afectada. Los datos se procesaron utilizando un paquete estadístico computarizado denominado Estadística para Windows (Statistica for Windows), y en el análisis se identificó una tasa de 29.05 por mil individuos con lesiones quísticas bucales durante el período, así como asociación significativa entre la edad y el tipo de quiste bucal prevalente en la población y ligeras diferencias entre los sexos con relación a padecer o no la patología. Hubo prevalencia del quiste radicular apical, seguido del quiste dentígero, localizándose predominantemente en la mandíbula y maxilar superior, resultando las áreas más afectadas la anterior del maxilar superior y posterior izquierda de la mandíbula. Los resultados obtenidos permiten concluir que la prevalencia de lesiones quísticas bucales debe ser precisada en la región para obtener su tasa exacta de expresión y realizar exámenes a la población que permitan identificar precozmente los signos y síntomas de la patología y aplicar el tratamiento necesario.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones quísticas bucales, constituyen cavidades patológicas con contenido líquido, semilíquido o gaseoso, secretado por las células que tapizan la cavidad o procedente del líquido tisular. Este líquido o semilíquido puede ser: claro, turbio, incoloro o de color, fluido, acuoso o espeso, viscoso y cremoso, y contiene cristales de colesterol. Las lesiones suelen

estar revestidas de epitelio en su cara interior y en el exterior por tejido conectivo. La sustancia contenida es un rasgo predominante en proporción al tamaño de la masa total de tejido.

No hay una posición única referente a su etiología; su aparición en los maxilares puede obedecer a mecanismos etiopatogénicos, tales como: hiperplasias de origen inflamatorio (quiste radicular), alteraciones del desarrollo e inclusiones del tejido ectópico. Pero, a pesar de su origen, presentan un comportamiento clínico similar; su crecimiento es lento, expansivo, no infiltrante, respondiendo a un aumento de presión interior y no a proliferación tisular. La presión hidrostática en el interior del quiste, responsable de su expansión, produce alteraciones metabólicas en las zonas adyacentes, con predominio de destrucción ósea.

Con relación a sus signos y síntomas, Howe (1987), considera que no es raro que un quiste carezca por completo de síntomas y el paciente ignore su presencia hasta que su odontólogo o médico lo diagnostica. En otros casos, la presencia de tumefacción o secreción intrabucal hacen que el paciente solicite ayuda profesional. Refieren Wood y col (1998), que aunque algunos quistes pequeños no presentan signos clínicos y sólo se pueden identificar mediante radiografías, la generalidad se caracteriza por tumefacción. A pesar que la expresión "crepitación de cáscara de huevo", se ha relacionado durante mucho tiempo con los quistes intraóseos, la palpación puede mostrar que la tumefacción es francamente fluctuante o sólida como el hueso.

La infección aguda de un quiste puede causar un absceso agudo extenso, si bien las infecciones menos graves, causan sólo dolor sordo y palpitante. En los quistes mandibulares grandes este síntoma puede acompañarse de disminución de la sensibilidad del labio inferior. En algunos casos, el dolor y la alteración de la sensación labial pueden ser consecuencias de un quiste no infectado en la mandíbula y, en tales circunstancias, por lo general se atribuyen los síntomas a la presión de la formación hacia el epitelio.

En los pacientes total o parcialmente edéntulos, un quiste puede ser motivo de malestar por debajo de la prótesis o causar dificultades cuando se utilizan. Conforme la lesión se expande, los dientes naturales vecinos pueden moverse o inclinarse produciendo mal oclusión o pérdida de la prótesis. Los signos varían de una zona a otra. El color de los tejidos blandos que cubren un quiste puede ser normal; sin embargo, cuando la lesión perfora al hueso de revestimiento, los tejidos blandos muchas veces tienen un tono azulado si el quiste no está

infectado, y color rojo oscuro sí presenta infección aguda, caso en el cual los tejidos son sensibles al tacto.

Sí bien los quistes maxilares pueden expandirse a expensas de las láminas óseas vestibular o palatina, los quistes mandibulares situados en el cuerpo del hueso afectan la lámina vestibular y sólo pocas veces la lingual; de hecho, es raro que la expansión del lado lingual de la mandíbula sea el resultado de la presencia de un quiste, y muchos clínicos experimentados consideran que dicha expansión del cuerpo mandibular es signo de un tumor, hasta que se demuestre lo contrario, signo que en ocasiones, se relaciona con la presencia de un queratoquiste odontogénico.

Existen múltiples clasificaciones de las lesiones quísticas bucales, dependiendo estas de su origen, etiología o localización. Sapp y col (1998) clasifican los quistes en odontógenos y embrionarios o no odontógenos. Los primeros derivan de las siguientes estructuras epiteliales:

- Restos de Malassez, restos de la vaina epitelial radicular de Hertwig que persisten en el ligamento periodontal después de completarse la formación de la raíz.
- Epitelio del esmalte reducido, epitelio residual que rodea la corona del diente después de completarse la formación del esmalte.
- Restos de la lámina dental (restos de Serres), islotes y tiras de epitelio que se originan en el epitelio oral y permanecen en los tejidos después de inducir el desarrollo del diente.

Estas tres fuentes de epitelio odontógeno representan los grupos sobre los cuales se puede fundamentar una clasificación histogenética de los quistes odontógenos.

En el caso de los quistes embrionarios de las regiones bucales, se han considerado los quistes derivados del epitelio presente durante el desarrollo embrionario, estimándose que algunos quistes de los maxilares se desarrollaban a partir del epitelio que resulta secuestrado a lo largo de las líneas embrionarias de sutura. La idea es que el secuestro de epitelio no tiene lugar en dicha localización durante la embriogénesis. Los dos quistes que permanecen en esta categoría, el quiste del conducto nasopalatino y el quiste nasolabial no son de origen fisural.

Howe (1987) clasifica los quistes en odontogénicos y no odontogénicos. Los primeros (dentígeros o foliculares), se relacionan con la corona de un diente no erupcionado. La presencia de un diente o raíz necrótico es característica del quiste dental o radicular. Por otra

parte, refiere que existe variedad de quistes no odontogénicos, siendo el más común el quiste del conducto incisivo.

(Reporte N° 5)

Diagnóstico diferencial entre el Defecto Mandibular de Stafne y otras entidades patológicas que podrían confundir al profesional.

Eduardo Ceccotti *

Fabián Yansig *

Alicia Mari *

Susana Villamonte *

* Cátedra de Diagnóstico Bucal II. Escuela de Odontología USAL-AOA.

Dirección de autor: Junín 959, (1113) Buenos Aires.

Revista de la A.O.A. - Vol. 86. N° 3 - Mayo/Junio 1998

Caso Clínico:

Se presenta a la consulta un paciente de sexo masculino de 40 años de edad, parcialmente desdentado, con visibles problemas periodontales y procesos periapicales en algunas piezas. Su odontólogo lo deriva a un Servicio de Patología Oral, pues descubre en una radiografía panorámica de control un área radiolúcida en la zona del ángulo izquierdo de la mandíbula. (Fig. 1)



f1

Totalmente asintomática, la lesión se presenta como una imagen radiolúcida, de forma ligeramente semilunar, rodeada de una zona radioopaca reaccional, debajo del conducto dentario y por encima de la basal. (Fig. 2)



f2

El diagnóstico diferencial debe hacerse con el pseudoquiste hemorrágico o traumático, el quiste radicular, una neoplasia primitiva o secundaria, un nódulo linfático engrosado. El quiste hemorrágico o traumático reconoce casi como una constante un antecedente de traumatismo en la zona. Su característica radiográfica no suele presentar la reacción osteogénica periférica, y cuando está cerca de las piezas dentarias, suele disponerse entre las raíces como dedos de guante o en forma de peine. El quiste radicular debe descartarse ya que el defecto no tiene ninguna relación anatómica con el segundo ni con el tercer molar.

Neoplasias benignas como neurofibromas, schwannomas, etcétera, son tumores encapsulados a veces de aspecto multilocular o unilocular pero con límites policíclicos ya que siguen la vía de menor resistencia en su crecimiento. Además suelen tener relación directa con el nervio en cuestión. En el caso de ser el dentario el afectado, la imagen se limita al interior del conducto que se expande acompañando al tumor.

Una neoplasia maligna primitiva o secundaria suele tener sintomatología agregada, junto a una imagen radiográfica a menudo mixta, sin límites netos, de aspecto infiltrante y, por supuesto, por su rápido crecimiento, mínima o ninguna reacción osteogénica periférica. El aumento de volumen de un nódulo linfático se verifica por la presencia de un proceso infeccioso, inflamatorio o tumoral vecino, pero existe coincidencia en reconocer que dichos procesos, nunca perduran por un tiempo suficientemente largo como para producir la atrofia ósea.

Tal como está descrito, no se indicó ningún tipo de tratamiento, pero sí se aconsejó un control radiográfico a distancia. La interconsulta sirvió para tranquilizar al paciente y al profesional.

Discusión

El Defecto Mandibular de Stafne, o Cavidad Estática de la Mandíbula o Cavidad Ósea Idiomatica o Herniación de la Glándula Salival, ha sido descrito impecablemente en nuestro país por el Prof. Ricardo Luberti. De su excelente trabajo resumimos como características fundamentales: La mayoría de los autores lo consideran un defecto congénito, en el cual la glándula ha sido atrapada por el hueso maxilar durante su desarrollo. El tejido glandular penetra en la cavidad a veces a través de un infundíbulo. La continuidad con el lóbulo principal de la glándula se puede comprobar a través de una sialografía como lo demuestra

Luberti. Para otros la lesión no es congénita, ya que fue vista en adultos cuyo hueso era normal en su juventud. En este caso podría haberse producido una hipertrofia de la glándula submaxilar y provocado el defecto óseo. Se observa mayoritariamente en varones, a la edad promedio de 50 años.

Existen casos publicados de aparición bilateral, pero son extremadamente raros. Si bien se informan casos que describen histológicamente la presencia de diferentes tejidos como músculo, nódulos linfáticos, vasos, grasa o tejido conectivo, en la mayoría se halló tejido glandular. Están descriptos casos en que la cavidad estaba totalmente vacía. El caso presentado por Simpson de un adenoma pleomorfo en el Defecto Mandibular de Stafne debe ser destacado y por ese motivo se sugiere el control radiográfico a distancia. Capazo y col. describen el caso más antiguo de Defecto Mandibular de Stafne en una mandíbula de la Necrópolis de Rutigliano, en Bari, del siglo VI antes de Cristo. Nuestro paciente presentaba, además, en el lado derecho y en forma simétrica, una imagen radiopaca de contornos semejantes al Defecto Mandibular de Stafne del lado izquierdo, ubicada anatómicamente debajo del conducto dentario y encima de la basal. (Fig. 3)



f3

Este hallazgo radiográfico, al que diferenciamos de cualquier calcificación extraósea, nos dejó pensando en una osteítis condenaste o un defecto bilateral calcificado.

Resumen

El Defecto Mandibular de Stafne ha sido descripto por muchos autores. Es, tal vez, una de las entidades óseas más antiguas de las que se tenga evidencia, aunque fue Edgard Stafne quien en 1942, por primera vez reconoció y detalló sus características.

La costumbre llevó a denominarlo Quiste Óseo Estático o Quiste Latente, pero ambas denominaciones son incorrectas, ya que no es un verdadero quiste, sino un defecto por compresión de la glándula submaxilar.

Se lo descubre en la mandíbula, en el tercio posterior de la tabla lingual, debajo del conducto dentario, en el área del tercer molar, por delante del ángulo.

Hecho el diagnóstico diferencial con otras entidades, no está indicada la cirugía, pero es aconsejable un control radiográfico a distancia. La sialografía de la glándula submaxilar es, a veces, un recurso valioso para confirmar el defecto.

(Reporte N° 6)

**GRANULOMA PIOGÉNICO DE GRAN TAMAÑO EN PACIENTE EMBARAZADA:
PRESENTACIÓN DE UN CASO**

López-Labady J¹, Lazarde J², Arreaza, A³

Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela

¹ Profesora de la Cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología de la UCV, MSc en Medicina Estomatológica.

² Coordinadora de la Maestría en Medicina Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV, MSc en Medicina Estomatológica.

³ Tesista de la Maestría en Medicina Estomatológica.

RESUMEN

El Granuloma Piogénico (GP) es una lesión reactiva común, que se caracteriza por la proliferación excesiva de tejido conectivo como respuesta a una agresión, puede desarrollarse tanto en piel como en mucosas, siendo la bucal la más afectada. Se localiza a menudo en el tejido gingival actuando los irritantes locales tipo cálculo o la placa dental como factor etiológico. Se puede presentar como una patología papular o tumoral, de coloración entre rosa pálido y rojo vino, cuando cambios hormonales importantes se presentan en el paciente, la lesión puede desarrollar un tamaño considerable y ser confundida con una neoplasia maligna, es por esto que hacemos referencia en el presente artículo a un caso de GP de tamaño inusual en una paciente embarazada y una revisión de la literatura.

Introducción y etiología:

El GP o tumor del embarazo es una lesión benigna de la mucosa gingival que suele ocurrir frecuentemente durante el embarazo. El término de GP fue asignado por Hartzell en 1904 y aceptado por la literatura mundial.

La exacta causa es desconocida o complicada, inicialmente se creyó que el GP era una infección por Estafilococos o Estreptococos ya que estos microorganismos producen colonias con características parecidas a los hongos. En la actualidad se sabe que esta lesión es consecuencia a un trauma e irritación local como por ejemplo exfoliación de dientes

primarios, espículas óseas, trauma del cepillado, irritación gingival por placa y cálculo, sobre todo cuando están localizados en encía.

El trauma e irritación constante de cualquiera de estos factores produce una ulceración que debido a la irritación no sana y se forma tejido de granulación abundante en el intento de recuperación, por esto se produce la lesión. Aparentemente las infecciones pulpares también pueden provocar respuestas proliferativas de los tejidos como lo es el GP.

Las hormonas y otros factores pueden modificar la respuesta y promover el desenvolvimiento de tejido hiperplásico o de granulación. Los cambios hormonales tanto del embarazo como de la pubertad modifican el curso clínico, ya que los niveles de estrógeno y progesterona son marcadamente incrementados en estas etapas y pareciera que ejercen un efecto proliferativo hacia el endotelio en el GP, además de existir informes de que la progesterona tiene un impacto importante en el sistema vascular gingival, al incrementar el fluido gingival lo cual afecta la integridad de las células del endotelio capilar.

Epidemiología

La literatura reporta que no existe predilección por algún sexo en específico sin embargo algunos autores reportan que es más frecuente en el sexo femenino principalmente en mujeres embarazadas.

Tinoco y Salazar en 1990, hacen una revisión de 6.500 muestras de las cuales 214 fueron GP, de estas 167 pertenecían al sexo femenino y 47 al masculino.

La edad no pareciera ser significativa para la aparición de esta patología sin embargo autores refieren que es mas frecuente en la 3era década de la vida mientras otros sugieren que su mayor incidencia es en la primera y segunda décadas.

En referencia a la localización, puede aparecer tanto en piel como membranas mucosas, cuando lo hace en piel tiende a ser mas frecuente en extremidades superiores y la cara, en cuanto a mucosas puede aparecer en genitales, mucosa nasal y cavidad bucal, siendo esta última la de mayor frecuencia.

De la cavidad bucal, la zona de mayor incidencia es el tejido gingival y así lo sugieren Lawoyin y colaboradores en 1997, donde todos los casos estudiados que fueron un total de 38 tuvieron esta localización, . Tinoco y Salazar en 1990, de un total de 214 casos

confirmados como GP, 121 se localizaron en encía del maxilar superior y 80 en encía del maxilar inferior. Osorio en 1998. de 36 casos, 32 se presentaron en encía marginal.

Desde el punto de vista de cavidad bucal también lo podemos encontrar en labios, lengua, mucosa bucal, alveolar edéntula y paladar.

