

**FRECUENCIA DE LAS PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS
RADIOGRÁFICAMENTE EN LAS CLÍNICAS DE UNICOC DEL AÑO 2006**

LAURA SÁNCHEZ APONTE



**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA UNICOC
BOGOTÁ D. C.
2008**

**FRECUENCIA DE LAS PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS
RADIOGRÁFICAMENTE EN LAS CLÍNICAS DE UNICOC DEL AÑO 2006**

LAURA SÁNCHEZ APONTE

**Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de:
ODONTÓLOGA**

**Asesora Metodológica
Dra. MARTHA CAYCEDO
Odontóloga especialista en epidemiología**

**Asesor Científico
Dr. CARLOS ARTURO VILLAMIZAR
Odontólogo especialista en cirugía, patología y radiología**

**Asesora Estadística
Dra. CLARA LOPEZDEMESA
Especialista en estadística**



**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA UNICOC
BOGOTÁ D. C.
2008**

DEDICATORIA

A DIOS,
POR PERMITIR CUMPLIR MIS OBJETIVOS PROPUESTOS.

A MIS PADRES,
POR DEDICACIÓN Y APOYO EN TODO MOMENTO

A MI UNIVERSIDAD,
POR LOS CONOCIMIENTOS APORTADOS.

A MIS AMIGOS Y FAMILIARES,
POR SU APOYO INCONDICIONAL Y COLABORACIÓN PARA LOGRAR MIS
METAS

LAURA M. SÁNCHEZ.

AGRADECIMIENTOS

Como autora expreso mis agradecimientos a:

Dr. CARLOS ARTURO VILLAMIZAR

Odontólogo, especialista en cirugía, patología y radiología.

Dra. MARTHA CAYCEDO

Odontóloga, especialista en epidemiología.

Dr. CLARA LOPEZDEMESA

Estadística

Sr. EDGAR

Coordinador de la central de historias clínicas del centro de UNICOC

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	11
1. CONTEXTO DE INVESTIGACIÓN	12
1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	12
1.3 PROPÓSITO.....	12
1.4 MARCO TEÓRICO.....	13
1.4.1 DEFINICIONES.....	17
1.5 OBJETIVOS.....	32
1.5.1 Objetivo General	32
1.5.2 Objetivos Específicos.....	32
2. METODOLOGÍA.....	33
2.1 TIPO DE ESTUDIO.....	33
2.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	33
2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	34
2.3.1 Criterios de Inclusión.....	34
2.3.2 Criterios de Exclusión.....	34
2.4 VARIABLES.....	34

2.4.1 Variables Independientes.....	34
2.4.2 Variables Dependientes.....	34
3. PROCEDIMIENTO	35
4. RESULTADOS.....	36
5. DISCUSIÓN	39
6. CONCLUSIONES.....	40
7. RECOMENDACIONES	41
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Distribución Porcentual de Pacientes según Edad (Años).	36
Figura 2. Distribución Porcentual de Pacientes según Género.	36
Figura 3. Distribución Porcentual de Pacientes según Tipo de Radiografía.....	37
Figura no 4. Distribución Porcentual de Pacientes según Clasificación de Patología.	37
Figura no 5. Distribución Porcentual de Pacientes según Localización.	38
Figura no 6. Distribución Porcentual de Pacientes según Patología.	38

INTRODUCCIÓN

A nivel distrital y departamental no se ha realizado un análisis sobre la frecuencia de patologías orales diagnosticadas radiográficamente, siendo estas patologías orales un conjunto de enfermedades causadas por muchos factores y son encontradas frecuentemente en la práctica odontológica.

La edad es uno de los factores determinantes en la frecuencia de las patologías radiográficas, debido a que existe una degeneración celular por factores como: dieta, entorno laboral, costumbres, desarrollo social y enfermedades sistémicas como: diabetes mellitas, hipertensión arterial, que llevan a la hipofunción de la cavidad oral desarrollando enfermedades que son diagnosticadas clínica y radiográficamente arrojando resultados de diversas patologías.

Podemos observar, que las causas de las patologías son múltiples y en ocasiones complejas, pudiéndose dar en el mismo individuo varias de ellas.

El presente es un estudio descriptivo transversal de los diagnósticos de patologías más frecuentes encontrados en las clínicas del centro de UNICOC en el año 2006, su objetivo es Determinar la frecuencia de las Patologías orales diagnosticadas radiográficamente o en la clínica de UNICOC en el año 2006, para brindar información sobre los diagnósticos presuntivos más frecuentes y características sociodemográficas asociadas, en los pacientes que asisten a la clínica de UNICOC.

1. CONTEXTO DE INVESTIGACIÓN

1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.

En UNICOC a través de las clínicas odontológicas proporciona a la comunidad un servicio odontológico de calidad que le permite establecer diagnósticos presentados tanto quirúrgicos como radiográficos.

Muchas de las diferentes patologías radiográficas son determinadas y diagnosticadas presuntamente mediante el uso de radiografías panorámicas y periapicales tomadas en la institución como parte fundamental y obligatoria de una historia clínica; sin embargo la frecuencia de estas patologías no ha sido establecida en la institución. Por lo tanto se plantea el siguiente problema de investigación. ¿Cuál es la frecuencia de las patologías diagnosticadas radiográficamente en las clínicas del UNICOC en el año 2006.

1.2 JUSTIFICACIÓN.

No se ha descrito ni a nivel distrital, departamento o nacional, la frecuencia de las patologías orales radiográficas. De la misma manera en la institución no se tiene un registro sobre la frecuencia de estas patologías radiográficas y su distribución de acuerdo a tipo de imagen, ubicación, edad, o sexo del paciente que asiste a consulta a las clínicas del UNICOC.

1.3 PROPÓSITO.

Brindar información sobre los diagnósticos presuntivos más frecuentes y características sociodemográficas asociadas, en los pacientes que asisten a la clínica de UNICOC.

1.4 MARCO TEÓRICO.

Las radiografías constituyen una herramienta fundamental en el diagnóstico y futuro tratamiento integral del paciente odontológico. Estas radiografías proporcionan ayudas en el diagnóstico de patologías orales que en muchas ocasiones no se detectan clínicamente. Las radiografías intraorales más utilizadas por el odontólogo en general son las Periapicales, mientras que en las extraorales la más frecuente es la panorámica. (Haring, 1993.)

La radiografía panorámica permite que el profesional observe un área extensa del maxilar superior y la mandíbula en una sola película; esta radiografía ha sufrido un desarrollo muy largo antes de su aceptación y aplicación clínica a nivel general. Durante la década de los 60 y 70 las radiografías panorámicas obtuvieron una gran difusión en clínica, a partir de ese momento sus posibilidades de diagnóstico fueron objeto de muchos estudios y publicaciones. La valoración rutinaria del estado de desarrollo de la dentición a través de una radiografía panorámica, constituye un método de revisión completo, de manera que la necesidad de realizar radiografías de detalles se limita a situaciones complicadas y en áreas concretas; según Duderloo¹ la dosis de radiación es en general más baja que cuando se realizan una serie de películas dentales". (Duderloo, 1990.).

De la misma forma Los principales usos de radiografía panorámica son entre otros, evaluación de Dientes impactados, evaluación de patrones de erupción, crecimiento y desarrollo, detección de enfermedades, lesiones y alteraciones de los maxilares, examen de la extensión de lesiones grandes, evaluación de traumatismos. Generalmente se utilizan las panorámicas como complemento de la radiografías tomadas en placas con aleta de mordida y periapicales; no constituye sustituto de estas últimas. No se deben utilizar para evaluar caries, enfermedad periodontal, ni lesiones periapicales. (Manson, 1990.)

