

OSTEOMA MANDIBULAR. CASO CLINICO

**HENRY FERNANDO BORDA ALMANZA
LUIS FERNANDO DIAZ TORRES
JULIAN EDUARDO MORA REINA
ITZA CAROLINA RODRIGUEZ COCA
DIANA CAROLINA ROZO ORTIZ
ANDREA CAROLINA SALAMANCA ESTUPIÑAN
MADELEINA SANCHEZ CUTA
LILIANA IVONNE VILLAMIL GAITAN**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODOTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTÁ D.C.
2001**

OSTEOMA MANDIBULAR. CASO CLINICO

INVESTIGADORES

**HENRY FERNANDO BORDA ALMANZA
LUIS FERNANDO DIAZ TORRES
JULIAN EDUARDO MORA REINA
ITZA CAROLINA RODRÍGUEZ COCA
DIANA CAROLINA ROZO ORTIZ
ANDREA CAROLINA SALAMANCA ESTUPIÑAN
MADELEINE SANCHEZ CUTA
LILIANA IVONNE VILLAMIL GAITAN**

Asesor Científico

**Dr. GERMAN DUARTE ANAYA
Odontólogo Especialista en Cirugía Maxilofacial**

Asesor Metodológico

**Dra. INES AMPARO REVELO
Odontóloga Magíster en Administración en Salud**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTÁ D.C.
2001**

OSTEOMA MANDIBULAR. CASO CLINICO

INVESTIGADORES

**HENRY FERNANDO BORDA ALMANZA
LUIS FERNANDO DIAZ TORRES
JULIAN EDUARDO MORA REINA
ITZA CAROLINA RODRÍGUEZ COCA
DIANA CAROLINA ROZO ORTIZ
ANDREA CAROLINA SALAMANCA ESTUPIÑAN
MADELEINE SANCHEZ CUTA
LILIANA IVONNE VILLAMIL GAITAN**

Trabajo de Grado como requisito parcial para optar el Título de Odontólogo

Asesor Científico

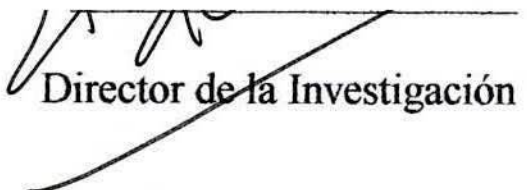
**Dr. GERMAN DUARTE ANAYA
Odontólogo Especialista en Cirugía Maxilofacial**

Asesor Metodológico

**Dra. INES AMPARO REVELO
Odontóloga Magíster en Administración en Salud**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTÁ D.C.
2001**

El trabajo de Grado Titulado OSTEOMA MANDIBULAR. CASO CLINICO elaborado por HENRY FERNANDO BORDA ALMANZA, LUIS FERNANDO DIAZ TORRES, JULIAN EDUARDO MORA REINA, ITZA CAROLINA RODRIGUEZ, DIANA CAROLINA ROZO ORTIZ, ANDREA CAROLINA SALAMANCA ESTUPIÑAN, MADELEINE SANCHEZ CUTA, LILIANA IVONNE VILLAMIL GAITAN, ha sido aprobado como requisito parcial para optar el titulo de odontólogo.


Director de la Investigación

Asesor Metodológico

Director del Departamento de
Investigación y Salud pública

Bogotá D.C., octubre/2001.

DEDICATORIA

A Dios, por darnos la oportunidad de poder llevar a cabo este gran sueño de culminar nuestra carrera, y por elegimos para cumplir esta misión a cabalidad.

A nuestros padres, esposos, novios, hijos y hermanos, por su apoyo comprensión y paciencia donde cada uno de ellos fueron un gran aliciente para poder culminar la meta propuesta por cada uno de nosotros.

A los docentes por su dedicación y enseñanza pues gracias a todos los conocimientos que nos transmitieron tenemos buenas bases teóricas y prácticas para poder ejercer nuestra profesión con gran satisfacción.

A nuestros amigos con quienes hemos compartido momentos inolvidables que siempre estarán en nuestras mentes y corazones.