Características Clínicas:

Esta lesión tiende a aparecer de forma rápida, por lo general elevada, puede ser pediculada o sésil y generalmente de consistencia blanda. La superficie puede ser lisa, granular o lobulada debido a los espacios vasculares superficiales dilatados que producen una apariencia de mora. El color va en un rango entre rosa pálido y rojo vino tinto, si ha ocurrido hemorragia en la lesión esta se torna marrón. La superficie pudiera estar ulcerada dependiendo de su localización y la exposición a irritación traumática, la superficie puede estar necrótica y cubierta por un fluido blanco que clínicamente semeja pus. Tienen tendencias a hemorragias cuando son manipuladas.

En cuanto al tamaño pueden ir desde milímetros hasta varios centímetros de hecho pueden alcanzar grandes tamaños en corto tiempo.

Las lesiones jóvenes son suaves en consistencia, las mas viejas son firmes y parecen fibromas. Cuando están ulceradas dan la errónea apariencia de una lesión maligna y más aun si esto se combina con su potencial para destruir hueso subyacente.

Diagnósticos Diferenciales

- * Granuloma Periférico de Células Gigantes
- * Hemangioma Capilar.
- * Carcinoma Metastásico
- * Sarcoma de Kaposi
- * Melanoma
- * Fibroma Periférico.

Características Histopatológicas:

Se caracterizan por ser masas lobuladas de tejido hiperplásico de granulación el cual esta conformado por espacios vasculares con infiltrado de linfocitos, células plasmáticas y polimorfonucleares neutrófilos, el epitelio que lo cubre si está presente por lo general es atrófico y delgado pero también podría ser hiperplásico. Si la lesión esta ulcerada hay un exudado inflamatorio o fibrinoso sobre la superficie.

Se observan con frecuencia fascículos de colágeno que cursan a través de la masa del tejido. Cuando no es tratada se produce obliteración gradual de los capilares y adquiere un aspecto más fibroso. La madurez de los elementos del tejido conectivo se interpreta como síntoma de cicatrización de la lesión. Tanto microscópicamente como clínicamente una lesión de larga evolución puede semejarse a un Fibroma y es probable que muchos de los Fibromas intrabucales sean GP que ya sanaron.

Tratamiento

Se debe realizar la eliminación quirúrgica de la lesión la cual debe incluir la eliminación del tejido conectivo del cual surge la patología, así como cualquier factor etiológico local como cálculo o placa dental.

La recurrencia se puede observar en ocasiones y se cree, que puede deberse a la eliminación incompleta o falla al eliminar los factores etiológicos.

La eliminación quirúrgica también se puede realizar por criocirugía y cirugía láser, que pueden resultar una buena alternativa en aquellos casos en los cuales se quiera un mejor control del sangrado pero existen pocos reportes de los resultados de este tratamiento.

Algunos autores sugieren que cuando esta lesión aparece durante el embarazo no debe ser tratada hasta después del post-parto.

Reporte de caso

Se trata de paciente femenina de 20 años de edad, con cuatro meses de post-parto de su tercer embarazo, la cual acude a consulta de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV, referida de la Maternidad Concepción Palacios, por presentar una lesión tumoral que le impide alimentarse, hablar correctamente y practicar la higiene bucal adecuada.

Al interrogatorio, la paciente refiere que en su segundo embarazo apareció una lesión de características clínicas similares a la que presenta en la actualidad pero de menor tamaño, la cual fue eliminada por la propia paciente. En su tercer embarazo, al quinto mes la lesión apareció nuevamente, en la misma localización pero su crecimiento fue mas acelerado y llegó a desarrollar un tamaño considerablemente mayor, que es el mismo que mantiene al momento de la consulta. No existen antecedentes familiares pertinentes ni ningún otro personal.

Al examen intrabucal se observó una lesión tumoral bilobulada. El lóbulo anterior se caracteriza por ser de color rojo vino, de superficie lisa, brillante, consistencia blanda, base de implantación pediculada, de aproximadamente 6 mm de ancho por 4 de alto, localizada desde la cara distal del 31 hasta la mesial del 33 cubriendo toda la superficie vestibular del 32. El lóbulo posterior posee una coloración rosa pálido, es de superficie irregular, base de implantación pediculada, consistencia firme, de aproximadamente 3 cm, la cual ocupa la parte anterior y media del piso de la boca (figura 1)

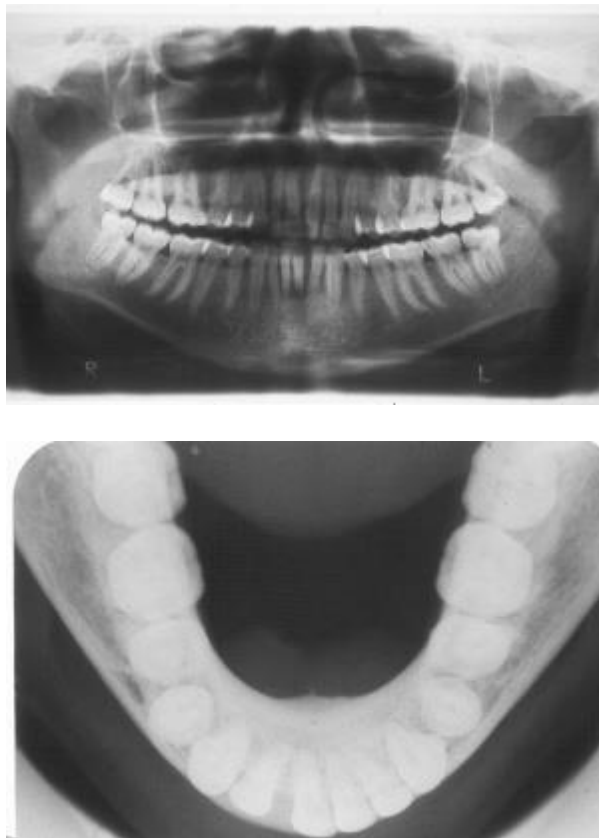


En base a las características clínicas de la patología, su aparición durante el embarazo, los antecedentes personales referidos por la paciente y su falta de dominio de las técnicas de cepillado e higiene bucal, se establece como diagnóstico provisional Granuloma Piogénico asociado a embarazo.

El plan de tratamiento incluye, radiografía panorámica y oclusal total inferior para descartar estructuras óseas asociadas a la lesión. Hematología completa y perfil quirúrgico para realizar la eliminación quirúrgica de la lesión ya que la paciente al momento de acudir a consulta se encontraba en etapa post-parto. Tratamiento Periodontal previo a la eliminación

quirúrgica (Tartrectomia e instrucción sobre higiene bucal). Biopsia excisional de la lesión y su respectivo estudio histopatológico.

Se obtienen los resultados del plan de trabajo propuesto. La evaluación radiográfica no muestra patologías óseas asociadas a la lesión, se observa continuidad de la cortical ósea (figura 2 y 3).



Los resultados hematológicos se encuentran dentro de los límites normales. La eliminación quirúrgica es realizada por el postgrado de cirugía de la Facultad de Odontología de la UCV, en el acto quirúrgico se decide realizar exodoncia de los dientes 31 y 32 por la estrecha relación de su ligamento periodontal con el pedículo de la lesión y de esta manera evitar una recidiva de la misma. El resultado histopatológico confirma el diagnóstico provisional de GP (figura 4).



Discusión

El GP es una lesión reactiva, donde aparentemente las hormonas y otros factores podrían modificar su conducta clínica, hecho que quizás explicaría el gran tamaño que desarrolla la lesión de la paciente, tomando en cuenta que la misma aparece en un período de grandes cambios hormonales como lo es el embarazo.

Tomando en cuenta las modificaciones clínicas que puede ocasionar los cambios hormonales a esta patología, es de suma importancia apresurar el tratamiento tanto a mujeres en estado de gravidez como en la pubertad.

Es importante resaltar, que a pesar que el mayor volumen de la lesión se localiza en el piso de la boca, realmente se desarrolla a partir de tejido gingival, considerado epidemiológicamente como el mas afectado por esta patología.

Conclusiones

Podemos concluir, que el GP es una lesión frecuente de la cavidad bucal, donde el tejido gingival y el sexo femenino son los mas afectados, particularmente cuando existen cambios hormonales importantes como lo es el embarazo, hecho que podría cambiar el curso clínico tradicional de esta patología y por ende el tratamiento y pronóstico de estructuras dentarias asociadas a la lesión.

(Reporte N° 7)

FIBROMA ODONTOGÉNICO CEMENTIFICANTE Y OSIFICANTE CENTRAL ASOCIADO A DIENTES RETENIDOS

REPORTE DE UN CASO

González H, José M: Profesor Agregado de la Cátedra de Anatomía Humana. Cirujano Bucal. Fac. Medicina de la Habana. Cuba.

Moret de González, Yuli: Profesor Agregado de la Cátedra de Anatomía Patológica. MSc Medicina Estomatológica. Fac. Medicina de la Habana. Cuba.

RESUMEN

El fibroma odontogénico central es una lesión muy poco frecuente que se puede presentar en ambos maxilares. Según la clasificación aprobada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) histológicamente puede presentar tejido conjuntivo maduro, con material calcificado parecido a dentina, cemento y hueso.

Se reporta un caso de un niño de 12 años de edad que presenta lesión expansiva de ambas tablas óseas que se extiende desde la zona molar del lado derecho hasta la zona canina del lado izquierdo en el maxilar inferior, asociado a un 2º premolar y un canino retenido.

Basándonos en el estudio histopatológico se diagnosticó como fibroma odontogénico cementificante y osificante central.

INTRODUCCIÓN

El fibroma odontogénico central es una lesión poco frecuente que se puede presentar en ambos maxilares, considerada la contraparte del fibroma odontogénico periférico. (Regezi, 1995).

La histogénesis de esta lesión es incierta por tal motivo existen tres conceptos con respecto a este tumor:

1. Lesión que se presenta alrededor de la corona de un diente no erupcionado, parecido a un quiste dentígero pequeño.
2. Lesión de tejido conectivo fibroso, con islotes de epitelio odontogénico, parecido al folículo dental, pero por su tamaño parece una neoplasia.

3. La descrita por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una neoplasia fibroblástica, con cantidades variables de epitelio odontogénico y material calcificado como hueso, cemento y dentina (Shafer y Levy, 1986).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El fibroma odontogénico central es una lesión poco frecuente, asintomática, que se presenta a cualquier edad, aunque es más frecuente en niños y adultos jóvenes. (MacDonald y Jankowski, 1998) realizaron un estudio epidemiológico en una población china reportando que todos los casos de fibroma cemento osificante, ocurrieron en el sexo femenino y fueron más frecuentemente en tercera y cuarta década de la vida, 70 ocurrieron en mandíbula y 3 casos en el maxilar. Puede aparecer en ambos maxilares produciendo expansión de las tablas corticales. (Alle, 1992; Shafer y Levy, 1986; Dahl y col, 1981).

El fibroma odontogénico se ha clasificado como una neoplasia osteogénica de los maxilares. Puede presentarse como una neoplasia de crecimiento progresivo que puede alcanzar un gran tamaño y pueden producirse fracturas si no recibe tratamiento a tiempo (Ong y Siar, 1998).

Esta patología se ha reportado como una lesión poco recidivante, aunque (Sakuma y col, 1998) reportaron un fibroma odontogénico central de mandíbula con varias recurrencias. (Vega y col, 1994) reportaron un fibroma cementificante con invasión de la órbita en un paciente joven.

Se han reportado casos de fibromas odontogénicos centrales y aneurismas intracraneales asociados con esclerosis tuberosa (Swarnkar y col, 1998).

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

El fibroma odontogénico central se presenta inicialmente como una lesión radiolúcida unilocular o multilocular dando el aspecto de un ameloblastoma, pero puede aparecer como una imagen mixta cuando existe la formación de material calcificado como hueso, cemento y dentina. (MacDonald y Jankowski, 1998; Regezi, 1996; Dunlap y Baker, 1984; Wesley y col, 1975).

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS (Figura 1)

El fibroma odontogénico presenta 2 variantes:

- a) El tipo simple: donde encontramos tejido fibroso con restos epiteliales semejantes al folículo dental.
- b) El descrito por la OMS: donde podemos observar tejido conjuntivo maduro con abundante material calcificado, hueso, cemento y dentina. (Gorrel y Larson, 1983; Gardner, 1980; Mallow y col, 1966;).

Rados y Pantelis, 1987 realizan una diferenciación histológica entre displasia fibrosa monostática, fibroma osificante y fibroma cementificante, llegando a la conclusión que la displasia fibrosa presenta una marcada presencia de vasos sanguíneos y zonas de hemorragia con osteoblastos rodeando trabéculas mineralizadas, con lo que algunos autores no están de acuerdo. El fibroma cementificante presenta matriz orgánica no mineralizada con un área menor de displasia, y el fibroma osificante presenta una mineralización más lenta por lo que presenta una menor cantidad de células en su interior.

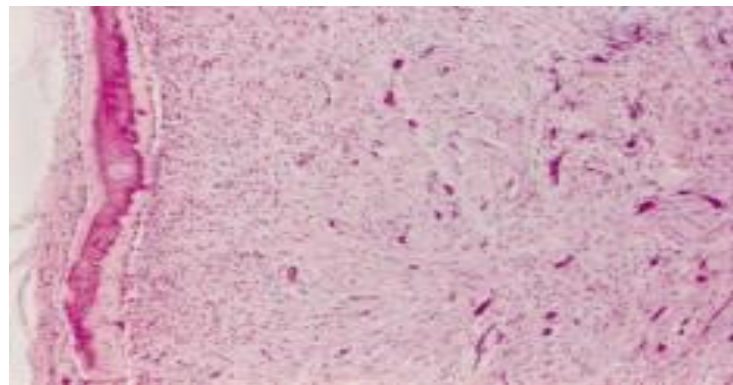


Figura 1. Imagen histopatológica

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 12 años de edad, raza negra, natural y procedente de la Guaira,.

Se presenta a la consulta por presentar expansión extrabucal del lado izquierdo de la cara desde hace aproximadamente 6 meses. No presenta ningún antecedente personal de importancia.

Al examen clínico extrabucal se observa tumefacción del lado izquierdo de la cara a nivel de premolares del maxilar inferior, presentando pérdida progresiva del surco labio-geniano de ese lado.(Figura 2).



Figura 2.Aspecto clínico extrabucal

Al examen clínico intrabucal se observa expansión de la tabla vestibular y lingual de la región molar hasta la zona anterior del maxilar inferior lado izquierdo, no dolorosa a la palpación, la mucosa se presenta de color normal, presentando además ausencia clínica del segundo premolar y canino inferior izquierdo. (Figura 3).



Figura 3.Aspecto clínico intrabucal de la lesión

Al examen radiográfico se observa imagen radiolúcida con focos de áreas radiopacas ubicada a nivel de la zona de premolares del lado izquierdo de aproximadamente 2 cm x 2 cm, en relación con segundo premolar inferior izquierdo retenido.

También se observa en relación a la imagen anteriormente descrita un canino inferior izquierdo retenido que se encuentra en posición horizontal y con un área radiolúcida alrededor de la corona de dicho diente (Figura 4).



Figura 4. Aspecto radiográfico

Basándonos en el examen clínico extrabucal, intrabucal y radiográfico pudimos determinar los siguientes diagnósticos diferenciales:

1. Ameloblastoma
2. Fibroma osificante central
3. Fibroma cementificante central
4. Tumor de Pindborg.

Se indican los exámenes complementarios para proceder al tratamiento definitivo.

Se realiza biopsia incisional y se envía al estudio histopatológico reportando fibroma odontogénico central.

Posteriormente bajo anestesia general, se procede a la enucleación de la lesión y de los dientes retenidos (segundo premolar y canino inferior izquierdo) se sutura con seda negra 000 (Figura 5 y 6), y todo el material extraído es enviado al estudio histopatológico.



Figura 5. Aspecto microscópico de la lesión

El informe histopatológico definitivo reporta fibroma odontogénico cementificante y osificante central.



Figura 6. Aspecto clínico al final de la intervención quirúrgica

CONCLUSIONES

- El fibroma odontogénico central es una lesión poco frecuente.
- Esta lesión puede estar en relación a uno o más dientes retenidos.
- Dicha lesión produce destrucción maxilar, presentando como característica que no es dolorosa.
- El fibroma odontogénico central, puede presentar material calcificado, en este caso presentó cemento y hueso.