En la radiografía panorámica la película y la cabeza del tubo se conectan y giran de manera simultánea alrededor del paciente durante la exposición. Los centros de rotación permiten que las capas de imágenes se ajusten a la forma elíptica de las arcadas dentales. El número y la localización de los centros de rotación influyen en el tamaño y la forma del conducto focal. El equipo que se requiere incluye una unidad panorámica de rayos X, película de pantalla, pantallas intensificadoras y cartuchos o estuches necesarios para la radiografía panorámica (Langland, 1999.).

Las principales ventajas de la radiografía panorámica son amplitud del campo, simplicidad de uso, cooperación del paciente, y exposición mínima del paciente a los rayos X. Sin embargo Las mayores desventajas de la radiografía panorámica son, calidad de imagen, limitación del conducto focal, distorsión y costos del equipo.

Para interpretar la radiografías panorámicas se requiere conocer los puntos de referencia anatómicos normales, todo los puntos de referencia anatómicos que reobservan en las placas panorámicas corresponde a los que hay en el cráneo humano. Los conocimientos sobre la anatomía del maxilar superior, la mandíbula, y los huesos adyacentes. (Brand, 1990).

Para identificar las placas panorámicas también se requieren conocer imágenes de los espacios de aire y tejidos blandos que aparecen en ellas.

Por otra parte el otro tipo de radiografía usada para diagnostico, en odontología lo constituyen las radiografías periapicales. (Harrin y Jansen, 2000).

Estas radiográficas se utilizan para examinar todo el diente (corona y raíz) y hueso de soporte. El termino periapical se deriva de la palabra griega peri, que significa alrededor y la palabra latina ápex, que significa extremo Terminal de la raíz del diente. Como el término lo sugiere, este tipo de película muestra la punta

de la raíz del diente y sus estructuras circundantes, así como la corona. Las radiografías periapicales también se presentan en varios tamaños a saber:

Tamaño 0: Esta es la mas pequeña disponible y se utiliza para todos los niños pequeños. Tamaño 1: Esta se utiliza básicamente para examinar los dientes anteriores de adultos. Tamaño 2: También se conoce como película normal se utiliza para examinar dientes anteriores y posteriores en adultos. (Stuart, C, 4 edición).

Por otra parte las imágenes radiográficas deben garantizar un tamaño y forma similar a la estructura o patología que se esta irradiando, esto se logra mediante las leyes de paralelismo.

La esencia de esta técnica también llamada la técnica del ángulo recto o técnica el cono largo, radica en que la película radiográfica se mantiene paralela al eje axial de los dientes que el rayo central del haz se dirige perpendicularmente, formando un ángulo recto con los dientes y con la película. La orientación de esta película, los dientes el rayo central minimiza la distorsión geométrica. Para reducir aun mas la distorsión geométrica para disminuir esta misma la fuente de los rayos x debería estar mas lejos de los dientes así podemos obtener una mayor definición.

Para poder tomar adecuadamente una radiografía periapical utilizamos el endoray para mantener la técnica del paralelismo se coloca la película separada de los dientes y hacia dentro de la boca, de modo que se utilice la altura máxima del paladar. La distancia fuente-objeto empleada en esta técnica minimiza las desventajas impuestas por el incremento en la distancia objeto- película. En proyecciones maxilares la película descansa en la línea media palatina. Para proyecciones mandibulares empleamos la película para desplazar la lengua y así el borde inferior de la película descansa en el piso de la boca. La ubicación del cabezal de tubo es muy importante ya que si la técnica esta mal podemos causar un corte a la hora de la toma de la película esto quiere decir que la imagen no nos

saldría completa para evitar esto deberemos poner el cabezal dirigido hacia abajo desde horizontal en el plano vertical lo que se denomina anulación vertical positiva, la dirección del haz hacia arriba se conoce como anulación vertical negativa. (Stafne, 5 edición).

Debido a que las radiografías ofrecen solo tres tipos de imágenes, estas se han clasificado en tres grupos, radiopacas, radiolúcidas y radiómixtas. Las patologías radiopacas, se originan de tejidos radiopacos, es decir, hueso, cemento o cuerpos extraños, la gran mayoría de estas lesiones se originan de hueso, ya sea endóstico o periostio. Las patologías radiopacas a su vez pueden ser bien definidas o difusas, las primeras se caracterizan por tener bordes bien delimitados y fáciles de ver en la radiografía. Por el contrario las difusas se caracterizan por tener bordes mal delimitados. Las lesiones radiopacas bien definidas suelen tener comportamiento benignos, esto quiere decir que son de crecimiento lento, asintomáticas, cubiertas por mucosa normal, producen desplazamiento dentario pero sin movilidad, en muchos casos producen asimetría y su tratamiento generalmente es de tipo quirúrgico.

Las patologías radiopacas difusas por el contrario tienen un comportamiento agresivo o en muchos casos maligno.

Las lesiones radiopacas bien definidas más importantes son cuerpos extraños, sialolito, ptosis y exostosis, Osteítis condensante e hiper cementosis. Las patologías radiopacas difusas más comunes son Displasia ósea florida (lesión fibro-ósea), Displasia fibrosa (lesión fibro-ósea), hiper cementosis, osteosarcoma, cementoma 3 estadios. (Regezi 2000).

1.4.1 DEFINICIONES.

CUERPOS EXTRAÑOS:

Son lesiones radiopacas que se relacionan con restos metálicos dejados o colocados en el maxilar inferior, tales como: restos de amalgama, implantes, alambres de osteosíntesis. (Mosby).

Los cuerpos extraños encontrados con más asiduidad dentro de los maxilares son: amalgama, gutapercha, cementos e instrumento dentales como las fresas y curetas. Los que están en los tejidos blandos son por lo general agujas hipodérmicas, alfileres, agujas, proyectiles, muchos de ellos residuos en accidentes. Algunos están ubicados dentro y alrededor de los maxilares con el objeto de servir a algún fin útil.

RADIOPACAS BIEN DEFINIDAS

SIALOLITO

Son cálculos formados en las glándulas salivares, que afectan principalmente la glándula submandibular, y estas son observables con radiografías intraorales oclusales inferiores. (Mosby.)

El depósito de sales de calcio ocurre por lo normal durante la formación de hueso y tejido dentario. Cuando aparece en otras zonas, con inclusión de los conductos excretores y secretores, se le considera un proceso patológico. (Anderson, 1948).

Los cálculos de los conductos sublingual y lingual se observan mejor por medio de radiografías intraorales oclusales; los de la glándula submaxilar con oclusales y extraorales. Se descubren muy frecuentemente en pacientes desdentados por la tendencia a ubicar las placas con mayor profundidad y por tanto incluir una mayor parte de la boca y su contenido. (Gatner, 1992.).

OSTEOMA

Son tumores benignos de los huesos y por lo general afectan huesos largos y maxilar inferior (Angulo goniaco). Producen asimetría facial, son asintomáticos y de crecimiento lento. Su tratamiento es la escisión quirúrgica. (Mosby). Son tumores benignos compuestos de hueso. El estudio histológico no consigue distinguir por lo general, un crecimiento de hueso hiperplásico simple de un osteoma verdadero, pese a que su origen no inflamatorio, la participación activa de los osteoblastos y la derivación del cartílago son los rasgos predominantes en el verdadero osteoma. (Ewing, 1978).