Henry

Fernando

Julián

Itza

Carolina R.

Carolina S.

Madeleine

Liliana

LISTA ESPECIAL

	Pág.
Figura 1: Osteoma compacto, histológicamente.	15
Figura 2: Osteoma compacto, radiográficamente.	15
Figura 3: Osteoma esponjoso, histológicamente.	16
Figura 4: Osteoma esponjoso, radiográficamente.	16
Figura 5: Osteoma esponjoso, radiográficamente	17
Figura 6: Síndrome de Gardner, clínicamente.	21
Figura 7: Torus maxilar, clínicamente.	23
Figura 8: Torus mandibular, clínicamente.	24
Figura 9: Torus mandibular, radiográficamente.	24
Figura 10: Osteoblastoma, histológicamente	25
Figura 11: Osteoblastoma, histológicamente	26
Figura 12: Osteoblastoma, histológicamente.	27
Figura 13: Osteoma osteoide.	28
Cuadro: Artículos	13
Anexo 1: Fotografías de frente y lateral, intraoral Y radiografía panorámica de la paciente.	
Anexo 2: Historia clínica de la institución.	
Anexo 3: Historia clínica de la paciente.	

Anexo 4: Odontograma.

Anexo 5: Fotografías de la descripción quirúrgica.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION
 - 1.1 DEFINICION DEL PROBLEMA
 - 1.2 JUSTIFICACION
 - 1.3 PROPOSITO
 - 1.4 MARCO TEORICO
 - 1.4.1 EMBRIOLOGIA DEL HUESO MANDIBULAR
 - 1.4.2 ANATOMIA DEL HUESO MANDIBULAR
 - 1.4.3 PATOLOGIAS OSEAS DE LOS MAXILARES
 - 1.4.4 OSTEOMA
 - 1.5 OBJETIVO GENERAL

2. METODO
 - 2.1 TIPO DE ESTUDIO
 - 2.2 SUJETO DE ESTUDIO
 - 2.3 FUENTES BIBLIOGRAFICAS

3. RESULTADOS
 - 3.1 DATOS GENERALES DEL PACIENTE
 - 3.2 MOTIVO DE CONSULTA
 - 3.3 ANTECEDENTES
 - 3.4 EXAMEN EXTRAORAL
 - 3.5 EXAMEN INTRAORAL
 - 3.6 EXAMEN RADIOGRAFICO
 - 3.7 EXAMENES COMPLEMENTARIOS
 - 3.8 DIAGNOSTICOS
 - 3.9 PLAN DE TRATAMIENTO
 - 3.10 DESCRIPCION QUIRURGICA

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INTRODUCCION

El osteoma es un tumor osteogénico benigno de crecimiento lento, formado por hueso compacto o esponjoso, esta lesión afecta principalmente al esqueleto craneofacial, presentándose con mayor frecuencia en la mandíbula cuya ubicación de predilección es la cara interna de la rama o en el borde inferior del ángulo mandibular. Se ignora realmente la causa verdadera de esta lesión por presentar varios factores etiológicos que incluyen traumatismos, reacción a infecciones y anomalías de desarrollo, pero ninguno de estos demostrado de forma concluyente.

En vista de que el odontólogo en su practica puede verse enfrentado a pacientes que presentan grandes o pocas asimetrías a nivel facial, es importante dar a conocer la forma de diagnosticar adecuadamente la patología, que puede ser la causa de esta deformación, pues no posee sintomatología específica que pueda ser detectada en el inicio de su formación.

En esta investigación se ilustró por medio de un caso clínico, la manera de llevar a cabo el tratamiento quirúrgico de una paciente de 13 años de edad atendida en el Hospital San Rafael de la ciudad de Fusagasuga, que llegó a la consulta con una deformación facial en el lado izquierdo de la mandíbula.