(Reporte N° 8)

LENGUA PROTÉTICA ARTICULADA PARA PACIENTE GLOSECTOMIZADO

Marcelo Coelho Goiato*

Aline Úrsula Rocha Fernandes**

*Maestro Asistente Doctor responsable por la Disciplina de Prótesis Total y Colaborador de la Disciplina de Oclusión, responsable por la área de Prótesis Bucomaxilofacial del Centro de Oncología Bucal de la Facultad de Odontología de Araçatuba, SP, Brasil – UNESP.

**Alumna del Curso de Maestría del Programa de Pos-graduación en Clínica Odontológica, Área de Prótesis Dentaria, de la Facultad de Odontología de Araçatuba, SP, Brasil – UNESP.

RESUMEN

Pacientes con carcinoma bucal quienes deben someterse a remoción quirúrgica de la lengua, con o sin resección del piso bucal o del hueso mandibular. Se describe la rehabilitación protética de pacientes que se sujetan a oclusión total de la lengua, utilizando lengua protética en silicón adaptada a la prótesis total o inferior. Una lengua protética fue confeccionada, con la finalidad restablecer funciones comprometidas: el hablar, masticación y deglución. Por el tratamiento protético, la articulación es optimizada, el alimento es conducido para el esófago más fácilmente, los tejidos son protegidos y la socialización es intensificada.

INTRODUCCIÓN

La lengua presenta un papel muy importante en el proceso de masticación y deglución de saliva y alimentos. *Aramany et al.* consideran que la región lateral y posterior es normalmente la más acometida por carcinomas, y que frecuentemente el tratamiento envuelve la enucleación quirúrgica y la radioterapia de la misma. En pacientes con lesiones extensas, la resección puede incluir el piso de la boca, el hueso mandibular y la lengua. En estos pacientes, está comprometida la masticación, la deglución y la posibilidad del habla, esto es compatible con el grado, la extensión y la localización de la resección. En añadidura, la excisión quirúrgica resulta en la inestabilidad de la prótesis mandibular en pacientes desdentados.

Las dificultades después de las cirugías de enucleación de la lengua son manifestadas por él acumulo de alimento en la cavidad bucal, dificultad en el tránsito oral y aspiraciones durante y después de la deglución. Con relación al hablar, la lengua es uno de los más importantes articuladores durante la producción de vocales y de gran parte de las consonantes. Las vocales de una lengua son identificadas de acuerdo con el posicionamiento de la lengua en el trato vocal, siendo que las variaciones de su dimensión antero-posterior y vertical pueden producir modificaciones importantes. Estas alteraciones en la producción de diversos sonidos del hablar pueden ocasionar imprecisión articulatoria, que se ve aumentada por el trismus post-quirúrgico, que frecuentemente, perjudica la claridad del habla. En casos de pacientes irradiados, la xerostomia y las fibrosis resultantes afectaron mayormente las funciones mencionadas.

La rehabilitación funcional es atendida por una larga serie de técnicas y prótesis, incluyendo poner partes vivas de piel, fragmentos míocutáneos locales y regionales, prótesis dentales y lenguas protéticas. Davis et al. afirman que un gran número de profesionales confeccionando y utilizado prótesis para ayudar en la masticación y el hablar de sus pacientes con glosectomía, siendo la rehabilitación de esta, el factor más importante en el regreso al convivencia interpersonal.

Este trabajo fue realizado con el objetivo de rehabilitar un paciente, afectado de enucleación total de la lengua, se le confeccionó una prótesis total y la lengua protética, facilitando la práctica de las funciones comprometidas y regresándole a la convivencia en sociedad.

CASO CLÍNICO

Paciente, sexo masculino, 62 años de edad, con dentición natural superior y reborde inferior desdentado, buscó el Consultorio de Prótesis Bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología de Araçatuba – UNESP con la finalidad de obtener Prótesis Total Inferior y lengua protética. El fue sometido a la cirugía de enucleación de la lengua para la remoción de un carcinoma epidérmico en el borde lateral posterior de la lengua (Figura 1). El paciente no presentaba trismos, pero si poca lubricación en la boca. Afirmó enfrentar dificultades en la masticación y deglución, y buscaba no platicar, por la dificultad de articular las palabras y de ser comprendido, mas allá de tener acompañamiento fonológico desde el post-operatorio.



Figura 1. Reborde alveolar mandibular.

Considerando el cuadro clínico, se optó por la confección Prótesis Total Inferior recubriendo todo el piso bucal, en el cual lengua protética sería adaptada. El reborde alveolar fue moldeado con elastómero denso (Zetaplus, Zermack). La arcada superior fue moldeada con hidro-coloide irreversible (Jeltrate, Dentsply). El modelo de estudio inferior obtenido por el molde sirvió para la confección de una cubeta individual. El piso bucal fue moldeado con elastómero fluido (OranWash, Zermack), pidiéndose al paciente que hiciese los movimientos que fuesen posibles, para que la práctica del movimiento de la musculatura remanente fuese aprovechada para la confección de la lengua protética (Figura 2). La secuencia para la confección de la prótesis total siguió a aquella preconizada por Turano y Turano.



Figura 2: Molde de reborde alveolar inferior y piso bucal en dinámica.

Con el modelo inferior montado en articulador y los dientes artificiales montados en cera sobre la base de prueba, la lengua protética fue encerada sobre el piso bucal reproducido en el modelo de yeso. El formato de la lengua fue dibujado para satisfacer, tanto como fuera posible, los requisitos fonéticos y funcionales.

La prueba funcional fue realizada sin la lengua protética, que en cera fue incluida en mufla, y su molde fue relleno con silicón (Silastic 732 RTV) pigmentado por polvos de óxidos minerales. Después de 24 horas, la lengua artificial fue quitada de la inclusión y el acabamiento fue realizado con tijera y tiras de lijas.

La Prótesis Total y la lengua protética fueron unidas por alambres de ortodoncia. En la región retromolar de la Prótesis Total fueron fijadas tiras de alambres de ortodoncia (0,70 mm) con resina acrílica autopolimerizable, uno en cada lado, midiendo 1,5 cm de largo, poseyendo retención solamente para su fijación en la base de la Prótesis Total. Los alambres de ortodoncia fueron fijados paralelos entre si. La lengua protética fue fijada por los alambres de ortodoncia (Figura 3).



Figura 3: Prótesis Total y lengua protética acabadas. Observar la articulación de la lengua.

La Prótesis Total y la lengua protética, después de ser desinfectada por inmersión con clorhexidina al 2% por 10 minutos y enjuagadas con agua destilada, fueron instaladas (Figura 4) y la práctica del movimiento de la lengua protética fue observada. El paciente fue orientado con respecto a la utilización durante el hablar, la masticación y en cuanto a la higienización de las prótesis. Fue recomendado que las prótesis fuesen limpiadas cepillándolas, utilizando jabón neutro y cepillos dentales, después de cada comida y antes de dormirse, aparte de, periódicamente ponerlas en vinagre blanco por una hora, cada dos semanas, o en solución de medio vaso de agua con 3 gotas de agua sanitaria por 30 minutos, dos veces a la semana, teniendo que ser lavadas en seguida en agua corriente. La cavidad bucal debería ser higienizada con gasas humectadas y cepillo dental suave. En la misma oportunidad, fue recomendadas alimentación líquida y pastosa, observando la posición de la cabeza declinada para uno de los dos lados, para que el bolo alimenticio fuese de poco a poco siguiendo hacia el esófago, evitando problemas al pasar la comida por la garganta. Ejercicios fonoaudiológicos fueron transmitidos al paciente para perfeccionar la claridad del habla y hacer mayor la tonicidad de los músculos de los carrillos y labios, coadyuvantes en la masticación y deglución.



Figura 4: Prótesis instaladas.

El paciente fue orientado para que regresase semanalmente, ocasión en que podría ser hecha una evaluación de las prótesis y del avance del paciente, en cuanto a las funciones acarreadas por la cirugía, y al acompañamiento fonoaudiológico.

CONCLUSIÓN

La lengua protética resultó un avance de la dificultad del hablar, notándose mayor facilidad en la articulación de los fonemas. Su utilización asociada a la Prótesis Total, aliada con los ejercicios fonaudiológico, hizo las funciones de masticación y deglución más fáciles. La convivencia social se tornó más viable y el paciente tuvo su autoestima elevada. La rehabilitación protética obtuvo suceso en la medida en que la calidad de vida del paciente fue mejorada.

(Reporte N° 9)

Mucoceles en Cara Ventral de Lengua

Servicio de Patología Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela.

RESUMEN:

El "Mucocele" como todos sabemos es un término clínico que corresponde histopatológicamente a un fenómeno de retención o extravasación de moco, causado por obstrucción o ruptura del ducto de una glándula salival menor. La localización más frecuente es la mucosa del labio inferior seguida de mucosa bucal, paladar, y pocas veces en cara ventral de lengua.

Se estudiaron 6 pacientes con diagnóstico clínico de mucocele en cara ventral de lengua que acudieron al Servicio de Patología Clínica de la Facultad de Odontología de la UCV entre el año 2000 y 2001. Se les realizó biopsia excisional a cada uno de ellos correspondiendo el diagnóstico histopatológico con fenómeno de retención de moco. Se les realizó la primera evaluación post-operatoria a los 15 días, luego al mes y 3 meses respectivamente. De los 6 pacientes al segundo control 3 de ellos presentaron recurrencia por lo cual se planificó realizarles marsupialización, el resto de los pacientes fueron evaluados a los 3 meses sin encontrarse lesión. Los que necesitaron la segunda cirugía posteriormente fueron evaluados al mes y a los 3 meses respectivamente sin presentar recidivas. Los casos reportados de mucocele en cara ventral de lengua demuestran que esta localización es poco frecuente al compararla con los datos reportados en la literatura, así como la revisión de 10 años de todos los mucoceles en boca que fueron estudiados en el Laboratorio de Histopatología "Dr. Pedro Tinoco" de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela.

INTRODUCCIÓN:

El término de "Mucocele" se refiere a "Tumefacción tisular formada por moco acumulado tras escapar al tejido conjuntivo a partir de un conducto excretor roto".

Los mucoceles histológicamente se clasifican en dos tipos, el primer tipo es el fenómeno de extravasación de moco, donde el moco se ha extravasado al tejido conjuntivo causado por un traumatismo de un conducto excretor o del parénquima glandular, conduciendo a una rotura a

través de la cual el moco difunde al tejido adyacente; y puede estar rodeado o no por tejido de granulación; el segundo tipo es el fenómeno de retención de moco, debido a una obstrucción del flujo salival del conducto excretor en el cual la cavidad se halla revestida por epitelio. El fenómeno de extravasación y el quiste de retención de moco ocurren mas frecuentemente en el labio inferior, sin embargo también aparecen en labio superior, carrillos, fosa retromolar, cara ventral de lengua, piso de boca y paladar. Se presenta asintomático, fluctuante, de color azulado o del mismo color de la mucosa normal, de superficie lisa, de tamaño variable desde 3 mm. hasta 2 cm. de diámetro.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se estudiaron 6 pacientes 4 mujeres y 2 hombres con diagnóstico clínico presuntivo de Mucocèle en cara ventral de lengua que acudieron al Servicio de Patología Clínica desde Enero de 2000 hasta Junio de 2001 que refirieron historia de algún traumatismo en lengua, a los cuales se les realizó biopsia excisional obteniéndose el diagnóstico histopatológico definitivo de fenómeno de retención de moco para cada uno de ellos. Se realizó la primera evaluación post-operatoria a los 15 días, la segunda al mes y la tercera y última a los 3 meses, encontrándose recidiva al mes de los mucocèles en 3 pacientes 1 mujer y 2 hombres, de los cuales 2 de ellos tenían el hábito de deglución atípica y 1 presentaba un gran diastema entre incisivos inferiores, por lo que se decidió realizar una segunda intervención quirúrgica que consistió en marsupialización modificada de las lesiones ya que no fueron rellenadas con gasa sino que se dejaron abiertas para que cicatrizaran por 2da intención y se les informó a los pacientes la importancia de eliminar el mal hábito de posicionar la lengua entre los dientes. Se realizaron los controles post-operatorios de igual manera, a los 15 días, al mes y a los 3 meses donde no se encontró lesión alguna, resultando este un tratamiento eficaz para eliminar las lesiones. Se hizo una revisión de los casos diagnosticados histopatológicamente como fenómeno de retención de moco, entre el año 1990 y 2000 procesados en el Laboratorio de Histopatología "Dr. Pedro Tinoco", donde se encontraron 191 casos, de los cuales 122 se presentaron en el labio inferior, 33 en cara interna de carrillo, 21 en zona retromolar y 15 en cara ventral de lengua. De igual forma se observó una mayor incidencia del sexo femenino en relación al masculino encontrándose 102 casos en mujeres y 89 en hombres. También es de destacar que las edades afectadas oscilaron entre los 9 meses de edad hasta los 78 años arrojando un promedio de 24,3 años.

JUEGO DE LAS 6 FOTOS:



Foto N° 1: Pre-operatorio



Foto N° 2: Eliminación quirúrgica



Foto N° 3: Recidiva a los 15 días



Foto N° 4: Marsupialización



Fotos N° 5 y 6: Post-operatorios al mes después segunda intervención

CONCLUSIONES:

- Los resultados obtenidos en nuestro trabajo nos arrojaron que la localización de los mucocelos en cara ventral de lengua es poco frecuente así como lo reporta la literatura.
- La técnica quirúrgica de marsupialización modificada es efectiva para la eliminación de Mucocelos asociados a un traumatismo constante.
- El traumatismo crónico es el factor más común como etiología de los Mucocelos.
- El Mucocelo en cara ventral de lengua es uno de los que mas recidiva por su localización

Materiales y Métodos

Teniendo en cuenta que un diseño metodológico es una manera de conceptualizar un problema de investigación y de colocarlo dentro de una estructura que guíe el estudio y el análisis de datos; cada diseño será diferente según los objetivos de la investigación. En relación a la presente, dado que se trata de lograr una descripción con mayor precisión de las características de un determinado abordaje quirúrgico, se encuadrará la misma dentro de los diseños de tipo descriptivos.

Recordemos que este tipo de diseños se utilizan para describir las características de un grupo o comunidad. Las preguntas de investigación presuponen mucho conocimiento anterior del problema que será investigado. El investigador debe definir claramente qué desea someter a medida, y hallar los métodos adecuados para lograrlo. Son trabajos confirmatorios o verificativos por lo que habitualmente hay que partir de hipótesis previas. Se trabaja con correlación de variables (no sabemos si es o no la causa) y se utilizan muestras al azar. Es necesaria una clara confirmación de qué y quién van a ser medidos y las técnicas que se utilizarán para medidas válidas y de confianza. Los estudios descriptivos no están limitados a un específico método de recogida de datos, pueden utilizar una multiplicidad de ellos. Como son estudios que concluyen con datos estadísticamente significativos, los estudios son generalizables a la población en cuestión. Por esto último se deben cuidar los errores de sesgo.

En el presente Trabajo de Tesis Doctoral se realizaron distintos tipos de disecciones en mandíbulas cadavéricas y se evaluaron las distintas posibilidades de riesgo sobre la zona a trabajar, a partir de aquí partimos hacia la experiencia clínica, se seleccionaron todos los casos clínicos que presentaron alguna patología en la zona lingual, sin tener en cuenta, edad, sexo, ni raza. Es decir una muestra aleatoria. Se realizaron las cirugías correspondientes a cada caso y se las documentó en fotos y/o diapositivas, a cada una de ellas.

Los actos quirúrgicos siguieron todas las normas de bioseguridad, como así también las legales, es decir consentimiento informado para los pacientes mayores de edad, y la autorización informada y firmada por el padre o tutor en el caso de los menores de edad.

Para el uso de medicamentos (desde la elección de la anestesia, hasta la medicación pre y post-operatoria), estos se seleccionaron de acuerdo a lo citado por el paciente en la Historia Clínica.

El instrumental que se utilizó fue el específico e inespecífico para cualquier cirugía buco-dento-maxilar.

Las técnicas quirúrgicas que se utilizaron fueron las indicadas a cada caso en particular, basándose en el diagnóstico clínico, y por imágenes, efectuar un pronóstico y así determinar el plan de tratamiento, en estos casos fue la zona lingual la vía elegida para el abordaje quirúrgico.