PTORUS Y EXOSTOSIS

Son crecimientos del hueso perióstico, se presentan a nivel de los procesos palatinos y en la cortical lingual del maxilar inferior. El ptorus es bilateral y la exostosis unilateral. Son asintomático y auto limitantes y sin tratamiento (Mosby).

Aparecen en la cara lingual de la mandíbula, mas a menudo en zona de premolares, puede presentarse en forma única; no obstante, hay tendencia acentuada a la ocurrencia múltiple y bilateral, y la lesión no esta, por fuerza, confinada a la zona de premolares. Estos ptorus se elevan de la líneas oblicua interna. Su tamaño varía; algunos alcanzan grandes dimensiones y llagan a ponerse en contacto el ptorus de un lado con el del otro lado ocupando gran parte del piso de la boca.

A diferencia del ptorus palatino, los ptorus mandibulares se ponen en relieve con mayor facilidad mediante la radiografía, tanto como por procedimientos comunes como con placas oclusales.

Las exostosis y los ptorus carecen de significado patológico y rara vez adquieren importancia clínica mientras los dientes sean normales. Si llega a

ser tan grande puede que afecten la fonación normal y otras funciones, o si la mucosa que los recubre se inflama o ulcera por traumatismo, se indica extirpación quirúrgica.

La exostosis y su origen en los maxilares se desconocen. El hecho bastante común de frecuencia familiar sugiere una base genética (Zusuki, 1960.).

OSTEITIS CONDENSANTE

Llamada también “osteomielitis crónica local esclerosante”. Se produce por un aumento de la densidad ósea localizada, como respuesta a un trauma, es asintomático, y no tiene tratamiento. (Mosby).

Con frecuencia se forman zonas localizadas de hueso esclerótico dentro de los maxilares, y a menudo se encuentran pruebas de tales formaciones en el examen radiográfico dental de rutina. El hueso es anormalmente radio opaco con aspecto de vidrio esmerilado que muchas veces presentan numerosos puntitos radiolúcidos dispersos.

En muchos casos pueden explicarse el origen de la formación de hueso esclerótico; y en otros es poco claro. El hueso puede formarse por infección leve o irritación, o como un proceso reparativo que sobreviene de un traumatismo y a infecciones agudas como osteomielitis e infecciones periapicales agudas. Puede ocurrir como secuelas posquirúrgicas, caso en que se formaría un hueso anormalmente denso en el alveolo dentario y en la cavidad dejada por un tumor al ser extirpado, puede darse en tumores cicatrizados no sometidos a intervención quirúrgica, como en los tumores de células gigantes en el hiperparatiroidismo tratado con éxito. También existe razón para creer que los fragmentos radiculares de dientes, primarios y permanentes, pueden hacer de núcleo en cuyo entorno se forme hueso esclerótico. (Burlet, 1971)

HIPERCEMENTOSIS

Es el aumento del cemento radicular, como respuesta a un trauma oclusal. Cuando es pequeño es bien definido y cuando es grande es difuso, es asintomático y no tiene tratamiento, se puede complicar en caso de exodoncia.

Es la formación excesiva de huso sobre la superficie de la raíz de un diente. En general esta circunscrita a la mitad apical de la raíz, pero en algunos casos, puede afectarla por entero. Casi siempre afecta a dientes vitales, no se asocia con ninguna enfermedad sistémica en especial y, por tanto, se justifica la denominación de anomalía dental según lo sugiere, le sigue en orden de frecuencia el primero y segundo molar.

Radiográficamente se observa un agrandamiento bulboso rodeado por un espacio periodontal continuo y sin interrupciones y una cortical alveolar normal. (Zemsky 1931).

RADIOPACAS DIFUSAS

DISPLASIA OSEA- FIBROSA

Es un aumento exuberante de hueso normal en los maxilares y huesos largos. Suele ser bilateral, son masas que radiográficamente se asemejan al “vidrio esmerilado”, es auto limitante y el tratamiento es quirúrgico mucho mas agresivo.

El hueso es remplazado gradualmente por tejido conectivo fibroso. Es de crecimiento lento y asintomático. Y puede ser “monostótica o solitaria” o polioestótica en las que las lesiones múltiples tienden a la distribución unilateral” y síndrome de Albright (Albright y col., 1937), considerado una forma mas severa, con pigmentación asociada de la piel y la pubertad y desarrollo esquelético precoces en las mujeres. (Gorlin y Chaudhry 1957.) Es bilateral y produce asimetría y no tiene tratamiento. Se presenta como una lesión óseo- fibrosa

benigna de discutida patogenia. (Jaffe, 1953), sugiere que estas lesiones serian malformaciones tumorales resultantes de trastornos en el desarrollo, que se caracterizan por defectos en la combinación de los tejidos.

OSTEOSARCOMA

Es un tumor maligno del hueso, que afecta todos los huesos y maxilares, causan tumoración, dolor, desplazamiento de dientes, parestesia, y el 40 % de vida del paciente es bajo. Radiográficamente se ve una zona en forma de rayos de sol. El tratamiento es radioterapia y quimioterapias. Es recurrente y metastático.

Presenta un amplio rango de hallazgos microscópicos y radiográficos. Los osteosarcoma no producen una imagen radiográfica típica. La lesión se puede presentar en zonas de destrucción ósea uní céntrica con bordes indiferenciados, ser esclerótica o lítica, o presentar una combinación de todas esta características. (Darlin, 1984).

Llamada también displasia cementaria peri apical. Se localiza en el ápice de cualquier diente (máx. inf.) y tiene 3 estadios: 1. radiolúcido, 2. radiomixto, 3. radiopaco; en el tercer estadio se estabiliza por lo tanto en esta etapa no requiere de tratamiento, y en los 3 estadios se encuentra la pulpa de el diente vital. (Chomenko, 1972.)

Las lesiones radiómixtas, son aquellas en las cuales se observan tanto tejido radiópaco como radiolúcido, estas lesiones pueden ser bien definidas o difusas, las primeras son llamadas también radiopacas con halo radiolúcido, y en la gran mayoría están relacionadas con dientes incluidos, de la misma forma su comportamiento es benigno. Las lesiones mixtas difusas tienden a ser agresivas o malignas Comprenden alrededor del 1% de las lesiones de los maxilares y son por lo tanto las más raras de los tres grupos.

Una lesión parcialmente radiolúcida y parcialmente radiópaca indica que la destrucción y formación de tejido calcificado se produce en forma concomitante o alternada. Esas lesiones se producen de una de tres maneras: 1. lesión radiolúcida como el cementoma o la enfermedad de Paget que madura gradualmente y se va transformando en una masa radiópaca y durante este proceso puede aparecer como parcialmente radiolúcida y radiópaca, 2. una lesión radiópaca como la osteítis condensante puede infectarse en forma secundaria, supurar, destruir hueso, y convertirse en parcialmente radiópaca y parcialmente radiolúcida, 3. la lesión puede comenzar como mixta. Ciertos tumores odontógenos raros como el odontoma ameloblástico son lesiones de este tipo.

En el diagnóstico de tales radiografías, las características clínicas son de gran importancia. A este grupo pertenecen las siguientes lesiones:

CEMENTOMA PRIMER ESTADIO

La presencia de dientes vitales, la localización periapical y la multiplicidad de lesiones tiene valor diagnóstico. Precede al aspecto radiópaco final de este tumor odontogénico.