1 CONTEXTO DE LA INVESTIGACION

1.1 DEFINICION DEL PROBLEMA

El osteoma mandibular es una patología benigna poco común en los maxilares, pronunciándose más en la segunda década de la vida. Estas lesiones de hueso causan ansiedad en los cirujanos por dos razones: en primer lugar, existe experiencia mínima con tales trastornos durante la residencia médica. En segundo lugar, las lesiones óseas son relativamente raras, incluso en la práctica ortopédica especializada y en la práctica quirúrgica. Por esta razón, en la literatura se reportan pocos casos clínicos de osteoma a nivel mandibular y a nivel odontológico se conoce muy poco sobre su manejo.

1.2 JUSTIFICACION

Se presenta este caso clínico con el fin de facilitar al odontólogo general las condiciones para conocer, diagnosticar, remitir y manejar un osteoma mandibular.

1.3 PROPOSITO

La investigación pretende ilustrar mediante un caso clínico la manera de diagnosticar y llevar a cabo el tratamiento quirúrgico del osteoma mandibular.

1.4 MARCO TEORICO

1.4.1 EMBRIOLOGÍA DEL HUESO MANDIBULAR

El hueso mandibular hace su aparición como estructura bilateral hacia la sexta semana de vida intrauterina y su desarrollo se lleva a cabo durante la undécima semana. En el primer arco branquial, llamado arco mandibular, se desarrollan dos procesos durante el desarrollo humano son visibles por el exterior cuatro pares de arcos branquiales al final de la cuarta semana, cada arco está separado de la adyacente por un notable surco o hendidura faríngea. (NORMAN, 1988)

A manera de revisión el primer arco llamado arco mandibular como resultado de su flexión y de la proliferación de las células mesenquimatosas desarrolla dos procesos: uno más pequeño o proceso maxilar, el cual forma el maxilar superior y el complejo medio facial y uno mayor o proceso mandibular, que forma la mandíbula. Aparece en forma de una placa delgada de hueso, lateral y a cierta distancia del cartílago de Meckel. (SHAFER, 1986)

Esta placa esta compuesta de un núcleo de mesodermo, mesénquima originado de la cresta neural, una cubierta externa de ectodermo, una cubierta interna de endodermo, su propia arteria, un arco aórtico y un nervio específico. Cada mitad de la mandíbula en desarrollo contiene un cartílago semejante al de Meckel, que se reabsorbe por completo permitiendo la formación del cuerpo de la mandíbula por osificación intramembranosa. (DAVIS, 1988)

La población de las células mesenquimatosas de cada arco, localizada entre el ectodermo

superficial y el endodermo, es la encargada de dar origen a las poblaciones celulares diferenciadas necesarias para eventos cistopatògenos específicos como la formación de huesos (osteoblastos) formación de cartílagos (condroblastos); formación de colágeno y de matriz extracelular (fibroblastos); y formación de músculo (Mioblastos) que participan en la formación de la mandíbula. (DAVIS, 1988)

La mandíbula es uno de los primeros huesos que se osifican durante la vida fetal. Los procesos coronoideos, así como los condileos se desarrollan a partir de cartílagos accesorios entre la décima y la decimocuarta semana, luego los còndilos se calcifican y posteriormente se inicia la osificación endrocondral. De hecho, el crecimiento de la mandíbula en todas las direcciones posibles es el resultado de la adición específica del material mineral a la superficie adecuada. La osificación endocondral del còndilo de la mandíbula continúa para ser el centro de crecimiento de este hueso durante la vida fetal, y hasta la edad de 20 años aproximadamente. (DAVIS, 1988)

1.4.2 ANATOMIA DEL HUESO MANDIBULAR

La mandíbula es un hueso impar y no se articula con ningún hueso de la cara; solamente lo hace con el hueso temporal del cráneo. Es el único hueso móvil de la cabeza. Para su estudio se le considera un cuerpo y dos ramas.