Historia Clínica y Consentimiento Informado utilizado

Historia Clínica y Consentimiento Informado

Apellido y Nombre.....
Domicilio.....B°.....Localidad.....
Te:.....Edad.....Sexo.....Fecha de Nac.....
D.N.I.....Estudios.....Profesión.....

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Zona o elemento a intervenir (Pre-Quirúrgico):.....
.....
.....

1) Por la presente autorizo al Od. Osvaldo CALABRESE y/o Directores, asesores, ayudantes y colaboradores de su elección a realizar el siguiente tratamiento:
.....
.....

2) He hablado con el Profesional sobre la naturaleza y propósitos de este tratamiento, sobre la posibilidad de complicaciones, riesgos y posibles alternativas del mismo.

3) Autorizo al Od. Osvaldo CALABRESE y/o Directores, asesores, ayudantes y colaboradores de su elección a proveer los servicios o tratamientos adicionales que considere razonable, incluyendo, aunque no limitados a ellos, la administración de anestesia local, prácticas radiológicas y otros métodos de diagnóstico, inherentes a este trabajo de Tesis Doctoral.

4) Si el paciente es un menor de edad, discapacitado o inconsciente, una persona debe firmar por él. Debe declarar la relación del firmante con el paciente, con su nombre y tipo y numero de documento.

.....
Firma del paciente Aclaración D.N.I.

Antecedentes Personales

- + Está bajo tratamiento médico? SI NO
 Cual?.....
- + Debió ser hospitalizado en los dos últimos años? SI NO
 Por que?.....
- + Tubo alguna vez reacciones alérgicas a algún medicamento como antibióticos,
 anestésicos, otros, etc. SI NO
 Cual?.....
- + Ha sufrido algún tipo de hemorragia o excesivo sangrado
 después de una extracción? SI NO
 Cuanto tiempo?.....
- + Si se lastima, demora su cicatrización? SI NO
- + Se cansa al caminar o subir escaleras? SI NO
- + Fuma? SI NO
 Cuantos?.....
- + Bebe? SI NO
 Cuanto?.....
- + Consume o consumió algún tipo de droga? SI NO
 Cuales?.....

PACIENTE MUJER

- + Está o cree estar embarazada? SI NO
 De cuanto tiempo?.....
- + Ha recibido radioterapia? SI NO
 Otros (Especificar).....
- + Adjunta informe médico SI NO

MARCAR CON UNA CRUZ CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES AFECCIONES:

- Problemas cardíacos SIDA Diabetes Artritis Cáncer
- Presión arterial alta Presión arterial baja Epilepsia
- Fiebre reumática Enf. Venéreas Ulceras, gastritis
- Hepatitis Alt. Nerviosas Sinusitis Dolores de Cabeza

Declaro que he contestado todas las preguntas con honestidad y según mi conocimiento. Así mismo, quedan reservadas las respuestas en la presente **HISTORIA CLÍNICA** y están amparadas en el **SECRETO PROFESIONAL**.

.....
 Firma del paciente Aclaración D.N.I.
 Profesional Tratante (Firma y sello).....

IMPORTANTE: La siguiente documentación debe ser archivada durante 10 (Diez) años.

Resultados

Estudio Topográfico Anatómico (In Vitro)

El maxilar inferior es un hueso impar, central, móvil y simétrico.(1,5). Su origen deriva del esqueleto visceral (Primer arco). Su osificación es conjuntiva y se realiza a lo largo del cartílago de Meckel. Su crecimiento es anteroposterior; en altura, por desplazamiento oblicuo del cóndilo cartilaginoso; anteroposterior, por aposición en el borde posterior de la rama; del cuerpo, por elevación de las apófisis alveolares y en altura, por desarrollo del borde inferior del cuerpo mandibular.(1).

La cara posterointerna es la que merece mayor referencia para este trabajo.

Desde la línea media se encuentran las apófisis Geni, (Aquí se insertan los músculos genioglosos y genihioideos), a continuación el canal milohioideo, por donde discurre el nervio lingual, rama terminal del Nervio dentario inferior. Aquí también se inserta el músculo milohioideo (La cresta milohioidea). Sobre este canal, por arriba, se encuentra la fosita sublingual y por debajo la fosita submaxilar (Glándulas salivales homónimas).(1,2,5,6). (Fig. 1 y 2).



Fig. 1

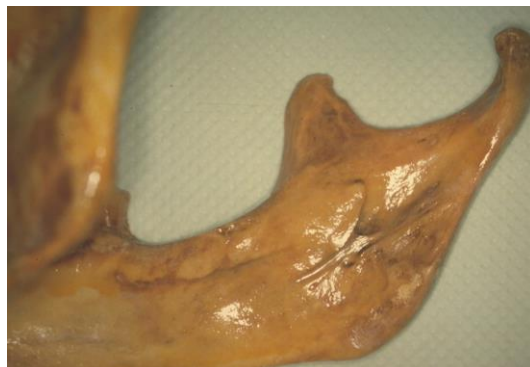


Fig. 2

La mucosa lingual es sumamente frágil y altamente irrigada al igual que todo el piso de la boca. Recibe dicha irrigación de la arteria lingual, que nace en la cara anterior de la carótida externa. La arteria lingual presenta ramas colaterales y terminales. Las colaterales son tres: 1) el ramo hioideo, 2) la dorsal de la lengua y 3) la sublingual. La rama terminal es la ranina. Puede haber variedades pero esto no afecta a este trabajo.(3,7). (Fig. 3 y 4).

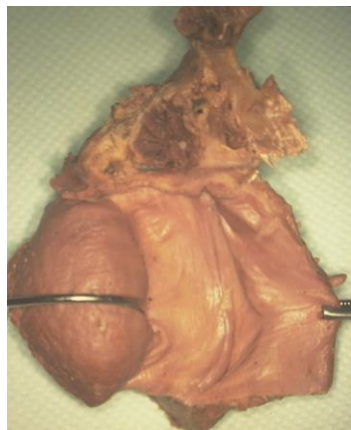


Fig. 3

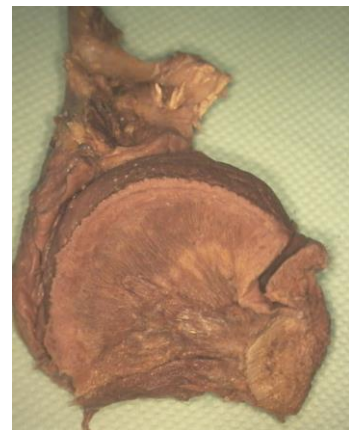


Fig. 4

La inervación de la zona de trabajo está dada por el nervio lingual y los ramos del dentario inferior, (Nervio milohioideo, su ramo para el músculo del mismo nombre y su ramo para el vientre anterior del digástrico).(4,8).

Se simularon incisiones y decolados en los preparados anatómicos para poder observar por donde discurre lo mas acertadamente posible el nervio lingual. (Fig. 5 y 6).

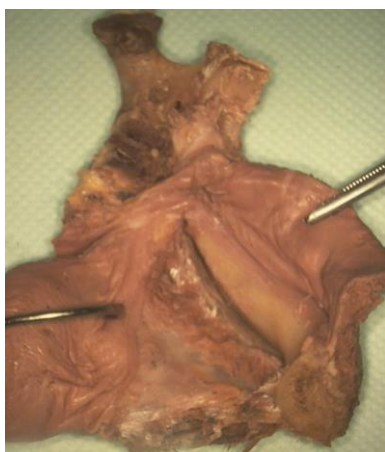


Fig. 5



Fig. 6

El nervio lingual desciende por delante y adentro del dentario inferior, del cual se aleja progresivamente describiendo una curva a concavidad anterosuperior que finaliza en la punta de la lengua.(4).

Los nervios linguales suministran ramas sensoriales generales a la mucosa de los dos tercios de la lengua, mucosa sublingual y la gingiva mandibular lingual.

Desde el punto de vista de la cirugía oral, la trayectoria del nervio lingual es crítica debido a la relación íntima con las raíces del tercer molar mandibular.(22).

En la primera parte de su recorrido el nervio lingual se localiza en el espacio interpterigoideo recibiendo por su borde posterior a la cuerda del tímpano. Cruza en dirección perpendicular a la arteria maxilar interna situada en un plano anterior al nervio. Seguidamente ingresa en la región pterigomandibular hasta establecer contacto con el borde anterior del pterigioideo interno y la cara interna del cuerpo de la mandíbula, donde se aloja en un canal excavado a 1 cm por detrás y debajo del tercer molar (Canal Milohioideo). A partir de este punto, el nervio lingual se desliza subyacente a la mucosa del piso de boca en un espacio limitado: hacia fuera por el surco gingivolingual, hacia adentro: por la lengua y hacia abajo: por la prolongación interna de la glándula submaxilar. En su segmento terminal costea la cara profunda de la glándula sublingual, por fuera y luego por debajo del conducto de Wharton, para irradiarse finalmente en el cuerpo y vértice de la lengua.(4). Fig. 7 ligado con negro el nervio lingual.

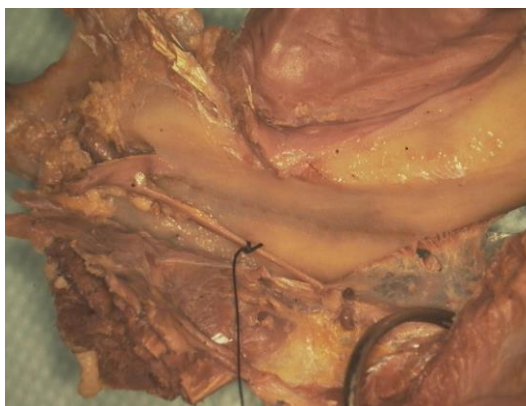


Fig. 7

Kim, Hu, Cheng, Lee y Kim HJ, del Departamento de Cirugía Maxilo facial y Oral, Centro de Ciencia e Investigación Oral, Colegio de Odontología, Universidad Yansei de Seúl Corea, hicieron una observación de la morfología y dirección del nervio lingual para clarificar sus relaciones topográficas en la fosa intratemporal y en el área paralingual. Treinta y dos

cabezas semiseccionadas fueron disecadas macro y microscópicamente desde un punto de vista clínico. Sobre los treinta y dos trazados se obtuvieron imágenes radiográficas y la distancia promedio en la porción retromolar del nervio lingual fue de 7,8 mm y siempre por el canal milohioideo. En ningún caso al nervio lingual se lo encontró por encima de la cresta alveolar, como pasando a lo largo de la tabla mandibular.(21).

Algunos autores hablan del daño en el nervio lingual teniendo como resultado una parestesia o anestesia prolongada ya sea temporaria o permanente, es una complicación indeseable no muy común en las intervenciones del tercer molar mandibular. Esto es debido a la anatomía irregular ya descrita del nervio lingual. La parte más crítica de su trayectoria es donde entra en la región sublingual justo al lado de la tabla lingual alveolar del tercer molar. El decolado de la fibromucosa en una cirugía por esta zona, puede conducir a un trauma en el nervio lingual, si no se trabaja con conocimiento de la misma.(22).

La anestesia, parestesia o disestesia del nervio lingual son posibles efectos de la extracción de un 3er molar. Esta complicación no deseada es frecuentemente perturbante para ambos, paciente y profesional. La incidencia de daños en el nervio lingual inmediatamente o posteriormente a una cirugía de 3er molar es más frecuente de lo que pensamos.

Muchos de los casos de la disfunción del nervio lingual no son resueltos y es importante informarle a los pacientes que las técnicas de microcirugía para reparar el nervio son posibles como modalidad o forma de tratamiento después de una diagnosis correcta. Estos también pueden ser recomendados si la parestesia no se soluciona en el espacio de 10 a 12 semanas, entonces el manejo de las opciones incluye la reconstrucción del nervio con microcirugía dentro de un corto periodo de tiempo, esto puede ser discutido como una opción o plan de tratamiento con el paciente.

Como dijimos la anestesia, parestesia o disestesia del nervio lingual son infrecuentes pero posibles complicaciones luego de la cirugía de un 3er molar. La subsiguiente ausencia de sensaciones, como resultado del daño al nervio lingual luego de la extracción de un 3er molar dan al reporte un gran grupo de problemas. Estos incluyen babeos sensación de ardor o comezón en la lengua, resultante de quemaduras durante comidas o bebidas, dolor, cambios en el propio lenguaje y cambios en la percepción del gusto de comidas y bebidas. La ausencia parcial o total del oído ha sido reportado como resultado de la proximidad entre las vainas del nervio lingual y el nervio cuerda del tímpano.

Los problemas de anestesia y disestesia del nervio lingual ya han sido examinadas. En 1973, Schwart examina y reseña las más probables causas en este tiempo. La multitud de problemas incluía ítems tales como la fractura iatrogénica de la tabla lingual y anomalías del nervio lingual relativas a su desarrollo anatómico. La conclusión fue que el daño en una exodoncia no es la única causa que puede afectar el nervio lingual.

En 1995, Pogrel y col. conducen o realizan un estudio cadavérico para determinar la proximidad del nervio lingual en la región del 3er molar. Este estudio encontró que la posición normal o anormal del nervio de un lado no era estática en relación a la posición en lado opuesto. Además el nervio lingual frecuentemente viaja recorriendo la submucosa en contacto con el periostio que recubre la pared mesial o lingual del alveolo del 3er molar.

Un estudio que combinó la anatomía con la clínica hecho por Kiesselbach y Chamberlain, demostró la variabilidad de posiciones del nervio lingual en la región del 3er molar. Ellos expresaron que el cirujano no debe confiarse de que la tabla lingual actúa como una barrera protectora del nervio durante una extracción del 3er molar, ya que el nervio lingual puede posicionarse por sobre el hueso en esta área. La variabilidad de posiciones del nervio lingual nos hace enfatizar que puede ser difícil eludir el encuentro con el nervio durante una cirugía.

Fielding y Reck en 1986 documentaron un caso de anestesia bilateral permanente luego de la extracción de un 3er molar. Esto concluyó que la anomalía del nervio lingual fue la causa más probable de la anestesia.

Una hemorragia en el nervio o alrededor de el, luego de la administración de una anestesia troncular también puede ser causa de parestesia. Aunque el trauma al nervio lingual producido por una aguja ha sido altamente disputado, este ha sido atribuido a solo algunos casos de parestesia lingual permanente.

Stacy y col. sostuvieron la hipótesis que la arista o bisel de las agujas produce trauma sobre los tejidos en el momento de la inyección y durante su retiro, lo cual, a veces puede, en raros casos ser causa de parestesia.(24).

En consecuencia con lo expresado antes y con la experiencia recogida a través de los años de consultorio externo en la Cátedra “A” de Cirugía II, y en la atención de nuestro consultorio particular, preferimos no recomendar el abordaje de los Terceros Molares Inferiores cuando

estos se encuentren en franca posición lingual, y mantener una extremada protección de la tabla lingual, al realizar la exodoncia de los mismos.

Secuencia de Casos Clínicos que fueron Abordados por la Zona Lingual

Los casos clínicos operados fueron los siguientes:

- ↪ Dientes Supernumerarios.
- ↪ Dientes Heterotópicos.
- ↪ Dientes Ectópicos.
- ↪ Liberación y la posterior Tracción de Elementos Retenidos.
- ↪ Torus Mandibulares.
- ↪ Tumores Odontogénicos. (Odontóma).
- ↪ Épulis.
- ↪ Frenotomía Lingual.
- ↪ Ránula.

Dientes Supernumerarios, Heterotópicos y Ectópicos

Se entiende por elemento supernumerario a algo que supera un número normal determinado.

Se entiende por elemento heterotópico a aquél que no corresponde al lugar donde se encuentra. (hetero: distinto; tópico: lugar).

Se entiende por elemento ectópico a aquél que se encuentra alejado de su lugar normal de origen. (ec: lejos; tópico: lugar).