FIBROMA OSIFICANTE

La mayoría de los fibromas osificantes son lesiones radiopacas. En casos muy raros, sin embargo, una lesión con escasa cantidad de formación ósea, radiografiada en periodos muy incipientes, pueden aparecer como radiolúcidas o parcialmente radiolúcidas o parcialmente radiopacas, desde el punto de vista clínico el hecho de que las lesiones son aisladas, de larga duración y crecimiento lento, se produce en adultos jóvenes y dan lugar a la expansión del maxilar.

OSTEITIS CONDENSANTE

Por lo general esta lesión es irregularmente radiópaca. A veces sin embargo experimenta una infección secundaria y la destrucción ósea que se produce de

una imagen radiolúcida y normalmente se localiza en premolares y molares. Su tratamiento es quirúrgico.

DISPLASIA FRIBROSA POLIOSTOTICA

Esta lesión puede aparecer parcialmente radiolúcida y parcialmente radiopacas. Esta displasia afecta a muchos huesos del esqueleto, en los maxilares y en todos los sectores se caracteriza por presentar imágenes radiopacas expansivas de densidad variable. Los pacientes son niños o adultos jóvenes. La migración dentaria es común y el crecimiento lento.

ODONTOMA QUÍSTICO

Los odontomas compuestos y complejos son de crecimiento lento y radiopacos en casos raros uno de ellos se transforma en quiste. En esta circunstancias, el odontoma compuesto que tiene múltiple estructuras dentiformes esta rodeado de una zona radiolúcida y se denomina odontoma quistito, por otra parte, si un odontoma complejo que es una masa conglomerada de tejidos radiopacos se convierte en un quiste y va acompañado de radiolucidez, se denomina odontoma complejo quistito.

ODONTOMA AMELOBLÁSTICO

Es un tumor odontógeno raro de crecimiento lento que se produce en niños o adultos jóvenes, en el maxilar con mayor frecuencia que en la mandíbula. La radiografía presenta una zona radiopaca irregular con zonas radio lucidas de tamaños variables, en algunos casos se ve una imagen radiolúcida con solo algunos focos radiopacos. Desde el punto de vista radiográfico la diferencia entre el odontoma quistito y el ameloblástico es a veces imposible, pero no es fundamental para el tratamiento adecuado.

ANODONCIA FALSA (DIENTE INCLUIDO)

Es común en terceros molares y caninos, es asintomático y produce tumefacción y asimetría, radiográficamente es una zona radiolúcida no mayor de 2mm que rodea la corona del diente, tratamiento exodoncia método abierto.

TUMOR ODONTOGENICO ADENOMATOIDE

Este es relacionado con la corona de un crecimiento lento, produce asimetría y divergencia de raíces es unilocular y se presenta en pacientes jóvenes, su tratamiento es la resección quirúrgica incluyendo el diente.

CEMENTOBLASTOMA

Es originado del cemento celular es el verdadero tumor del cemento, esta ubicado principalmente por debajo de los ápices de los dientes anteriores inferiores, vitalidad positiva, doloroso y causa asimetría en la zona.

OSTEOSARCOMA

En esta lesión maligna hay cantidades variables de tejidos duros y blandos, el grado de radiopacidad varia no solo de una lesión a otra sino en diferentes periodos de la misma lesión, en el aspecto radiográfico varia ampliamente de una lesión densamente radiopaca a una notablemente radiolúcida y se observa como una zona en rayos de sol. Causa dolor y desplazamiento de dientes, parestesia y el porcentaje de vida de los pacientes es bajo. El tratamiento es radio o quimioterapia, son recurrentes.

CONDROSARCOMA

Esta lesión es mas frecuente en mandíbula que en el maxilar y se produce como un foco aislado, crece con rapidez y puede haber síntomas neurológicos y migración y movilidad de los dientes. Los pacientes que la presentan tienen entre 20 y 50 años.

Dentro de las patologías radiomixtas difusas están: Displasia fibrosa y la osteomielitis crónica supurativa Fracturas.

FRACTURAS

Pueden ser dentales u óseas relacionadas con traumas, el tratamiento es quirúrgico que consiste en la reducción de la fractura.

Las patologías radio lucidas son las mas frecuentes en los maxilares, estas patologías suelen ser bien definidas o difusas. De la misma forma las bien definidas suelen relacionar se con quistes y según su extensión pueden ser uniloculares o multiloculares. Además según su origen pueden ser odontogénicas, fisurales u otras.

La clasificación de las patologías radio lucidas es la siguiente

BIEN DEFINIDAS

UNILOCULARES DE ORIGEN FISURAL

QUISTE NASOPALATINO

Se relaciona con la presencia de restos epiteliales de el conducto nasopalatino y el conducto incisivo, también se relaciona con infecciones bacterianas o traumatismos que estimulan la formación de restos epiteliales. Dentro de las características clínicas:

Es una tumoración simétrica en la región anterior de la línea media del paladar, la mayoría de los casos son asintomático, el signo clínico tumoración. Radiográficamente es asintomático con bordes bien definidos, puede producir divergencia en las raíces la espina nasal anterior se sobrepone en forma de corazón y no siempre es evidente. .

QUISTE GLOBULOMAXILAR

Se localiza en el epitelio odontógeno localizado en el maxilar entre el incisivo lateral y el canino.

En las radiografía se encuentra una lesión radiolúcida bien definida que produce divergencia en las raíces del canino e incisivo lateral, puede ser asintomático o bien presentar características similares a las que se relacionan con patología periapical.

QUISTE MANDIBULAR MEDIO

Se considera de igual etiología al quiste glóbulo maxilar, pero esta teoría es controversial,

DE ORIGEN ODONTOGENICO

QUISTE DENTIGERO

Se desarrolla por la acumulación de liquido entre el órgano del esmalte remanente y el diente de la corona subyacente;

Afectan la región maxilar y mandibular: los síntomas son escasos, pero la erupción tardía de los dientes indica la posible formación de este quiste, a veces se encuentra una expansión ósea, en la región de la mandíbula se extiende hacia arriba desde la zona del tercer molar hasta la rama de la mandíbula.

QUISTE LATERAL PERIODONTAL

Origen en el epitelio del esmalte reducido o restos epiteliales de malazas, se deriva de la formación de restos de la lámina propia.

Se localizan en la región de premolares y caninos, predominando.

Hombres, cuando es adulto se manifiesta como una tumoración de tejido blando, miden mas o menos un centímetro de diámetro, radiográficamente se observa una región radiolúcida bien definida con aro radiopaco.

QUERATOQUISTE

Se orina de restos de la lamina dental, localizados en la mandíbula o en el maxilar superior, pero también puede derivar de una extensión del componente de las células basales del epitelio bucal que lo cubre.

En niños son queratoquistes ODONTOGENICO múltiples, esté quiste ataca la mandíbula en la región posterior del cuerpo y la rama mandibular. Cuando es en el maxilar (zona del tercer molar) puede producir expansión ósea, es posible observar multilocularidad en lesiones grandes. Los queratoquistes habitualmente no producen síntomas aunque puede ocurrir inflamación moderada el dolor puede aparecer si hay una sobre infección secundaria.

FIBROMA CENTRAL ODONTOGENICO

Se presenta a cualquier edad, afecta por igual a ambos maxilares y se manifiesta como una región radiolúcida de a veces produce expansión de la cortical.

FIBROMA AMELOBLASTICO

Ambos son tumores ODONTOGENICO mixtos compuestos de epitelio y mesenquima neoplásico, y se consideran tumores benignos de origen odontogénico.