- **Cuerpo mandibular:** presenta forma de herradura, posee una cara anterior, una posterior y dos bordes. (RIGEZI, 2000)

- **Cara anterior:** en la línea media presenta una cresta vertical, como resultado de la unión de los dos segmentos que embriológicamente la conforman. Esta cresta se denomina sínfisis mentoniana y se continúa en la parte inferior con una saliente triangular o eminencia mentoniana, lateralmente y a nivel de los ápices de los premolares, se ubica el agujero mentonero, posteriormente se encuentra una saliente lineal que se continúa hacia atrás, denominada línea oblicua externa y por encima de ella se ubican las eminencias radiculares. (RIGEZI, 2000)

- **Cara posterior:** a nivel de la línea media encontramos cuatro eminencias pequeñas, muchas veces fusionadas, denominadas apófisis geni. A nivel del ápice de los premolares emerge la línea oblicua interna o milohioidea, que se continúa hasta la rama ascendente, por encima de esta línea y en la parte anterior se encuentra una ligera depresión correspondiente a la fosa sublingual, donde se aloja la glándula sublingual; por debajo y posteriormente hay una depresión correspondiente a la fosa submandibular, donde se aloja la glándula submandibular. (RIGEZI,2000)

- **Borde superior:** es el borde alveolar que contiene los alvéolos dentarios.
- **Borde inferior:** posee en la línea media, la fosita digástrica.
- **Rama ascendente:** presenta dos caras, una lateral y una medial y tres bordes: superior, anterior y posterior.

- **Cara lateral:** se destacan una serie de rugosidades poco pronunciadas que sirven de inserción al músculo masetero.

- **Cara medial:** sobre la línea media, entre el borde superior e inferior, se encuentra una saliente denominada llingula o espina de Spix, donde se inserta el ligamento esfenomandibular, por detrás de ella está el agujero dentario inferior, que sirve de entrada al conducto dentario inferior, hacia el ángulo mandibular se encuentran una serie de rugosidades que sirven de inserción al músculo pterigoideo medial. (RIGEZI,2000)

- **Borde superior:** presenta en la parte anterior una saliente de forma triangular denominada apófisis coronoides, donde se inserta el músculo temporal por su cara medial y el masetero por su cara lateral. Se continúa con la escotadura sigmoidea y en la parte posterior encontramos una saliente elipsoide correspondiente al cóndilo mandibular, que se une a la rama por medio del cuello del cóndilo, el cual presenta en la cara medial una depresión, la fosita pterigoidea, donde se inserta el fascículo inferior del músculo pterigoideo lateral.

- **Borde anterior:** es oblicuo, agudo en la parte superior y ancho en la inferior, donde termina la línea oblicua externa e interna, que junto con la cara distal del tercer molar, forma en esta región, el triángulo retromolar; sirve de inserción a una prolongación del músculo temporal.

- **Borde posterior:** es liso y está en contacto con la celda parotídea. (RIGEZI, 2000)

1.4.3 PATOLOGIAS OSEAS DE LOS MAXILARES

Los tumores o neoplasias son crecimientos nuevos de tejido que se desarrollan en cualquier parte del cuerpo como en la cavidad bucal. Pueden presentarse en labios, carrillos, piso de

boca, paladar, lengua y huesos maxilares. Estas neoplasias pueden ser de tejido epitelial, tejido conectivo u originarse en tejido nervioso, aunque los tumores neurogenicos son raros en la cavidad bucal. (SHAFER, 1982)

Los tumores pueden ser malignos o benignos, dependiendo de su patrón de conducta y de su estructura celular. Algunas neoplasias benignas de la boca poseen características raramente encontradas en otros sitios del cuerpo. Los tumores óseos benignos, son encapsulados, crecen con lentitud y muchas veces el paciente sólo nota la lesión una vez que empieza a producir expansión ósea y deformidad facial. Por lo general crecen por expansión periférica, empujan, separan y pueden comprimir las estructuras adyacentes, es raro que las lesiones benignas óseas causen reabsorciones radiculares o produzcan movilidad de las piezas dentarias. Además no producen metástasis. (SHAFER ,1987).