Los dientes supernumerarios son alteraciones del desarrollo poco frecuentes que aparecen en cualquier área de los arcos dentales y pueden afectar a cualquier órgano dentario. Por lo general, la causa de tales anomalías del desarrollo es la "duplicación" de la lamina dental que da lugar a la aparición de uno ó varios órganos dentarios en una ó más localizaciones anatómicas. El diente supernumerario más común es el mesiodens, seguido por los premolares y los cuartos molares. Los dientes supernumerarios localizados en la parte anterior de los maxilares son de forma cónica y por lo general no se parecen a sus contrapartes normales. Comúnmente esta condición se le llama "hiperodoncia" y frecuentemente algunos síndromes como la displasia cleidocraneal, los síndromes de Down, de Leopard, el trico-rino-falángico, de Gardner, de Ellis Van Creveld y otros (41,42) contienen dientes supernumerarios.

Se definen los dientes supernumerarios o hiperodoncia como la existencia de un número excesivo de dientes en relación con la fórmula dentaria normal. La prevalencia reportada de esta anomalía varía entre el 1,5% y el 3,5% en la dentición permanente,(25,26), con una alta prevalencia en el paciente con fisura labiopalatina y con disostosis cleidocraneal.(27). La mayoría de los dientes supernumerarios se ubican en el maxilar superior, con una fuerte predilección en la región anterior (mesiodens)(28,29,30) y frecuentemente en una posición palatina respecto a los incisivos permanentes. Pueden ser únicos, dobles o múltiples con orientación hacia la arcada dentaria (oclusal) o hacia la cavidad nasal (apical).(30,31,32,34). La ubicación en el maxilar inferior no es infrecuentes, pero su incidencia es menor. En cuanto a su morfología, los supernumerarios se clasifican como suplementarios (duplican la anatomía de los dientes anteriores o posteriores) o rudimentarios (dismórficos, tuberculados o conoides).(30,31,33).

La etiología de la hiperodoncia no es aún conocida por lo que se han propuesto varias teorías; la más aceptada es la teoría de la hiperactividad de la lámina dentaria.(28).

La presencia de dientes supernumerarios anteriores se asocia a numerosas alteraciones en los dientes vecinos, siendo las más habituales la sobreretención de incisivos temporales, la erupción ectópica y el retraso o incluso el fracaso eruptivo de los permanentes. Otras alteraciones descritas son: malposiciones, rotaciones, impactaciones, necrosis pulpar, disminución de la altura dentoalveolar anterior, pérdida de espacio por mesialización de incisivos laterales o por erupción precoz de caninos, diastemas interincisales, resorción o dilaceraciones radiculares, erupción nasal y degeneración quística.(29,30,35,38). La presencia de supernumerarios rara vez se asocia a agenesias dentarias.(39,40). Como se podrá notar, la casuística de este tipo de elementos dentarios en el Maxilar Inferior es bastante escasa, pero no imposible.

Para la exéresis quirúrgica del diente supernumerario se realizó en todos los casos la Historia Clínica completa y el diagnóstico por imágenes correspondiente, radiografía periapical, oclusal total o en su defecto oclusal total pequeña, con placas de 3 x 4, solamente en la región que vamos a abordar y ortopantomografía, esta ultima no es totalmente indispensable.

En todos los pacientes la intervención quirúrgica se realizó bajo anestesia local, alternando anestésicos regionales al nervio dentario inferior (Uni o bilaterales) y las complementarias al bucal, como así también infiltrativas terminales a fondo de surco, se realizó sutura a puntos separados la cual fue retirada de cinco a siete días aproximadamente.

Se abordó por vía lingual, con una incisión festoneando el cuello de las piezas dentarias y la conformación de un colgajo mucoperióstico en bolsillo. (Fig. 9).



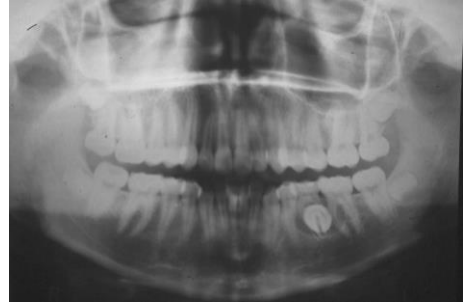
Fig. 9

Caso Clínico N° 1 (Premolar Unilateral Transversal)

Diagnostico por Imágenes. Fotos: 1,2y3.



Fot. 1



Fot. 2



Fot. 3

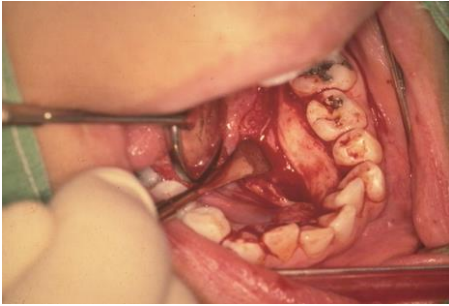
Incisión, decolado y ostectomía fotos: 4, 5, 6, 7, 8 y 9.



Fot. 4



Fot. 5



Fot. 6



Fot. 7



Fot. 8



Fot. 9 (Visión Indirecta)

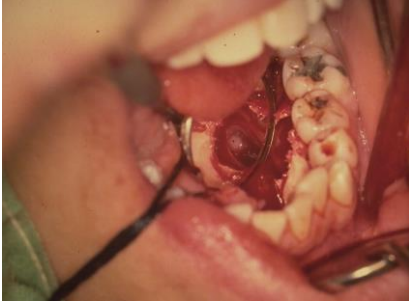
Exodoncia, sutura, postoperatorio, control rx, y retiro de sutura. Fotos: 10 a la 17.



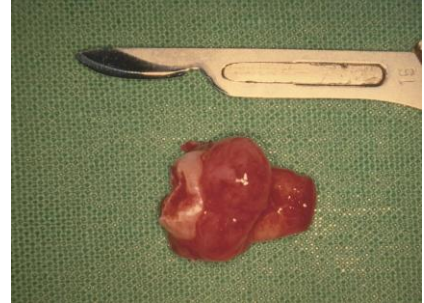
Fot. 10



Fot. 11



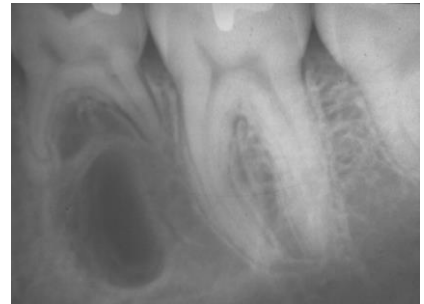
Fot. 12



Fot. 13



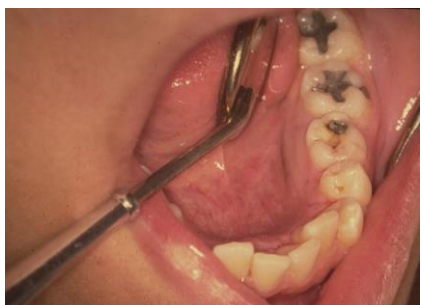
Fot. 14



Fot. 15



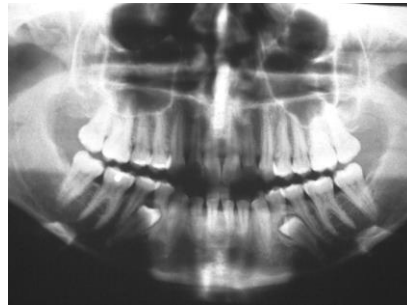
Fot. 16



Fot. 17

Caso Clínico N° 2 (Premolar Bilateral)

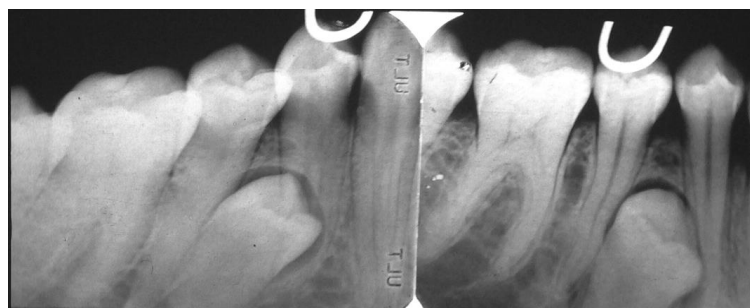
Diagnostico por Imágenes. Fotos: 18, 19 y 20



Fot. 18



Fot. 19. Tec. De Clark



Fot. 20. Tec. De Clark

Incisión, decolado y osteotomía fotos: 21, 22, 23, 24 y 25 .



Fot. 21



Fot. 22



Fot. 23



Fot. 24



Fot. 25

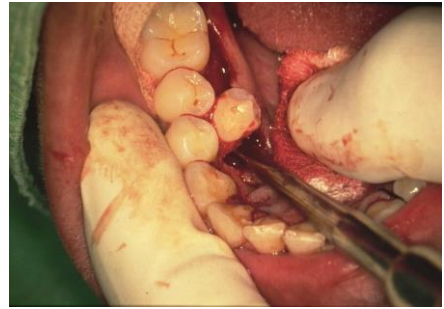


Fot. 26

Exodoncia, sutura, postoperatorio, y retiro de sutura. Fotos: 26 a la 34.



Fot. 27



Fot. 28



Fot. 29



Fot. 30



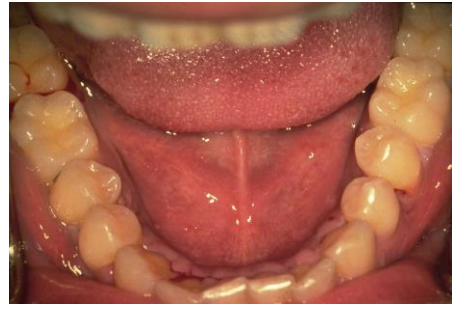
Fot. 31



Fot. 32



Fot. 33 (Visión Indirecta)



Fot. 34

Caso Clínico N° 3 (Premolar Unilateral por Odontosección)

Fotos: 35 a la 42.



Fot. 35



Fot. 36



Fot. 37



Fot. 38



Fot. 39



Fot. 40



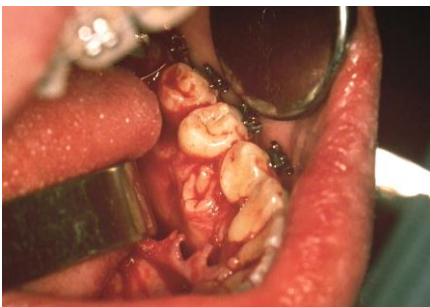
Fot. 41



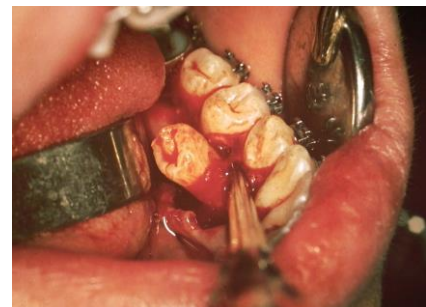
Fot. 42 (Visión Indirecta)

Caso Clínico N° 4 (Premolar Unilateral Paciente con Ortodoncia)

Fotos: 43 a la 46.



Fot. 43



Fot. 44



Fot. 45



Fot. 46

Caso Clínico N° 5 (Premolar Unilateral Parcialmente Erupcionado)

Fotos: 47 a la 50.



Fot. 47



Fot. 48



Fot. 49



Fot. 50

Caso Clínico N° 6 (Premolar Unilateral en Ubicación Profunda)

Fotos: 51 a la 54.



Fot. 51



Fot. 52



Fot. 53



Fot. 54

Caso Clínico N° 7 (Premolar Unilateral con Caries Macropenetrante)

Fotos: 55 a la 62.



Fot. 55



Fot. 56



Fot. 57



Fot. 58



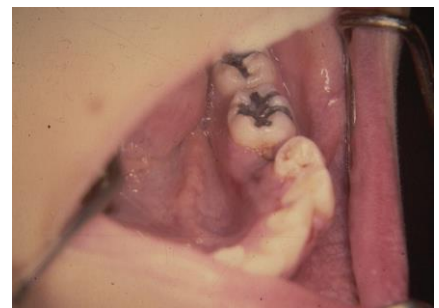
Fot. 59



Fot. 60



Fot. 61



Fot. 62

Caso Clínico N° 8 (Diente Conoideo Unilateral)

Fotos: 63 a la 68



Fot. 63 (Visión Indirecta)



Fot. 64



Fot. 65 (Visión Indirecta)



Fot. 66 (Visión Indirecta)



Fot. 67 (Visión Indirecta)



Fot. 68

Casos Clínicos de Caninos

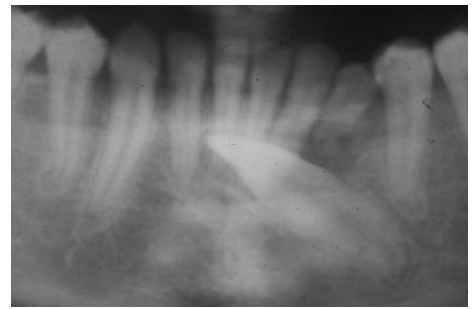
Son bien conocidas por todos las funciones que cumplen los caninos normalmente implantados, (Estéticas, conservan la línea de la sonrisa, son parte vital en guías de oclusión, -generan desoclusión posterior-, desgarrar en la faz masticatorias, -hoy prácticamente esto ha desaparecido- etc.). Pero aquellos que quedan alojados en su claustro alveolar, como ya sabemos son considerados retenidos, y por ende cualquier pieza dentaria retenida es considerada un quiste dentígero en potencia, por lo tanto aconsejamos un minucioso estudio, para decidir: 1º la posibilidad de reubicar esta pieza en la arcada, en colaboración con la Ortodoncia.(Caso Clínico N° 10), 2º el control radiográfico a distancia, y por ultimo la extracción de la misma, recordando el viejo adagio que dice: “Si la molestia no molesta, no moleste a la molestia”.

Caso Clínico N° 9 (Canino Retenido Unilateral por Odontosección)

Diagnostico por Imágenes. Fotos: 69 a la 72.



Fot. 69



Fot. 70



Fot. 71



Fot. 72

Caso Clínico, incisión, ostectomía y postoperatorio. Fotos: 73 a la 86.



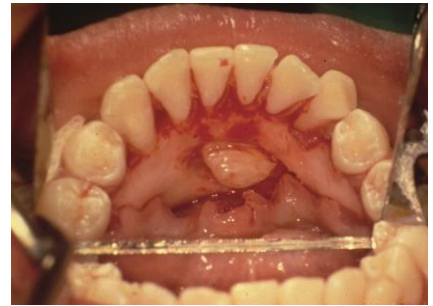
Fot. 73



Fot. 74 (Visión Indirecta)



Fot. 75 (Visión Indirecta)



Fot. 76 (Visión Indirecta)



Fot. 77 (Visión Indirecta)



Fot. 78 (Visión Indirecta)



Fot. 79 (Visión Indirecta)



Fot. 80 (Visión Indirecta)



Fot. 81 (Visión Indirecta)



Fot. 82(Visión Indirecta)



Fot. 83 (Visión Indirecta)



Fot. 84



Fot. 85



Fot. 86

A pesar que muchos nos consideraban: “carniceros” o “sacamuelas” a los Odontólogos que nos dedicamos a la Cirugía Bucodentomaxilar, esta interpretación con el correr de los años cambió, por eso también podemos ser excelentes preventistas, y de la mano de otras especialidades como por ejemplo la Ortodoncia podemos hacer cosas como el próximo caso clínico, lo cual es nuestra premisa N° 1: la reubicación justa y precisa de la pieza dentaria.

Caso Clínico N° 10 (Canino Retenido liberado en conjunto con la Ortodoncia)

Estudio Clínico y Diagnostico por Imágenes. Fotos: 87 a la 94.



Fot. 87



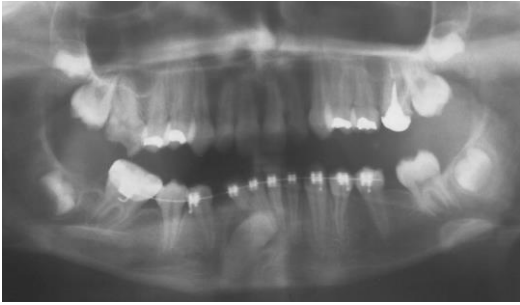
Fot. 88



Fot. 89



Fot. 90



Fot. 91



Fot. 92



Fot. 93



Fot. 94

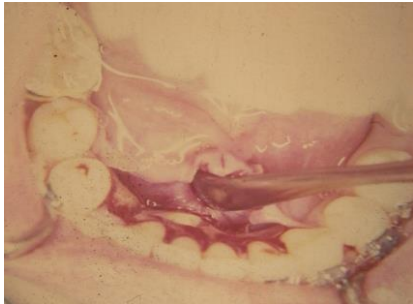


Fot. 95



Fot. 96

Liberación propiamente dicha, botón ortodoncico y postoperatorio. Fotos: 97 a la 104.