Ambos tumores predominan en niños y adultos jóvenes se localizan en la mandíbula aunque en ocasiones puede localizarse en la región de de los maxilares radiográficamente son lesiones bien delimitadas rodeadas por un borde esclerótico, uniloculares o multiloculares Y pueden relacionarse con la corona de un diente retenido. El fibroma es totalmente radiolúcido.

TUMOR ODONTOGENICO ESCAMOSO

Se origina por la transformación neoplásica de los restos de Malazzes ya que afecta el proceso alveolar.

Predomina en la región anterior del maxilar y en la región posterior de la mandíbula, por lo general es asintomático pero puede producir movilidad dentaria y sensibilidad. Radiográficamente tiene forma semilunar bien delimitada y se relaciona con las raíces dentales.

MIXOMA

En los niños es poco frecuente, por lo general uniuísticos, se localizan en cualquier región de la mandíbula o el maxilar, pero afecta con mayor frecuencia la zona de la rama mandibular, es mas común que resulte afectada el área molar que las regiones premolares o anteriores.

Es un tumor benigno, en ocasiones infiltrarte y puede presentar recurrencia , se localiza en ambos maxilares puede provocar expansión de la cortical y desplazamiento de las raíces.

Radiográficamente siempre es radiolúcida aunque puede variar desde una lesión bien circunscrita hasta difusa a menudo es multilocular.

DISPLASIA CEMENTO-OSEA PERIAPICAL PRIMER ESTADIO

Puede ser traumatismo o infección pero algunas de sus causas todavía se desconocen.

Se localiza en el ápice de los dientes vitales, no se requiere biopsia, afecta a mujeres de raza negra, se localiza en la mandíbula, es asintomático al inicio.

Radiográficamente aparece como una lesión periapical radiolúcida que se continua con el espacio del ligamento periodontal.

QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO

Se considera una lesión reactiva mas que neoplásica o quística, hay antecedentes de lesiones óseas primarias, y se cree que el inicio es una lesión vascular, que provoca alteración de las fuerzas hemodinámicas y provoca una lesión secundaria o quiste óseo aneurismático.

Cuando afecta los maxilares se localizan en las regiones posteriores en especial la zona de molares, la mitad de los casos presentándolo, y un signo clínico frecuentes es presencia de tumoración firme no pulsátil.

Cuando afecta el segmento alveolar de la mandíbula o el maxilar puede desplazar los dientes con o sin reabsorción de las raíces.

HEMANGIOMA

Se desconoce, en algunos casos puede corresponder a tumores de origen embrionario o traumático.

La principal molestia es una expansión lenta y asimétrica del maxilar o la mandíbula, hemorragia gingival y movilidad dental. Radiográficamente se observan lesiones radio lucidas en pompa de jabón.

QUISTE ÓSEO TRAUMÁTICO

Es la alteración de depresión embrionaria de la mandíbula secundaria 1(secuestro de parénquima de las glándulas salivares durante el desarrollo de la mandíbula 2(exacerbación de una cavidad) 3 (indentación del borde lingual de la mandíbula en la que se extienden los bordes submaxilares.

GRANULOMA CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES

Predomina en niños y adultos jóvenes, se localiza en los maxilares, la mayoría de los casos en la mandíbula y tienden a comprometer las regiones anteriores a los molares, pero a veces se extiende mas allá de la línea media pocas veces afecta las regiones posteriores de la mandíbula, cóndilo y rama mandibular, produce una lesión o tumoración indolora en la mandíbula.

Radiográficamente se observa una lesión sea radiolúcida unilocular con bordes bien delineados y por lo regular festoneados, ha menudo se desplaza a las raíces dentales y se observa reabsorción de las mismas.

QUERUBISMO

Se presenta como un trastorno asintomático dominante, se ha sugerido como posible causa una alteración mesenquimatosa durante el desarrollo del maxilar originado por una deficiente oxigenación secundaria o fibrosis peri vascular afecta generalmente la rama ascendente del maxilar y la región retromolar su expansión sea suele ser bilateral.

HISTIOCITOSIS X

Son anomalías que resultan de la proliferación anormal de las células de langerhans o de sus precursores so células de la línea histiocitaria que normalmente se encuentran en la piel la proliferación anormal de células de langerhans y eosinófilos provoca un espectro de procesos clínicos.

La pérdida de movilidad dentaria puede aparecer y la destrucción del hueso alveolar por uno o mas focos. Los lechos de lo dientes perdidos no cicatrizan con facilidad es una enfermedad agresiva multifocal. En lo relacionado a los índices de morbilidad no se reportan específicamente en los informes de la secretaria departamental o distrital de Bogotá. Sin embargo para el 2004 los tumores malignos de labio, de la cavidad bucal y de la laringe en Bogotá mostraron una tasa de incidencia de 0.10. Ver tabla:

**RESUMEN ANUAL DE MORBILIDAD ORAL SEGUN PROVINCIAS
CUNDINAMARCA AÑO 2005**

GRUPOS DE EDAD	CAUSA	COD.	ALMEIDAS	ALTO MAGDALENA	GUALIYA	BAJO MAGDALENA	GUAYVIO	MAGDALENA CENTRO	MEDINA	ORIENTE	RIONEGRO	SABANA CENTRO	SABANA OCCIDENTE	SOACHA	SUMAPAZ	TEQUENDAMA	UBATE	TOTAL
MEJOR DE 5 AÑOS	TRAST. DEL DESARR. DE LA ERUPCION DE LOS DIENTES	K00	128	465	89	120	65	213	0	56	100	275	118	395	250	2	123	2.399
	ENF. TEJIDOS DENTARIOS DUROS - CARIES	K02	96	523	220	69	968	612	65	312	250	850	630	1.100	520	1	245	6.461
	ENF. DE LA PULPA Y TEJIDOS PERIAPICALES	K04	56	345	103	50	56	526	70	100	60	65	280	636	269	412	182	3.210
	ENF. PERIODONTAL Y DE LA ENCIA	K05	10	128	10	23	210	20	1	23	20	63	30	56	90	2	60	746
	ANOMALIAS DENTOFACIALES INCLUSO MALA OCLUSION	K07	112	98	96	42	85	96	9	26	32	146	150	234	150	48	89	1.413
	OTRAS AFEC. DE DIENTES Y ESTRUCTURAS DE SOSTEN	K08	8	69	36	45	20	60	6	23	20	30	150	132	60	158	20	857
																		0
5 A 14 AÑOS	TRAST. DEL DESARR. DE LA ERUPCION DE LOS DIENTES	K00	113	128	72	96	65	200	15	62	60	236	100	370	180	41	22	1.760
	ENF. TEJIDOS DENTARIOS DUROS - CARIES	K02	1.156	318	263	369	1.120	1.520	270	745	90	3.500	2.800	2.100	1.850	1.646	378	18.125
	ENF. DE LA PULPA Y TEJIDOS PERIAPICALES	K04	103	250	189	53	305	350	65	312	60	120	92	900	280	213	23	3.315
	ENF. PERIODONTAL Y DE LA ENCIA	K05	76	69	56	98	90	98	20	63	20	180	163	96	80	536	32	1.677
	ANOMALIAS DENTOFACIALES INCLUSO MALA OCLUSION	K07	50	145	36	30	23	70	8	23	60	540	110	96	165	49	56	1.461
	OTRAS AFEC. DE DIENTES Y ESTRUCTURAS DE SOSTEN	K08	96	33	20	0	30	50	3	20	12	52	63	88	46	132	40	685
																		0
15 A 44 AÑOS	TRAST. DEL DESARR. DE LA ERUPCION DE LOS DIENTES	K00	40	36	23	0	45	12	12	0	0	13	15	26	0	10	1	233
	ENF. TEJIDOS DENTARIOS DUROS - CARIES	K02	368	1.204	263	156	163	1.245	123	152	189	1.150	46	1.200	613	4.175	180	11.227
	ENF. DE LA PULPA Y TEJIDOS PERIAPICALES	K04	145	45	575	90	96	100	60	612	42	500	86	2.145	150	769	150	5.565
	ENF. PERIODONTAL Y DE LA ENCIA	K05	100	89	225	110	120	53	20	66	23	360	98	123	56	1.056	96	2.595
	ANOMALIAS DENTOFACIALES INCLUSO MALA OCLUSION	K07	54	50	62	8	40	90	30	36	33	260	128	96	152	61	17	1.117
	OTRAS AFEC. DE DIENTES Y ESTRUCTURAS DE SOSTEN	K08	30	10	96	12	33	20	12	23	10	96	156	295	30	350	35	1.208
																		0
45 A 59 AÑOS	TRAST. DEL DESARR. DE LA ERUPCION DE LOS DIENTES	K00	5	0	0	0	0	0	0	0	12	8	10	0	16	0	0	51
	ENF. TEJIDOS DENTARIOS DUROS - CARIES	K02	263	150	89	65	63	123	63	67	365	196	566	1.222	65	737	145	4.179
	ENF. DE LA PULPA Y TEJIDOS PERIAPICALES	K04	78	45	66	45	96	60	26	39	20	20	56	248	30	151	63	1.043
	ENF. PERIODONTAL Y DE LA ENCIA	K05	123	63	28	75	63	75	22	35	11	45	42	150	102	235	65	1.134
	ANOMALIAS DENTOFACIALES INCLUSO MALA OCLUSION	K07	9	12	22	0	0	22	6	11	20	12	23	25	0	60	20	242
	OTRAS AFEC. DE DIENTES Y ESTRUCTURAS DE SOSTEN	K08	56	25	63	12	25	33	10	13	0	63	85	44	36	122	22	609
																		0
60 Y MAS AÑOS	TRAST. DEL DESARR. DE LA ERUPCION DE LOS DIENTES	K00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ENF. TEJIDOS DENTARIOS DUROS - CARIES	K02	98	65	69	56	20	45	22	22	22	63	25	96	33	233	45	914
	ENF. DE LA PULPA Y TEJIDOS PERIAPICALES	K04	56	30	40	22	25	20	13	36	40	55	20	123	35	41	32	588
	ENF. PERIODONTAL Y DE LA ENCIA	K05	103	62	89	36	56	0	45	15	26	23	30	29	23	104	33	674
	ANOMALIAS DENTOFACIALES INCLUSO MALA OCLUSION	K07	45	15	45	1	12	0	5	0	0	0	0	0	0	3	8	134
	OTRAS AFEC. DE DIENTES Y ESTRUCTURAS DE SOSTEN	K08	156	20	32	33	56	2	9	26	12	22	12	20	6	100	45	551
																		0

1.5 OBJETIVOS.

1.5.1 Objetivo General. Determinar la frecuencia de las Patologías orales diagnosticadas radiográficamente o en la clínica de UNICOC en el año 2006.

1.5.2 Objetivos Específicos.

- Identificar la frecuencia de patologías radiopacas, radio lucidas y radiomixtas en pacientes que asisten a las clínicas de UNICOC en el año 2006.
- Determinar la frecuencia de las patologías orales radiográficas de acuerdo al tipo de imagen, edad, sexo y localización vistas en las clínicas de UNICOC en el año 2006.
- Establecer el tipo de radiografías más utilizadas en la institución de los pacientes que asistieron a las clínicas de UNICOC en el año 2006

2. METODOLOGÍA

2.1 TIPO DE ESTUDIO.

Estudio descriptivo transversal

237 Historias clínicas de los pacientes atendidos en las clínicas de la sede del centro de UNICOC en el año 2006.

Radiografías con patologías de los Maxilares (periapicales y panorámicas), de las 237 historias seleccionadas.

2.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

	HISTORIA	EDAD	SEXO	RX PERIAPICAL	RX PANORAMICA	RO	RM	RL	LOCALIZACION	DIAGNOSTICO				
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

2.3.1 Criterios de Inclusión.

- Pacientes entre 16 y 65 años
- Pacientes atendidos en las clínicas del centro.
- Radiografías tomadas en la unidad de radiología del UNICOC.
- Radiografías panorámicas y Periapicales.

2.3.2 Criterios de Exclusión.

- Historias clínicas que no reportaron: datos, radiografías y diagnósticos.
- Caries dental dentro de la clasificación de las patologías.

2.4 VARIABLES.

2.4.1 Variables Independientes.

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	NIVEL.DE.MEDICION	ESCALA	INSTRUMENTO
GENERO	Diferencia física entre un hombre y una mujer.	1: (femenino) 2: (masculino)	Cualitativa	Nominal	estructurado
EDAD	Tiempo que persona ha vivido desde su nacimiento	años cumplidos registrados en las historias clínicas.	Cuantitativa continua	continua	Estructurado

2.4.2 Variables Dependientes.

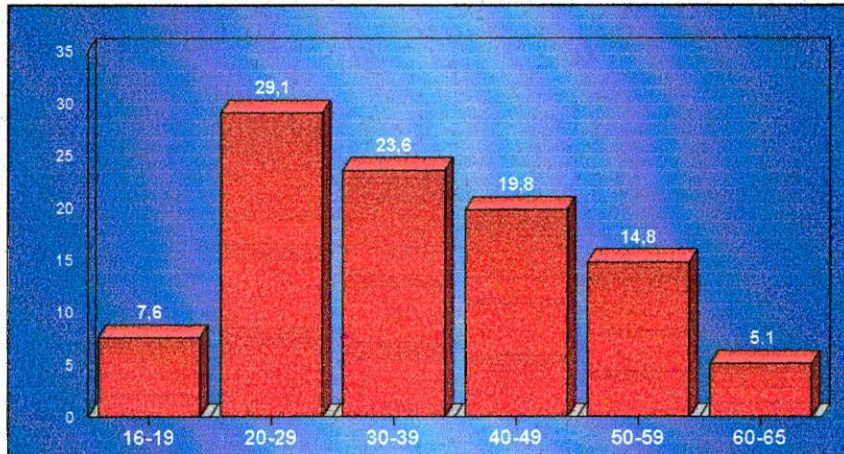
VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	NIVEL.DE.MEDICION	ESCALA	INSTRUMENTO
PATOLOGÍA RADIOPACA	Puede ser difusa o bien definida	1: si presenta 2: no presenta	cualitativa	Nominal	estructurado
PATOLOGÍA RADIOLÚCIDA	Puede ser unilocular oo multilocular	1: si presenta 2: no presenta	cualitativa	Nominal	estructurado
PATOLOGÍA RADIOMIXTA	Puede ser difusa o bien definida	1: si presenta 2: no presenta	cualitativa	Nominal	estructurado