Los tumores benignos de los maxilares se caracterizan por la gran variedad de procesos a los que puede dar lugar como consecuencia de diferentes elementos celulares en el tejido óseo, desarrollándose a expensas de tejidos conjuntivos formadores de hueso, así como de tejidos mesodérmicos que no son osteoformados pero que se encuentran en el interior del hueso. Pese a este polimorfismo patológico e independientemente del tejido que reproduzca, cabe hablar de unas características similares a todos ellos. Desde el punto de vista clínico los síntomas suelen ser escasos. Tampoco están presentes los trastornos sensitivos de anestesia o parestesia, si exceptuamos los tumores neurogénicos que, localizados en el conducto dentario inferior, pueden dar origen por compresión al denominado signo de Vincent. (DONADO, 1998)

Un tumor maligno por otra parte, pone en peligro la vida de su huésped por su rápida expansión infiltrante hasta las estructuras vitales circunvecinas en donde crea crecimientos secundarios en partes distantes del tumor, generalmente a través del sistema linfático y del torrente sanguíneo. Estas características pertenecen a los tumores de origen dentario. El tratamiento para los tumores se basa en la extirpación de la masa, aunque la intervención quirúrgica varía con la naturaleza de la neoplasia. (KONDOH, 1999)

En la mayor parte de los tumores que se manifiestan en pacientes menores de 20 años de edad, se demuestra que son trastornos benignos del cartílago (ostecondromas y endocondromas), del tejido fibroso (defectos fibrosos metafisarios) o quistes benignos (quistes solitarios óseos o quistes óseos unicamerales). En contraste, la mayor parte de las lesiones óseas en sujetos mayores de 40 años de edad se debe a tumores metastásicos. A diferencia de los sujetos con enfermedad ósea metastásica con limitada expectativa de vida, los pacientes con tumores primarios (cuando se tratan apropiadamente) pueden ser curados de la enfermedad subyacente. (RIGEZI, 2000).

Por tanto, es crítico diagnosticar al paciente con tumor óseo primario. Esto se logra por medio de una estrategia diagnóstica, cuidadosa, lógica y consistente respecto al costo que disminuya el tratamiento inapropiado de pacientes con neoplasia maligna ósea primaria y proporcione atención óptima de los sujetos con enfermedad metastásica. (RIGEZI, 2000).

Durante la exploración cabe observar que en los casos de tumoraciones intrabucales la mucosa sobre la cual se asienta el tumor no presente cambios microscópicos, siendo su desplazamiento y su aspecto normales, lo que sugiere una falta de adherencia de la mucosa

a la masa tumoral. (DONADO, 1998)

En la palpación se ponen de manifiesto los límites circunscritos y la consistencia de estos tumores, desde una sensación blanda hasta una gran dureza. Extrabucalmente no es habitual encontrar linfadenopatías. El diagnóstico por la imagen de estos procesos puede comenzar por una simple radiografía periapical que delata su existencia; Si bien su extensión será incompleta, por lo que habrá que recurrir a proyecciones oclusales panorámicas o de Waters, que permitan valorar los límites y características de la lesión que comprenden áreas completamente radiotransparentes, radiomixtas e incluso radiocondensantes. (DONADO,1998).

Los tumores se clasifican en:

TUMORES ODONTOGENOS

Tumores Epiteliales:

- Ameloblastoma
- Tumor escamoso odontógeno
- Tumor odontógeno epitelial calcificante
- Tumor odontógeno de células claras
- Tumor odontógeno adenomatoide

Tumores mesenquimatosos:

- Mixoma odontógeno
- Fibroma central odontógeno
- Fibroma cementificante

- Cementoblastoma
- Displasia periférica cementaria

Tumores mixtos (epiteliales y mesenquimatosos)

- Odontoma
- Fibroma ameloblástico y fibroodontoma ameloblástico

TUMORES NO ODONTOGENICOS (BENIGNOS)

- Torus y exostosis
- Osteoma
- Osteoblastoma
- Osteoma osteoide
- Condroma
- Osteocondroma
- Condroblastoma
- Condromatosis sinovial
- Tumor de células gigantes
- Fibroma osificante
- Displasia cementoósea
- Querubismo
- Histiocitosis ideopática
- Hemangioma intraóseo
- Prognoma melanótico
- Displasia fibrosa