Fot. 97



Fot. 98 (Visión Indirecta)



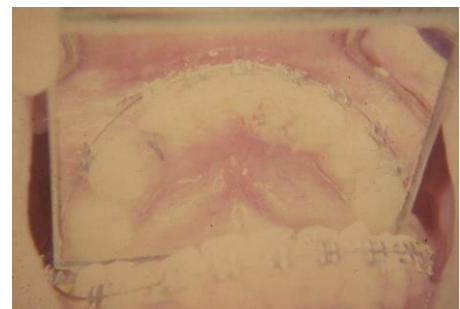
Fot. 99



Fot. 100



Fot. 101



Fot. 102 (Visión Indirecta)



Fot. 103



Fot. 104

Odontomas (Considerados Tumores Odontogénicos)

Los Odontomas es lo próximo que trataremos, para ello esta pequeña reseña bibliográfica.

El odontoma es considerado una neoplasia benigna mixta de origen odontogénico, es decir, es una lesión de células odontogénicas epiteliales y mesenquimatosas, completamente diferenciadas y que forman esmalte, dentina y cemento.(43).

Diversos autores han clasificado los odontomas de distintas formas. Así encontramos que los han dividido en odontoma ameloblástico, compuesto y complejo. Según Shafer(44), los odontomas compuestos son aquellos en los que el esmalte y la dentina poseen una estructura de gran semejanza anatómica con un diente normal, excepto por el tamaño; los odontomas mixtos compuestos, aquellos que tienen alguna similitud anatómica superficial con los dientes normales (aún pequeña); y odontomas compuestos complejos, aquellos que conforman una masa irregular de tejidos dentales calcificados, sin ninguna similitud morfológica con dientes. A pesar de esto, la Organización Mundial de la Salud, en 1971, los ha clasificado en complejos y compuestos.(43,45).

El odontoma se puede descubrir a cualquier edad, sin embargo la edad más frecuente para el diagnóstico es la segunda década de la vida. Existe una ligera predilección por presentarse en el sexo masculino comparado con el femenino.(44). Su localización más frecuente es el maxilar superior en su sector anterior, el antero inferior y el postero inferior, aunque pueden aparecer en cualquier localización. En cuanto a los tipos, suele ser más frecuente el compuesto que el complejo, aunque hay autores que establecen una relación inversa.(46). Se ha visto que ambos tipos de odontomas se han presentado con más frecuencia en el lado derecho de los maxilares que en el izquierdo.(44).

Desde el punto de vista histopatológico los odontomas complejos se caracterizan por dentina primaria fundamentalmente, esmalte calcificado e hipocalcificado, cemento inmaduro y una cápsula. Por otra parte, los odontomas compuestos presentan pulpa, dentina primaria, esmalte hipocalcificado, cemento primario y un trabeculado óseo entre los dentículos. Existen formas mixtas con morfología intermedia.(47).

Radiográficamente la imagen del odontoma complejo es de una masa radiopaca irregular, única o múltiple, con un halo radiolúcido. La del compuesto, es una imagen radiográfica

mixta, con múltiples radiopacidades, que adoptan una configuración similar a dientes (dentículos), rodeados por un halo radiolúcido.(43,47).

La mayor parte de los odontomas son asintomáticos, aunque pueden aparecer signos y síntomas relacionados con su presencia, tales como dientes impactados; dientes deciduos retenidos, inflamación e infección.(44).

Caso Clínico N° 11 (Odontoma Complejo)

Fotos: 105 a la 116.



Fot. 105



Fot. 106



Fot. 107



Fot. 108



Fot. 109



Fot. 110



Fot. 111



Fot. 112



Fot. 113



Fot. 114



Fot. 115



Fot. 116 (Visión Indirecta)

Torus Mandibular

Llamado también exostosis, es una lesión que se presenta en la superficie perióstica de los maxilares como una excrescencia. Se ve en ambos maxilares, con localizaciones diversas y sin preferencia de edad. La línea media del paladar es la ubicación más frecuente (20%) Y se denomina entonces torus palatinos. Este es dos veces más frecuente en la mujer que en el hombre, y en general comienza antes de los treinta años.

La ubicación que prefiere en segundo término es la mandíbula (8%), donde se presenta por lo general en la superficie lingual a nivel de premolares y molares pero no exclusivamente. Es el torus mandibular. También se presenta antes de los 30 años y en ambos sexos por igual. Suele ser bilateral pero no simétrico.

Son lesiones asimétricas con una posible etiología genética. Suelen ser bastante radiopacas y muchas veces se superponen a piezas dentarias en las imágenes.

La microscopia revela hueso normal. El tratamiento es la resección cuando interfieren con la función de la dicción, de la deglución o la adaptación de una prótesis. La anestesia es al nervio lingual y al nervio bucal, la incisión en maxilar dentado es festoneando los cuellos de los dientes por lingual y en un maxilar edéntulo sobre reborde con el desprendimiento del telón mucoperióstico hacia lingual. La eliminación del torus o exostosis puede realizarse con instrumental rotatorio altamente refrigerado, o manual dependiendo el caso. El pronóstico es excelente y no recidivan.(48,49).

Caso Clínico N° 12 (Torus Mandibular Paciente Dentado)

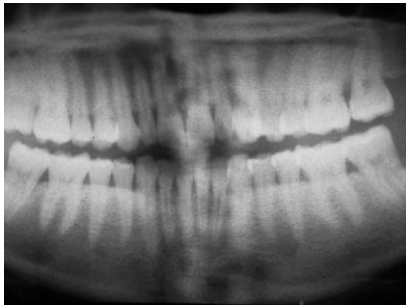
Fotos: 117 a la 136



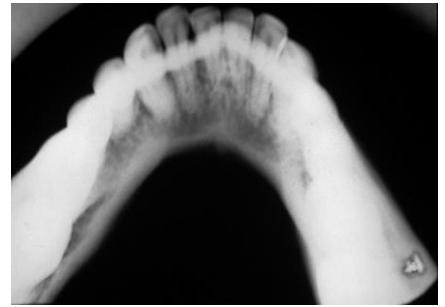
Fot. 117



Fot. 118 (Visión Indirecta)



Fot. 119



Fot. 120



Fot. 121 (Visión Indirecta)



Fot. 122



Fot. 123 (Visión Indirecta)



Fot. 124 (Visión Indirecta)



Fot. 125



Fot. 126



Fot. 127



Fot. 128 (Visión Indirecta)



Fot. 129 (Visión Indirecta)



Fot. 130



Fot. 131



Fot. 132 (Visión Indirecta)



Fot. 133



Fot. 134 (Visión Indirecta)



Fot. 135 (Visión Indirecta)



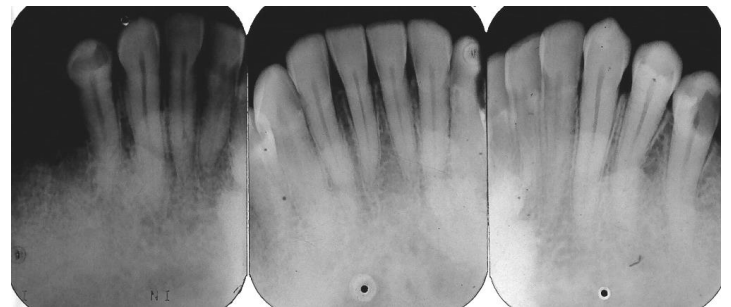
Fot. 136 (Visión Indirecta)

Caso Clínico N° 13 (Torus Mandibular Paciente Parcialmente Dentado)

Fotos: 137 a la 152



Fot. 137



Fot. 138



Fot. 139



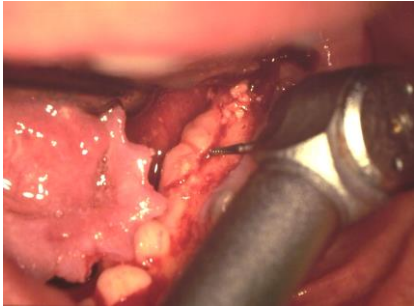
Fot. 140



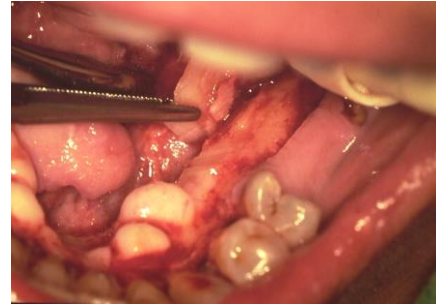
Fot. 141



Fot. 142



Fot. 143



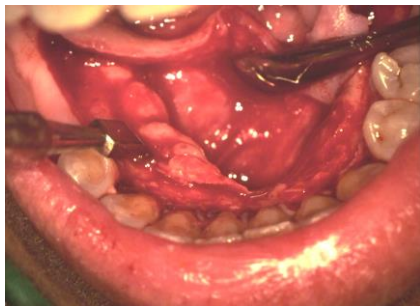
Fot. 144



Fot. 145



Fot.146



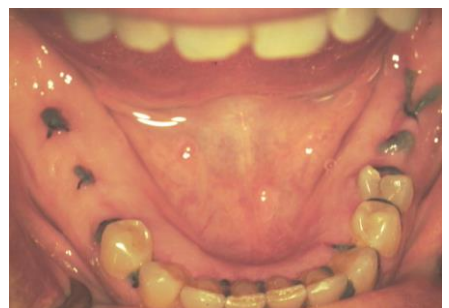
Fot. 147



Fot. 148



Fot. 149



Fot. 150



Fot. 151



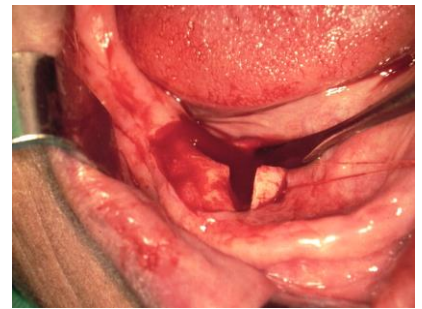
Fot. 152

Caso Clínico N° 14 (Torus u Osteoma Paciente Desdentado)

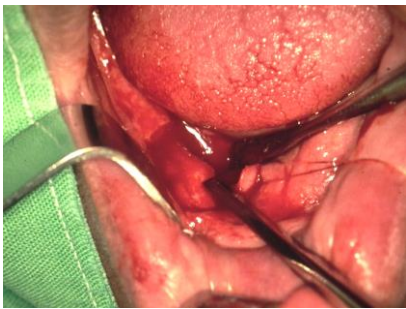
Fotos: 153 a la 158



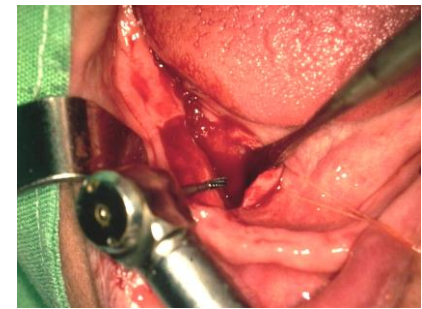
Fot. 153



Fot. 154



Fot. 155



Fot. 156



Fot. 157



Fot. 158

Caso Clínico N° 15 (Osteoma Paciente Dentado en sector de Molares)

Fotos: 159 a la 170 (Gentileza Prof. Dr. Ricardo Bachur)



Fot. 159



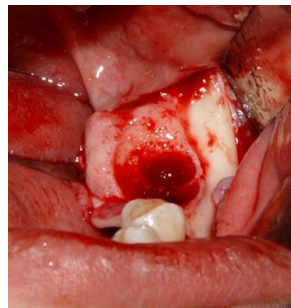
Fot. 160



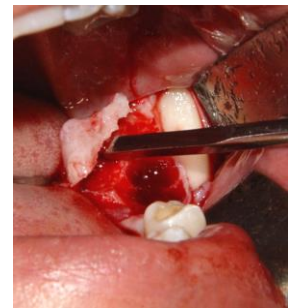
Fot. 161



Fot. 162



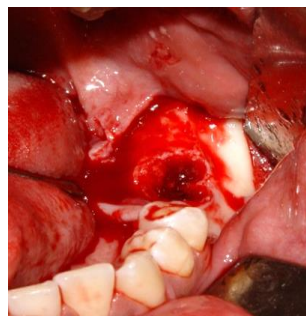
Fot. 163



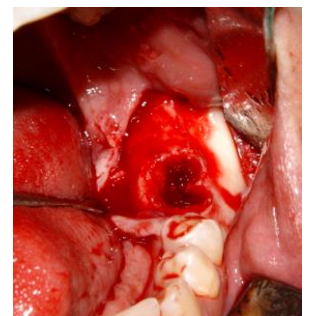
Fot. 164



Fot. 165



Fot. 166



Fot. 167



Fot. 168



Fot. 169



Fot. 170

Los Épulis

Se consideran “épulis” a todos los agrandamientos que proliferan sobre la encía. Etimológicamente (epi: sobre; oulón: encía), el termino épulis lo único que define es una excrescencia en la encía.

Es, a nuestro juicio, un término que describe semiológicamente a cualquier entidad que puede estar sobre la encía o reborde alveolar con características semiológicas de tumor. El no poder identificarlo clínicamente con ninguna patología determinada obliga necesariamente a su estudio histopatológico.

Algunos autores identifican al granuloma gigantocelular con el término épulis (Nelaton), con la localización gingival del granuloma piógeno (Grinspan) o como sinónimo de tumor benigno de encía (Dechaume). Este último concepto puede llevar al Odontólogo no especializado a extirpar, sin realizar estudio histopatológico, una lesión que, con el inocente aspecto de un épulis, puede ser histológicamente un carcinoma, un melanoma amelanótico, un linfoma, etc.(48,49). Se recomienda en este tipo de lesiones realizar siempre histopatología.

Caso Clínico N° 16 (Granuloma gigantocelular periférico)

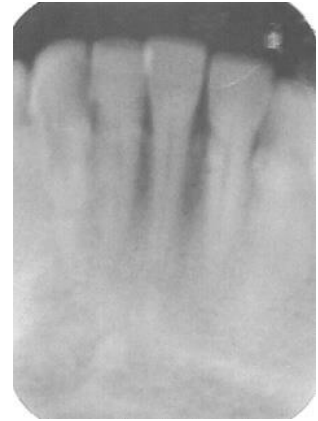
Épulis de células gigantes, tumor a mieloplaxias, mieloide. Se trata de una hiperplasia simple o pseudotumor que puede verse en la encía o en el reborde. Pediculados o de base ancha a veces lobulados, se caracterizan por su color rojo vinoso azulado. Puede haber antecedentes de traumatismo. No presentan imagen radiográfica. Histológicamente se ven fibroblastos, mastocitos, vasos sanguíneos y células gigantes multinucleadas. Hay extravasación sanguínea y variable cantidad de hemosiderina, lo que le da la coloración característica. Recubierto por epitelio escamoso estratificado, puede estar parcialmente ulcerado.

Tratamiento: Extirpación total. No recidiva. Pronóstico excelente.(50,51)

Fotos: 171 a la 182



Fot. 171



Fot. 172



Fot. 173 (Visión Indirecta)



Fot. 174 (Visión Indirecta)



Fot. 175 (Visión Indirecta)



Fot. 176 (Visión Indirecta)



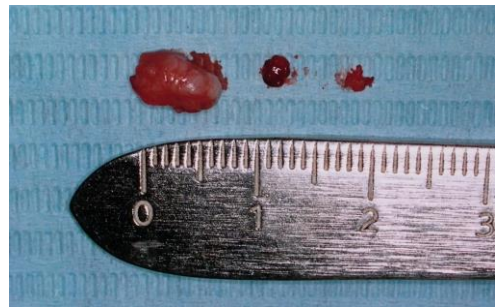
Fot. 177 (Visión Indirecta)



Fot. 178



Fot. 179



Fot. 180



Fot. 181



Fot. 182 (Visión Indirecta)

Frenotomía

La anquiloglosia, o lengua atada, se observa con mayor frecuencia en niños y por lo común se la corrige mientras el niño es pequeño. Algunas veces se examina un paciente adulto y se comprueba que tiene un frenillo lingual hipertrófico sin tratar.