3. PROCEDIMIENTO

- Elaboración de instrumento estructurado.
 - se realizo de acuerdo a las variables sociodemográficas a tener en cuenta dentro del estudio.
- Prueba piloto.
 - Se seleccionaron 20 historias al azar para verificar concordancia entre el asesor científico y la investigadora.
- Trabajo de campo para la recolección de datos.
 - Se realizo la revisión de las 237 historias clínicas seleccionadas por muestreo aleatorio sistemático teniendo en cuenta las variables de edad, sexo, tipo de radiografía, patologías presentes y tipos de imagen radiográficas de las patologías.
- Tabulación y análisis de datos.
 - Los datos fueron tabulados en Microsoft Excel, y analizados en el paquete estadístico SPSS, utilizando medidas de frecuencia simple y análisis bivariado

4. RESULTADOS

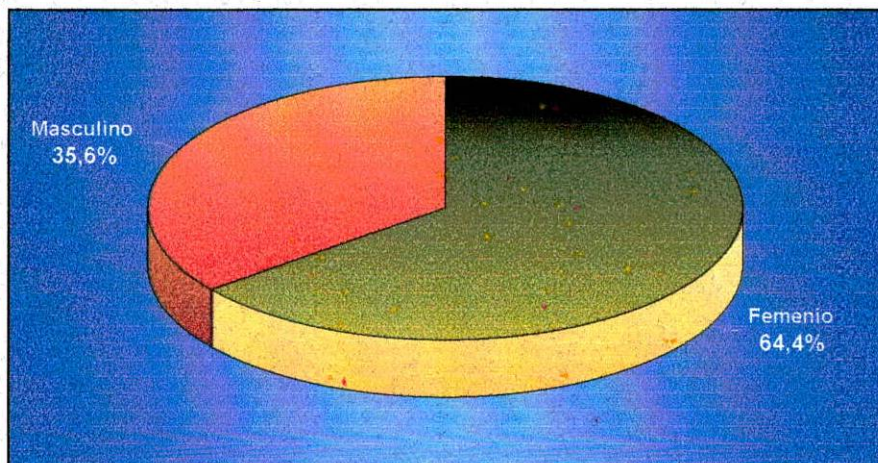
Figura 1. Distribución Porcentual de Pacientes según Edad (Años).



Fuente: La Autora.

De acuerdo a la edad, encontramos que es mas frecuente entre los 20-29 años que en los pacientes de 60 -65 años de edad.

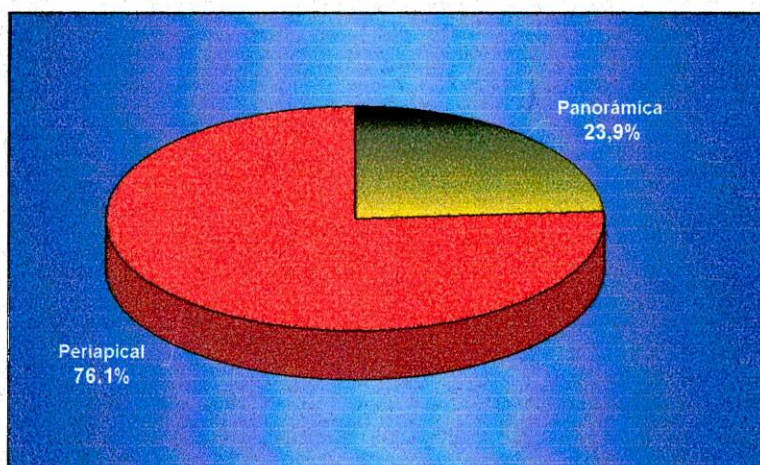
Figura 2. Distribución Porcentual de Pacientes según Género.



Fuente: La Autora.

De acuerdo al género, se presento más en el sexo femenino que en el masculino.

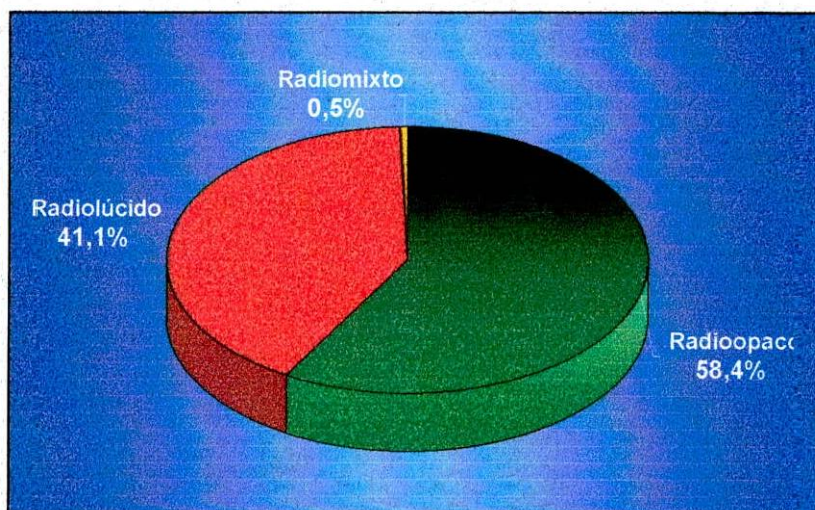
Figura 3. Distribución Porcentual de Pacientes según Tipo de Radiografía.



Fuente: La Autora.

Según el tipo de radiografía las más utilizadas en las clínicas son las periapicales que las panorámicas.

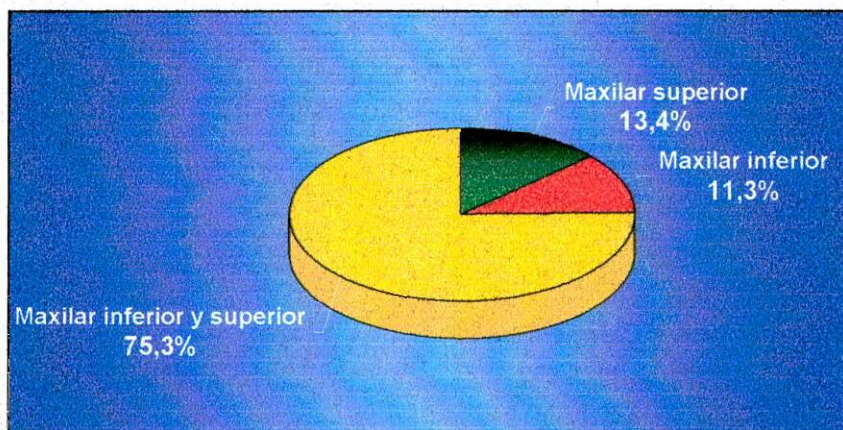
Figura no 4. Distribución Porcentual de Pacientes según Clasificación de Patología.



Fuente: La Autora.

De la clasificación de las patologías según su imagen radiológica las más comunes en nuestro estudio fueron las radiopacas y las menos comunes son las radiómixtas.

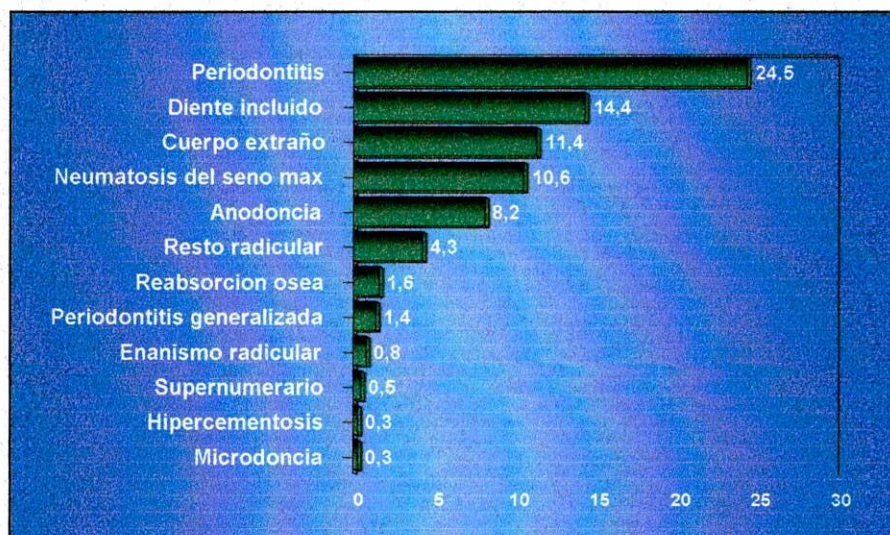
Figura no 5. Distribución Porcentual de Pacientes según Localización.