- Granuloma central de células gigantes
- Hiperplasia coronoides

TUMORES NO ODONTOGENICOS (MALIGNOS)

- Osteosarcoma (yuxtacortical, parosteal, periostal)
- Condrosarcoma (mesenquimatoso)
- Sarcoma de Ewing
- Neoplasia de células plasmáticas
- Mieloma múltiple
- Linfoma de Burkitt
- Carcinoma metastásico

Fuente: (RIGEZI, 2000)

1.4.4 OSTEOMA

El osteoma es un tumor osteogénico benigno de crecimiento lento, formado por hueso maduro, compacto o esponjoso. Esta lesión afecta casi exclusivamente al esqueleto craneofacial. Estos tumores aparecen con mayor frecuencia entre la segunda y la quinta década de la vida y predominan en los hombres. (RASPALL.1997)

Los osteomas pueden originarse en el maxilar superior o en la mandíbula y también en los huesos de la cara, cráneo y senos paranasales en ocasiones estos tumores ocasionan síntomas. El individuo puede referir cefalea, sinusitis recurrente y molestias oftalmológicas según sea el sitio de la lesión. (RIGEZI, 2000)

En la mandíbula, los osteomas se localizan perfectamente en la cara lingual de la rama horizontal y en el borde inferior del ángulo mandibular. Aunque el grado de expansión es lento, puede ocasionar graves complicaciones en la región etmoidofrontal. (RASPALL.1997)

Pueden ubicarse también en el conducto auditivo externo, a cuyo nivel se han descrito en nadadores y buceadores en agua fría; habiendo sido inducido experimentalmente en animales mediante irrigaciones con agua a baja temperatura. (LESSON,1999).

En muchas partes del cuerpo no es difícil establecer un diagnóstico preciso de osteoma. Sin embargo en los maxilares, donde la infección es más común, no siempre es posible diferenciar una masa ósea inducida por inflamación o irritación de una que es verdaderamente neoplasia. Además, las llamadas exostosis complican más el cuadro, debido a que pueden producir cuadros clínicos, radiográficos e histopatológicos similares. (SHAFER 1986)

Estos tumores son de escasa importancia clínica, salvo cuando se produce obstrucción de un seno nasal, comprimen el encéfalo o globo ocular, interfieren con la función de la cavidad oral o producen problemas estéticos. Estas neoplasias nunca se transforman en osteosarcomas. Se ignora la causa de estas lesiones. Se han propuesto varios factores etiológicos, incluido el traumatismo, reacción a infección y anomalías de desarrollo.

Ninguna de estas etiologías se ha demostrado. (RIGEZI, 2000)

Philip j. Realizó un metanálisis de los casos reportados en pacientes con osteoma mandibular y encontró lo siguiente:

AUTOR	GENERO	EDAD	LOCALIZACION	TAMAÑO (cms)	HISTORIA DE TRAUMA
Ord y Colbs	M	40	Coronoides	4	+
McLennan	F	31	Subcondilar cuerpo lingual	5	- -
Weinberg	M	31	Cuello del condilo	5	-
Green y Bowerman	F	25	Rama		
Bessho y Colbs	M	26	Cuello condilar	3.5	+
Plezia	M	26	Rama y coronoides		-
Seymour	M	70	Condilo		-
Noren y Roche	M	27	Borde inferior mandíbula molar	5	-
Richrads y Colbs	M	29	Tuberculo Geniano	3.5	-
Frenkel y Stellmach	F		Rama	3.5	-
Youmans y Colbs	M	72	Borde inferior mandíbula	3.5	-
Bosshardt y Colbs	F	14	Borde inferior mandíbula	4	-
Butilli y Quinn	F	22	Borde inferior mandíbula	4	+
Swanson	M	22	Rama	6	-
PROMEDIO		33.5		3.61538	

Fuente: (Philip j.1998)