El frenillo lingual se compone de un pliegue de mucosa sola, o puede contener un tabique fibroso denso que une la punta de la lengua al proceso alveolar. Puede tratarse meramente de un frenillo fibroso corto que restringe el movimiento de la lengua, o puede contener fibras de los músculos genioglosos.

Como prueba simple de la función lingual, se pide al paciente que toque su labio superior con la punta de la lengua. Cuando el paciente es incapaz de mover adecuadamente la punta de la lengua o cuando la punta de la lengua está unida al proceso alveolar, está indicada la frenotomía.

El procedimiento se realiza con anestesia local. Al utilizar anestesia local, se hace el bloqueo bilateral del nervio lingual y se completa con cantidades pequeñas de infiltración para evitar la deformación de los tejidos sublinguales. Se hace una sutura de tracción a través de los músculos de la punta de la lengua, para que sea posible levantar la lengua y poner en tensión el frenillo. Se practica una incisión transversal en la mucosa del frenillo a mitad de camino entre la superficie ventral de la lengua y las carúnculas sublinguales. Para la incisión inicial se emplea tijera o bisturí o se realiza la técnica del doble pinzado. La disección más profunda se hace con tijeras en la línea media, evitando los conductos de las glándulas salivales submaxilares y las venas sublinguales, las que, por lo general, pasan al costado, del campo quirúrgico. Si se comprueba que las fibras del músculo geniogloso están en el campo, se las puede cortar. Se continúa la disección hasta que se pueda retraer la lengua lo suficiente como para que toque los incisivos superiores o el proceso alveolar mientras se tiene la boca abierta. En este punto, hay que señalar que la incisión transversal se ha convertido en una herida con forma de diamante. Los colgajos mucosos se socavan con tijeras, y se cierran como una incisión lineal longitudinal con suturas independientes, prácticamente solo una es suficiente. Las venas sublinguales están más cerca de los bordes laterales de la lengua que de la línea media. Si la disección quirúrgica se realiza en la línea

media, es posible evitar las venas, y hay poca hemorragia. Al suturar la herida hay que tener cuidado en no pasar la aguja de sutura a través de la vena sublingual, pues, de hacerlo, se produciría una hemorragia rebelde, equimosis y un importante edema.

La evolución postoperatoria no presenta mayores complicaciones. El dolor y las molestias se neutralizan fácilmente con analgésicos y antiinflamatorios. El edema de la lengua y el piso de boca es moderado o nulo y por lo general remite entre los 7 y los 10 días. Durante este lapso, la movilidad de la lengua está ligeramente restringida al principio, pero la movilidad se restablece en forma gradual, a medida que el edema desaparece. Al comienzo, la dicción esta dificultada, pero la mayoría de los pacientes se adaptan con rapidez.(52,53,54).

Caso Clínico N° 17 (Frenotomía Lingual)

Fotos: 183 a la 186 (Gentileza Prof. Dr. Ricardo Bachur)



Fot. 183



Fot. 184



Fot. 185



Fot. 186

Ránula

Una ránula es una tumoración grande en el piso de la boca de consistencia blanda y llena de mucus. Microscópicamente y en su formación, a la ránula se la compara con el mucocele, salvo que la primera está asociada con glándulas de mayor tamaño, razón por la cual su dimensión es mayor. Se produce como consecuencia de un defecto en el conducto de Wharton (glándula submaxilar) o en el de Bartholin (glándula sublingual).

Algunas veces el tratamiento consiste en la excisión del quiste y la glándula. Sin embargo, es mejor recurrir a un procedimiento descrito por Partsch que establece una conexión con la superficie para el conducto afectado, empaquetando gasa yodoformada para producir una epitelialización y luego eliminar la parte externa con el contenido. (marsupialización).

La patología quirúrgica de las glándulas salivales involucra fundamentalmente a las infecciones, las litiasis, los tumores y los quistes.

Estas diferentes patologías tienen lugares de asiento preferenciales, pues en términos generales se observa que las infecciones se presentan especialmente en las glándulas salivales mayores y dentro de ellas más en la parótida y la submaxilar. Las litiasis suelen aparecer habitualmente en la submaxilar, los tumores en la parótida y las glándulas salivales menores, y las manifestaciones quísticas (ránulas y quistes mucoideos) en la sublingual y las glándulas salivales menores respectivamente. Esta es una distribución según predominio estadístico.

El odontólogo de práctica general debe tener conocimientos de los principales aspectos patológicos de las glándulas salivales.

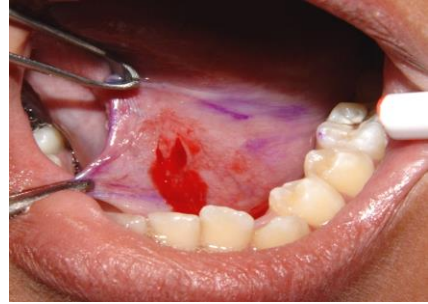
Estas integran la función masticatoria y anatómicamente, al estar ubicadas en la cavidad bucal y sus adyacencias, los procesos que asientan en ellas pueden ser confundidos con procesos odontógenos. Así, el paciente o incluso profesionales de otras especialidades solicitan consulta odontológica para la interpretación del cuadro.(55,56).

Caso Clínico N° 18 (Ránula)

Fotos: 187 a la 192 (Gentileza Prof. Dr. Ricardo Bachur)



Fot. 187



Fot. 188



Fot. 189



Fot. 190



Fot. 191



Fot. 192

Discusión

En la revisión de la literatura, se han encontrado pocos artículos que reportan algunos casos clínicos que involucran la zona lingual, estos son:

Según Sanchis, Peñarrocha, Mínguez, y Bonet en un artículo de © Medicina Oral de 1999 en pseudoquistes de los maxilares, el quiste óseo solitario, o también denominado simple o hemorrágico, afecta entre el 0,2% y el 1% de los quistes que asientan el maxilar inferior, esto sin marcar si hay o no, asentamiento en la zona lingual.(Reporte N° 1).

Hong y Kim del Departamento de ORL y Cirugía de Cabeza y Cuello. Escuela de Medicina, Universidad Nacional de Corea del Sur, presentan 31 casos donde proponen una nueva técnica quirúrgica para la resección de la glándula submandibular. Marcan aquí que en este tipo de resecciones tuvieron varias complicaciones, incluyendo hasta una inflamación residual del conducto de Wharton en 7,3% de los pacientes. Además, se han presentado lesiones neurológicas como lesiones de los nervios facial (7,7%), hipogloso (2,9%) y lingual (1,4%). Como así la asimetría gustatoria se ha presentado en 2,9 % de los pacientes.

Ellos sólo reportan un caso de la técnica intraoral, que incluye la desinserción del músculo milohiideo de la mandíbula. En este artículo se realiza la incisión en el piso de la boca, en el recorrido del conducto de Wharton; y en pacientes edéntulos lo hacen levemente más lateral. Notan que en estos casos la cirugía fue ligeramente más difícil cuando tenían presencia de los molares, pero aclaran que no se requirió una incisión cervical adicional. Además recomiendan en casos de adhesión severa a tejidos circundantes, utilizar el abordaje transcervical. Como se puede apreciar el aporte clínico sobre el abordaje lingual es mínimo.(Reporte N° 2).

La Dra. Norailys Pérez Navarro y Lic. Margarita López trataron pacientes con anquilosis, que procedieron de las escuelas primarias del municipio Melena del Sur, (Cuba), compuesto por niños con edades comprendidas entre 5 y 11 años. Se les trató quirúrgicamente en la Clínica Dental "Orlando Corvo" del municipio Melena del Sur, realizaron una técnica quirúrgica diferente a la propuesta por la literatura, los pacientes no necesitaron de sutura. Modificaron la técnica quirúrgica propuesta por la mayoría de los autores y la consideraron

más sencilla al realizar el corte más próximo a la cara ventral de la lengua. Y obtuvieron resultados satisfactorios en cuanto al tiempo de curación de la herida.

Aquí no desarrollan exactamente la técnica quirúrgica, ni tampoco explican el porque de no realizar sutura, solo marcan resultados en cuanto al tiempo de curación de la herida.(Reporte N° 3).

Según artículo de la revista Odontológica Venezolana se evaluaron lesiones quísticas bucales diagnosticadas en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Buco-Maxilo-Facial en el Hospital Universitario de Maracaibo, estado de Zulia, Venezuela. Aquí no está desarrollado por ejemplo que técnica quirúrgica se utilizó para eliminar las lesiones quísticas que asentaron en la zona lingual de la mandíbula. (Reporte N° 4).

En un trabajo presentado en la Revista de la A.O.A. por los Dres. Eduardo Ceccotti, Fabián Yansig, Alicia Mari y Susana Villamonte, tratan el defecto mandibular de Stafne, el cual por costumbre es denominado, Quiste Óseo Estático o Quiste Latente, pero ambas denominaciones son incorrectas, ya que no es un verdadero quiste, sino un defecto por compresión de la glándula submaxilar. Se lo descubre en la mandíbula, en el tercio posterior de la tabla lingual, debajo del conducto dentario, en el área del tercer molar, por delante del ángulo.

Hecho el diagnóstico diferencial con otras entidades, no está indicada la cirugía, pero es aconsejable un control radiográfico a distancia. La sialografía de la glándula submaxilar es, a veces, un recurso valioso para confirmar el defecto. En este reporte no hay ningún tipo de abordaje, menos el lingual, por ende carece de valoración clínica para este Trabajo de Tesis.(Reporte N° 5).

Los Dres. López Labady J., Lazard J. y Arreaza A. de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela presentan un caso sobre un Granuloma Piógeno en una paciente postparturienta, el tumor es de gran tamaño y el mismo asienta en gran parte sobre la zona lingual y el piso de la boca, ellos marcan el tipo de cirugía que se puede realizar como la criocirugía y/o el láser, inclusive remarcan con suma importancia que realizan la exodoncia de las piezas dentarias involucradas, pero dejan excluida por completo la forma de abordarlo sobre todo en la zona lingual, la de mayor tamaño de la lesión.(Reporte N° 6).

Desde la Facultad de Medicina de la Habana Cuba, los Dres. González H, José M., y Moret de González, Yuli, reportan un fibroma odontogénico cementificante y osificante central asociado a dientes retenidos, muy bien explicitado el caso, el cual tiene asiento en zona mandibular por lingual, pero no aportan datos de importancia clínica sobre abordaje lingual, a este trabajo. (Reporte N° 7).

Los Dres. Marcelo Coelho Goiato y Aline Úrsula Rocha Fernández, responsables del área de Prótesis Bucomaxilofacial del Centro de Oncología Bucal de la Facultad de Odontología de Araçatuba, SP, Brasil – UNESP, hacen mención sobre un paciente con un carcinoma epidérmico en el borde lateral posterior de la lengua, a quien le fue extirpada por completo la misma, y los problemas de dicción y deglución que le ocasionaba esto y enfatizan el tratamiento en la colocación de una prótesis inferior que cuenta con una lengua artificial, un caso realmente interesante, pero no especifica como se realizó la glossectomía, como para aportar formas de abordajes quirúrgicos en la zona lingual. (Reporte N° 8).

Desde el Servicio de Patología Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, nos encontramos con un estudio sobre: Mucocelos en la Cara Ventral de la Lengua, la estadística es realmente interesante, los materiales y métodos que presentaron así lo demuestran, establecen una casuística de 10 años, remarcan que la técnica quirúrgica de marsupialización modificada es efectiva para la eliminación de mucocelos asociados a traumatismo, pero no la detallan, (Lo cual hubiera sido muy importante para este trabajo), sobre todo por que comentan que es uno de los mucocelos que mas recidiva. (Reporte N° 9).

Con respecto a otras patologías, tal es el caso de dientes supernumerarios mandibulares, los reportes bibliográficos referentes a series de pacientes afectados de esta anomalía, son relativamente escasos, mas bien nulos, un poco menos lo son las patologías de los tejidos duros y blandos, por eso lo encontrado en el trabajo clínico diario lo utilizamos como casuística, y se lo aprovechó a fondo. Así como la presencia de dientes supernumerarios en la región mandibular es una patología poco frecuente, la patogénesis de la misma sigue siendo aún desconocida.

El diagnóstico del diente supernumerario, ectópico o heterotópico, requiere un examen de diagnóstico por imágenes concluyente. A pesar de la gran utilidad de la radiografías panorámicas, éstas no nos muestran de forma clara y real la presencia de dientes

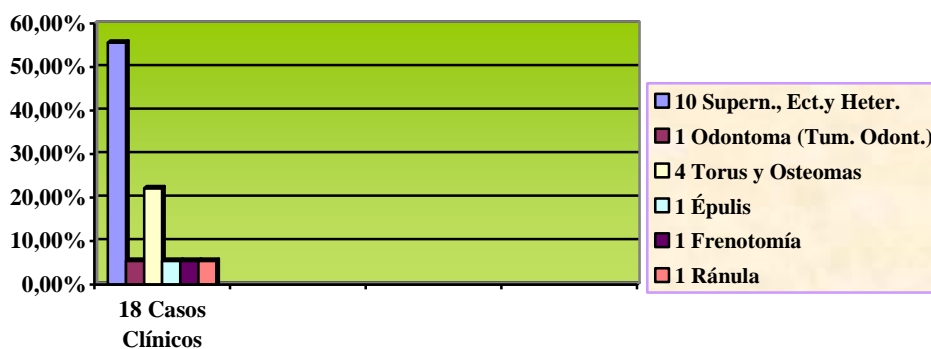
supernumerarios por lingual. Ante la duda, la radiografía oclusal total proporciona información más precisa en el diagnóstico de dientes supernumerarios en esta zona, en varios casos debimos realizar pequeñas oclusales, con radiografías periapicales, (Placas 3x4); y en ocasiones será necesario efectuar otros tipos de estudios mas sofisticados, pero también mucho mas precisos como lo es la Tomografía Axial Computada con reconstrucción multiplanar y resolución 3D, todo esto en beneficio de no tener que sacrificar piezas dentarias sanas, por abordar estos elementos por el vestíbulo de la boca, como afirman y recomiendan muchos autores, entre ellos, un pionero y Gran Maestro para nosotros de la Cirugía Bucal, el Prof. Dr. Ries Centeno.

Hemos podido observar que tampoco son comunes otras patologías en la zona lingual, pero las que aparecieron, como por ejemplo: elementos para ser liberados y reubicados, tumores de los tejidos duros y blandos, no existía otra opción que abordarlas por la vía lingual, ya que era este el lugar por donde se encontraban, y el tema principal de este trabajo de Tesis Doctoral.

Conclusiones

Luego de realizar un examen clínico minucioso, valorar en forma completa la Historia Clínica, junto al diagnóstico por imágenes, y reconocer en forma fehaciente el terreno donde vamos a abordar, lo cual es más certero a través de las disecciones anatómicas realizadas en maxilares inferiores cadavéricos, donde advertimos el recorrido en forma prácticamente definida del nervio lingual y si bien esto no es contundente ya que este recorrido no es matemático y que podemos asociarlo a la zona lingual y todo el piso de la boca, esto nos permitirá evaluar factores de pro y contras, viendo que el abordaje lingual es más flexible de lo que esperábamos y después de haber podido observar los resultados obtenidos en este trabajo de Tesis Doctoral, a través de todas las cirugías realizadas, podemos asegurar que todas las patologías que encontremos por la zona lingual, la vía de abordaje quirúrgico será indefectiblemente esta.

Se operaron 27 pacientes, de los cuales 18 casos clínicos fueron los que se seleccionaron por ser los más significativos, vale decir un 66,7% del total, de este total: 10 casos clínicos fueron dientes supernumerarios, ectópicos y heterotópicos, es decir un 55,6%; Tumores odontogénicos (Odontoma) 1 caso clínico el 5,5%; Torus y Osteomas 4 casos clínicos, el 22,2%; Épulis 1 caso clínico, el 5,5%; Frenotomía 1 caso clínico, el 5,5%; y ránula 1 caso clínico, el 5,5%.(Tabla al pie).