Fuente: La Autora.

De acuerdo a la localización de las patologías en los maxilares no se encontró ninguna predilección por presentar la mayor frecuencia en ambos.

Figura no 6. Distribución Porcentual de Pacientes según Patología.



Fuente: La Autora.

La patología mas frecuente encontrada en las clínicas es la periodontitis apical crónica y la de menor frecuencia es la microdoncia.

5. DISCUSIÓN

Las patologías son importantes dentro del ámbito de salud pública, para conocer el estado de salud bucal y las necesidades de tratamiento de la población.

Las radiografías son un método factible y de ayuda para el diagnóstico y tratamiento integral de patologías orales que en algunos casos no son detectadas clínicamente, aportando datos sobre la forma, número, el lugar y las relaciones con las estructuras adyacentes, dientes contiguos, cavidad nasal y seno maxilar. La radiografías panorámicas y periapicales en estos casos son una técnica suficiente cuando esta acompañada de un buen diagnóstico sin ser esta la mejor ayuda, son las de mayor acceso en las clínicas de UNICOC (regezi, 2000).

Al comparar los resultados obtenidos en la investigación con el estudio realizado en el año 2006 en las clínicas del centro de UNICOC se encontró una diferencia con otros estudios.

Gooaz—Wood (2000) reportan que el 80% de las patologías radiográficas son radio lucidas sin embargo en el estudio la mayor incidencia se presentó en patologías radiopacas con un 58.4%.

Harring- Jensen (2004). Reporto que las patologías radio lucidas en un 75% correspondían a pseudoanodoncia (diente incluido); en el estudio corresponde al 14.4%.

Según el comportamiento de morbilidad de salud bucal en las clínicas del centro de UNICOC demanda servicios de salud que deben ser orientados hacia las patologías con mayor frecuencia en este caso la periodontitis apical crónica.

6. CONCLUSIONES

De acuerdo con el estudio realizado se encontró que el género femenino se presenta con mayor frecuencia, mientras que el género masculino fue menor.

Las patologías según su localización, no tuvo ninguna predilección ya que se presenta con la misma frecuencia en ambos maxilares.

Según el grupo etáreo, la población con mayor frecuencia es entre los 20- 29 años y los de menos participación fueron los de 60-65 años.

La primera causa de mortalidad es la caries, pero en este estudio no se tuvo en cuenta, ya que nos basamos en hueso y estructuras adyacentes dando como resultado la periodontitis apical crónica.

Es de gran importancia identificar las primeras causas de morbilidad oral, con el fin de encaminar la gestión y toma de decisiones para brindar información sobre los diagnósticos presuntivos más frecuentes y características sociodemográficas asociadas, en los pacientes que asisten a la clínica del UNICOC.

7. RECOMENDACIONES

Seria conveniente que en las clínicas de UNICOC, se implementaran la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10), para unificar conceptos e implementar registros individuales de prestación de servicios (RIPS), que se vienen utilizando en el país desde el 1 de abril del 2001, puesto que este permite identificar diagnósticos principales y secundarios en una comunidad de riesgo.

Realizar investigaciones con una muestra mayor, utilizando otros estudios de diagnósticos radiográficos. (Tomografías computarizadas).

Diseñar proyecto incluyendo a una población diferente.

Implementar una nueva base de datos para incluir variables de tomografías computarizadas.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HARING, J. I; LIND, Radiografhi Interpretation for the Dental, Higienist Philadelphia, WB Saunders, 1993)
2. DUTERLOO, Hernán S. Atlas de la dentición infantil y radiología panorámica.1992)
3. MANSON-HING, L. R. Panoramic Radigraphy. 3 edición. Philadelphia. 1990)...
4. LANGLAND, O. E. Theory of rotacional panoramic radiography. Philadelphia. 1999)
5. BRAND, R. W. Isselhard DE. Anatomy of orofaial Structure. 4 Edicion.1990)
6. LIND, Haring. Radiología Dental principios y tecnica. Ed McGraw Hill (2000).
7. STURAT, C.; WHITE, Michael J. Pharoah. Radiologia Oral Principios e Interpretación. Cuarta Edición.
8. Diagnostico radiológico en odontología. Stafne. 5ta edición.
9. ANDERSON. 1948, W. A. D: Pathology: Degenerative changes and Disturbances of metabolism. St. Louis, the C. V. Mosby Company, 1948, pp. 67-99.)
10. GADNER, B. S.; STAFNE, E. C. Misinterpretation of Radiopaque Areas in Dental Roentgenograms. Dent. Cosmos., 74:19-20 (jan), 1992.
11. EWING, J. Neoplastic Diseases: A treatise on tumors, ed. 3. Philadelphia, W. B. Saunders company, 1978, p. 213.
12. SUZUKI, M.; SAKAI, T. A familial study of torus palatinus and torus mandibulares. Am. J. phys. Anthropol, n.s., 19:263-272 (dec), (1960).
13. BURELL, K. H.; GOEPP, R. A. Abnormal bone repair in jaws, socket sclerosis: A sing of sistemic disease. J. Am. Dent. A., 87:1206-1215 (nov), 1973.), (calman, H. I., Eisenberg, M., Grodjesk, J. E., and Szerlip, L.: interpretation of radiopacities. Dent. Radiogr. Photogr. 44:3-10, 1971.)
14. ZEMSKY, J. L. Hipercementosis and Heredity: An introduction and plan of investigation. Dent. Items of interest, 53:335-347 (may) 1931.)
15. ALBRIGHT, F.; BUTTER, A. M.; HAMPTON, A. O., and SMITH, P. Syndrome characterized by osteitis fibrosa disseminate, areas of pigmentation and endocrine dysfunction, With precocious puberty in females: report of five cases. N. Engl. J. Med., 216:727-746 (Apr), 1937.

16. GORLIN, R.; CHAUNDHRY, A. P. Oral Melanotic Pigmentation Surg. Oral Med. & oralpath, 10:857-862 (Aug), 1957.
17. JAFFE, H. L.; Giant-cell Reparative Granuloma, Traumatic Bone Cyst, and Fibrous (fibro-osseous) dysplasia of jawbones. Oral surg., oral med. & oral path.,6:159-175, (jan), 1953).
18. DAHLIN, D. C. UNNI, K. K. Bone Tumors: General Aspects and data. Ed. 4. Springfield. Illinois, Charles C. Thomas, Publisher, 1984 (in press).
19. CHOMENKO, A. G.; CAULFIELD, J. J. Projected Artifacts Viewed on Soft - Tissue Dental Radiographs, oral surg. 34:838, 1972.
20. NEALON, F. H. Scleroderma: oral manifestation, oral surg 24:310, 1967.
21. POYTON, H. G.; ARORA, B. K. Radiologic Evidence of Surgical Emphysema, Oral surg. 3.