Los osteomas se clasifican en periféricos o compactos o periostiales (fig,1-2) centrales o porosos o esponjosos o endostiales (fig 3-4-5); y osteoma de tejidos blandos de la cavidad bucal. En condiciones normales, el tejido óseo tiene la capacidad osteogénica localizada a la altura del endostio y periostio, por lo que en casos de crecimiento tumoral se hace referencia a dos posibilidades: los llamados “ osteomas periféricos o periosticos”, en los que el crecimiento se realiza desde el periostio hacia afuera (centrífugo), y los denominados “osteomas centrales o endosteos”, cuyo crecimiento se hace desde el endostio

hacia el interior del hueso, penetrando en la esponja (centrípeto). (DONADO,1998)

Para el osteoma periférico se postulan tres orígenes: anomalías en el desarrollo, neoplasia o una lesión reactiva, basándose este último en que el 24% de los casos se asocian con una historia previa de traumatismo. (RODERICK,1998).

El osteoma endosteo se localiza con mayor frecuencia a nivel mandibular en la zona del cuerpo. En numerosas ocasiones es sintomático y su diagnóstico se hace de forma casual, siendo pocas las situaciones en las que el crecimiento tumoral es tan evidente que produce deformidad bucofacial. El osteoma periférico tiene también mayor preferencia por la mandíbula, localizándose sobre el cuerpo mandibular, el cóndilo y la apófisis coronoides. En el maxilar superior las localizaciones habituales son la región palatina y el seno maxilar. (DONADO, 1998)

El osteoma compacto consiste en una laminación densa del hueso que parecen capas de cebolla, ocasionalmente con vasos de sangre, pero ningún sistema de Havers. (RODERICK,1998)

Los osteomas porosos se encuentran en las trabéculas del hueso entre los espacios medulares, rodeados por una corteza laminada. (RODERICK, 1998)

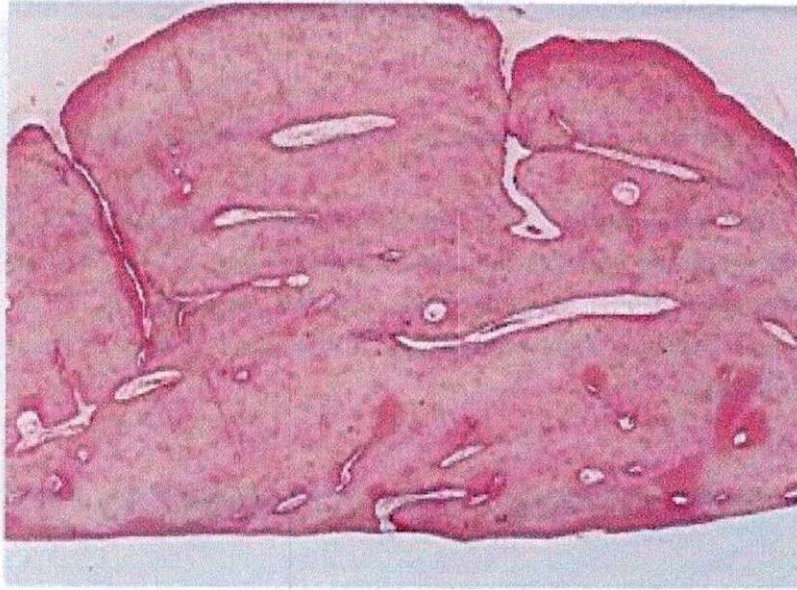


Fig. 1 Osteoma compacto, densidad laminar



Fig. 2 Osteoma compacto, masa de densidad calcificada que compromete una parte de la mandíbula.