Ya remarcamos el éxito de cualquier tipo de cirugía comienza con el preoperatorio, el estudio completo de la Historia Clínica, la cubierta antibiótica y antiinflamatoria, son de vital importancia, la elección de la técnica quirúrgica apropiada, (En estos casos la vía lingual), la

aplicación correcta y precisa del instrumental específico e inespecífico, nos dará entonces el resultado esperado, o sea el éxito quirúrgico.

Todo lo anterior fue aplicado a la perfección y la evolución post quirúrgica observada, a los siete días promedio, cuando se citó a los pacientes a retirar suturas y cuando estos relataron sus experiencias, nos encontramos con un resultado más que exitoso, sin ningún tipo de manifestaciones de los riesgos quirúrgicos, tales serían los casos de edema, hematoma, dolor, infección o cualquier otra, remarcando entonces que las respuestas fisiológicas fueron en el 100% de los casos totalmente favorables.

Cabe aclarar que todos los casos clínicos operados fueron evaluados minuciosamente para ver el tiempo justo de realizar la cirugía, no se operó ninguno por mera necesidad personal, como así tampoco se sometió a ningún tipo de presiones a los pacientes, menos a los menores de edad, los cuales fueron autorizados por sus padres, es menester recordar que a cada uno de ellos se le presentó una Historia Clínica con Consentimiento Informado que firmaron voluntariamente, inclusive al día de la fecha hay pacientes que siguen en tratamiento, como es el caso clínico N° 10, que esta bajo tratamiento de Ortodoncia, este era un paciente que fue derivado para la extracción del canino retenido y después de evaluarlo se decide junto a los padres y el Especialista Ortodoncista liberarlo y traccionarlo para reubicarlo en la arcada.

Sin lugar a dudas puedo aseverar que no hay ningún tipo de contraindicación en abordar una patología que se encuentra en la zona lingual, por otro lugar que no sea este.

Después de todo lo arriba expresado deseo sinceramente poder colaborar con este trabajo para poder desmitificar las creencias que: “la zona lingual, en conjunto con todo el piso de la boca, son lugares intocables, y transformarlos en adelante en lugares totalmente accesibles”.

Resumen

El maxilar inferior es un hueso impar, central, móvil y simétrico. La cara posterointerna es la que merece mayor referencia para este trabajo. Aquí se encuentra el canal milohioideo, por donde discurre el nervio lingual, rama terminal del Nervio dentario inferior. La mucosa lingual es sumamente frágil y altamente irrigada al igual que todo el piso de la boca. Además de presentar distintas inserciones musculares.

Teniendo en cuenta esto, que es demostrado por las distintas disecciones realizadas en maxilares cadavéricos y más, se resolvió luego de estudiar los distintos casos clínicos y ayudados por técnicas de diagnóstico por imágenes, seleccionar aquellos que fueran inherentes a este Trabajo de Tesis Doctoral: “Abordaje Quirúrgico por vía Lingual de distintas Patologías relacionadas a dicha zona”.

Se terminaron seleccionando 18 casos, (De 27 aproximadamente), los cuales fueron operados entre Agosto de 2001 a Agosto de 2005, encontraremos entre otros: “Dientes supernumerarios, dientes heterotópicos, dientes ectópicos, liberación y la posterior tracción de elementos retenidos, (Caninos), torus mandibulares, (En pacientes: dentados, parcialmente dentados y edéntulos), tumores odontogénicos, (Odontóma Complejo), épulis, frenotomía lingual y ránula.

Todos ellos abordados por dicha vía, con una evolución muy apropiada y altamente positiva, y postoperatorios sin ningún tipo de riesgos quirúrgicos.

Vale destacar que este sitio de abordaje es tan seguro como comprometido, si no se siguen las normas mas arriba establecidas.

Este trabajo llevó varios años de evolución y evaluación, de corazón deseo, sea de gran utilidad para los que amamos la docencia y para quienes la reciben, y sienten día a día la necesidad de investigar, sin olvidar que trabajamos con, y sobre seres humanos.

Summary

The inferior maxillary is an uneven bone, central, mobile and symmetrical. The posterointerna face is the one that deserves the greatest reference for this project. Here we find the milohioideo channel, through which the lingual nerve runs, terminal branch of the inferior dentary nerve. The mucosa lingual is extremely fragile and highly irrigated just as the entire floor of the mouth. In addition (it presents) to presenting different muscular insertions.

Keeping this in mind, which is demonstrated by the different dissections realized on cadaveric maxillaries and others, it was resolved after studying different clinic cases and with the help of diagnose techniques through images, to select those that were inherent to this Doctoral Thesis Project: “Chirurgical boarding via lingual of different pathologies related to such zone”.

18 cases were selected (out of approximately 27), which were operated between August 2001 and August 2005, we found, among others: “Teeth supernumeraries, teeth heterotópicos, teeth ectópicos, liberation y la posterior traction de elements retentions, (Canines), torus mandibularis, (En patients: toothed, partiality toothed y without tooth), odontogenic tumors,(Complex Odontoma), epulis, lingual frenotomy and ranula.

All of these were preformed through that via, with a very positive evolution and postops without any type of surgical risks.

It is worth mentioning that this boarding site is as safe as it is risky, if the above established norms are not followed.

This work took various years in the making and evaluation, from the heart I desire that it is of great use for those of us who love teaching and for those who receive it, and feel day to day the necessity to investigate, without forgetting that we work with and on human beings.

Bibliografía:

1. Figún M. E. y Garino R. R.(1984) Bs. As. Arg. “Anatomía Odontológica funcional y Aplicada”. 2da. Ed. Cap.1 pag. 23-26.
2. Figún M. E. y Garino R. R.(1984) Bs. As. Arg. “Anatomía Odontológica funcional y Aplicada”. 2da. Ed. Cap. 2 pag. 60-62.
3. Figún M. E. y Garino R. R.(1984) Bs. As. Arg. “Anatomía Odontológica funcional y Aplicada”. 2da. Ed. Cap. 4 pag. 76-78.
4. Figún M. E. y Garino R. R.(1984) Bs. As. Arg. “Anatomía Odontológica funcional y Aplicada”. 2da. Ed. Cap. 6 pag.115-117.
5. Testut L. y Latarjet A. (1984) Barcelona España. “Anatomía Humana”. 9na. Ed. T. I. Lib. 1 Cap. IV Art. III Pag. 247-257.
6. Testut L. y Latarjet A. (1984) Barcelona España. “Anatomía Humana”. 9na. Ed. T. I. Lib. 3 Cap. III Art. II Pag. 829-836.
7. Testut L. y Latarjet A. (1984) Barcelona España. “Anatomía Humana”. 9na. Ed. T. II Lib.4 Sec. 2da. Cap. III Art. II Pag. 224-226.
8. Testut L. y Latarjet A. (1984) Barcelona España. “Anatomía Humana”. 9na. Ed. T. III Lib. 7 Cap. II Pag.109-118.
9. Ginestet G. (1967) París Francia. “Cirugía Estomatológica y Maxilo-Facial”. Cap. VII. Pag. 192; 194; 196-198.
10. Ginestet G. (1967) París Francia. “Cirugía Estomatológica y Maxilo-Facial”. Cap. XXI. Pag. 540.
11. Ries Centeno G. (1987) Bs. As. Arg. “Cirugía Bucal. Patología, Clínica y Terapéutica”. 9na. Ed. 4ta. Pte. Pto. 11. Pag. 207-209.

12. Ries Centeno G. (1987) Bs. As. Arg. “Cirugía Bucal. Patología, Clínica y Terapéutica”. 9na. Ed. 4ta. Pte. Pto. 12. Pag. 243-244.
13. Ballester J. F., Toubia F. e Irigoyen L. (1990) España. “El Canino Incluido Diagnóstico y Tratamiento”. Cap. C. Pto. 2.3.2. Pag. 142-143.
14. Pichler H. y Trauner R. (1953) Barcelona España. “Cirugía Bucal y de los Maxilares”. 3ra. Ed. T. II. Pag. 203-210.
15. Starshak T. Bs. As. “Cirugía Bucal Preprotética”. 1ra. Ed. Cap. 4. Pag. 75-78.
16. Starshak T. Bs. As. “Cirugía Bucal Preprotética”. 1ra. Ed. Cap. 5. Pag. 94-98.
17. Starshak T. Bs. As. “Cirugía Bucal Preprotética”. 1ra. Ed. Cap. 7. Pag. 119-123.
18. Starshak T. Bs. As. “Cirugía Bucal Preprotética”. 1ra. Ed. Cap. 8. Pag. 160-166.
19. Hunt PR. (1976 Apr.). “Safety aspects of mandibular lingual surgery”. J of Periodontol. 47 (4): 224-9.
20. Lauer G. Et al. (1996 Feb.) “Transalveolar fixation of the peri-implant soft tissue in the mandible: surgical method and clinical follow-up”. J.Oral Maxilofac Surg. 54 (6): 690-7.
21. Surg. Radiol. Anat. 2004 apr;26(2): 128-35. Epub 2003 Oct. 28.
22. :SADJ. 2003Jun;58(5):207, 210-2 “Department of Anatomy and Histology, School of Basic and Applied Sciences, Faculty of Health Sciences, University of Stellenbosch.
23. Un R Australas Coll Dent Surg. 2002 Oct;16:109-10 McGeachie JK. Oral Health Centre Western Australia.
24. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997; 84:345-8
25. Brook AH. Dental anomalies of number, form and size: their prevalence in British school children. J Int Assoc Dent Child 1974;5:37-53.
26. Mc Kibben DR, Brearley LJ. Radiographic determination of the prevalence of selected dental anomalies in children. ASDC J Dent Child 1971;28:390-8.

27. Gorlin RJ. Disostosis cleidocraneal. En: Gorlin RJ, Pindborg JJ, Cohen MM, editores. Síndromes de la cabeza y del cuello. 1^a ed. Barcelona: Toray SA;1979. p. 77-8.
28. Primosch RE. Anterior supernumerary teeth –assessment and surgical intervention in children. *Pediatr Dent* 1981;3:204-14.
- Amplia revisión bibliográfica acerca del tratamiento de dientes supernumerarios en niños.
29. Tay F, Pang A, Yuen S. Unerupted maxillary anterior supernumerary teeth: report 204 cases. *ASDC J Dent Child* 1984;51:289-94.
- Estudio retrospectivo de supernumerarios anteriores no erupcionados.
30. Alaejos C, Contreras MA, Buenechea R, Berini L, Gay C. Mesiodens: revisión retrospectiva de una serie de 44 pacientes. *Medicina Oral* 2000;5(2):81-8.
- Estudio retrospectivo sobre mesiodens asociados a retraso eruptivo de incisivos permanentes.
31. Patchett CL, Crawford PJM, Cameron AC, Stephens CD. The management of supernumerary teeth in childhood -a retrospective study of practice in Bristol Dental Hospital, England and Westmead Dental Hospital, Sydney, Australia. *Int J Paed Dent* 2001;11(4):259-65.
- Estudio retrospectivo donde se compara el tratamiento de dientes supernumerarios en un centro de Inglaterra frente a otro de Australia. Concluyen que no hay un protocolo estandarizado de tratamiento.
32. Mason C, Azam N, Holt RD, Rules DC. Aretrospective study of unerupted maxillary incisors associated with supernumerary teeth. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2000;38(1):62-5.
- Estudio retrospectivo sobre 100 pacientes con incisivos maxilares y mandibulares no erupcionados asociados a supernumerarios.

33. Liu JF. Characteristics of premaxillary supernumerary teeth: a survey of 112 cases. *ASDC J Dent Child* 1995;62(4):262-5.
34. Zilberman Y, Malron M, Shteyer A. Assessment of 100 children in Jerusalem with supernumerary teeth in the premaxillary region. *J Dent Child* 1992;59(1):44-7.
35. Nazif MM, Ruffalo RC, Zullo T. Impacted supernumerary teeth: a survey of 50 cases. *JADA J Am Dent Assoc* 1983;106(2):201-4.

Estudio retrospectivo de 50 pacientes con dientes supernumerarios impactados, 80% en maxilar, 20% en mandíbula. Recomienda la extracción precoz si están invertidos e impiden la erupción del diente permanente adyacente.
36. Kupietzky A, Rotstein I, Kischinovsky D. A multidisciplinary approach to the treatment of an intruded maxillary permanent incisor complicated by the presence of two mesiodentes. *Pediatr Dent* 2000;22(6):499-503.
37. Atwan SMA, Turner D, Khalid A. Early intervention to remove mesiodens and avoid orthodontic therapy. *Gen Dent* 2000;48(2):166-9.
38. Babu V, Nagesh K S, Diwakar NR. Arare case of hereditary multiple impacted normal and supernumerary teeth. *J Clin Ped Dent* 1998;23(1):59-62.
39. Matsumoto M, Nakagawa Y, Sobue S, Ooshima T. Simultaneous presence of a congenitally missing premolar and supernumerary incisor in the same jaw: Report of case. *ASDC J Dent Child* 2001;68(1):63-6.
40. Segura Egea JJ, Jiménez Rubio-Manzanares A. Anomalías dentarias del número y de la posición. *Rev Eur Odont* 1999;11(5):285-9.
41. Cooper SC, Flaitz CM, Johnston DA, Lee B, Hecht JT. A natural history of cleidocranial dysplasia. *Am J Med Genet* 2001;104:1-6.

42. Hattab FN, Yassin OM, Sasa IS. Oral manifestations of Ellis-van Creveld syndrome: report of two siblings with unusual dental anomalies. *J Clin Pediatr Dent* 1998;22:159-65.
43. Patiño C., Berini L., Sánchez M. & Gay E. Odontomas complejos y compuestos: Análisis de 47 casos. *Archivos de Odontoestomatología* 1995; 11(8): 423-30.
44. Shafer W., Hine M. & Levy B. Tratado de Patología Bucal. Cuarta Edición, Edit. Interamericana, México. 1990, pp 313-315.
45. Mosqueda- Taylor A, Ledesma-Montes C, Caballero-Sandoval S, Portilla-Robertson J, Ruiz-Godoy Rivera LM, Meneses-García A. Odontogenic tumors in México: a collaborative retrospective study of 349 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84(6): 672-5.
46. Iwamoto O., Harada H., Kusukawa J. & Kameyama T. Multiple odontomas of the mandible: a case report *J Oral Maxillofac Surg* 1999; 57(3): 338-41.
47. Philipsen H., Reichart P. & Praetorius F. Mixed odontogenic tumours and odontomas. considerations on interrelationship. Review of the literature and presentation of 134 new cases of odontomas. *Oral Oncol* 1997; 33(2): 86-99.
48. Ceccotti E. L.. Clínica Estomatológica. Sida, cáncer, y otras afecciones. Bs. As. Argentina. Octubre de 1993. cap. 26 pag. 231.
49. Bhaskar S.N. Sinopsis of Oral Pathology. Six Edition. St. Luis. 1984. 11: 229.
50. Ceccotti E. L.. Clínica Estomatológica. Sida, cáncer, y otras afecciones. Bs. As. Argentina. Octubre de 1993. cap. 6 pag. 29.
51. Bhaskar S.N. Synopsis of Oral Pathology. Six Edition. St. Luis. 1984. 15: 355.
52. Starshak T.J. Preprosthetic Oral Surgery. Ed. Mundi August 1974. 7:119-123.
53. Laskin D.M. Oral and Maxilofacial Surgery. Six Edition. Ed. Panamericana S.A. September 1987. 17:683.

54. Mc Donald R.E. Dentistry for child and Adolescent. Ed. Mosby-Doyna S.A. Madrid España. Second Edition. 1995. 20:463-467.
55. Ceccotti E. L.. Clínica Estomatológica. Sida, cáncer, y otras afecciones. Bs. As. Argentina. Octubre de 1993. cap. 25 pag. 203-205.
56. Bhaskar S.N. Synopsis of Oral Pathology. Six Edition. St. Luis. 1984. 14: 334-336.