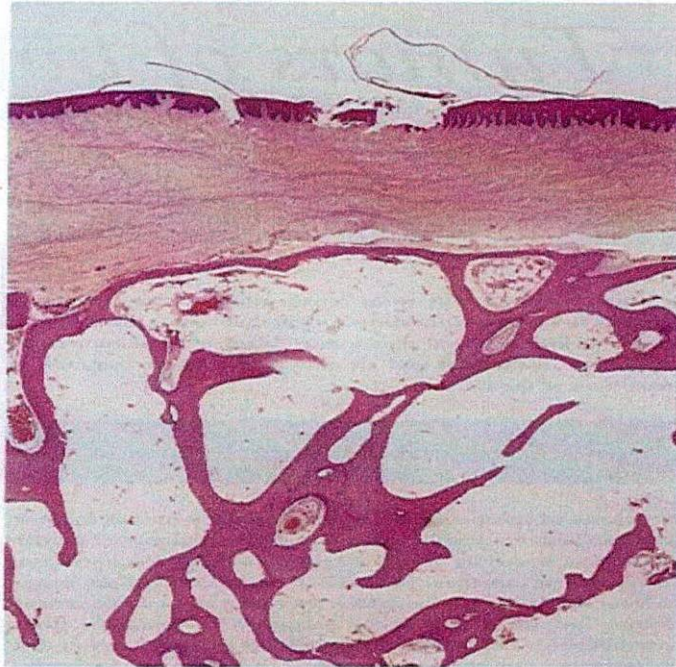


Fig. 3 Osteoma esponjoso

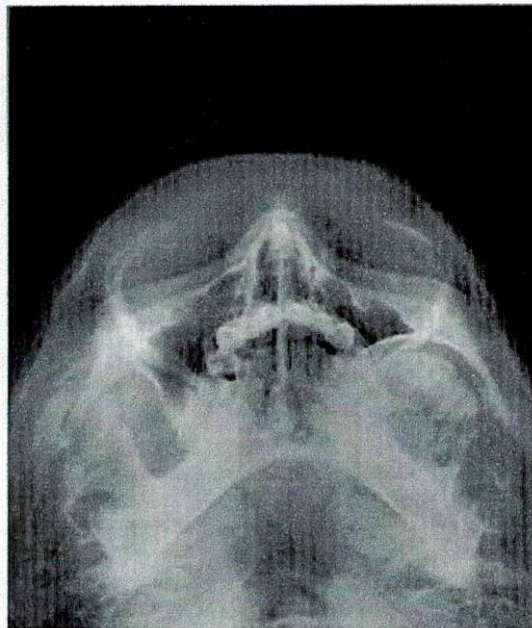


Fig. 4 Osteoma esponjoso. Masa redondeada que compromete el cuello del cóndilo y se extiende a la región anterior del arco zigomático

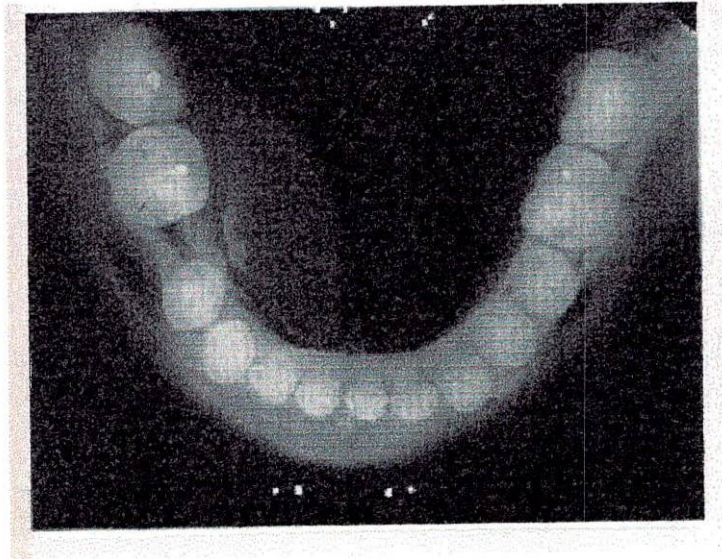


Fig. 5 Osteoma esponjoso. Este tumor poco frecuente se localiza entre el molar y los músculos de la lengua.

Algunos osteomas muestran un patrón histológico intermedio entre los dos referidos, entidad individualizada con el nombre de osteoma Durum (BANKS, 1998).

Se conocen dos variables histopatológicas distintas de los osteomas. Una forma se compone de hueso compacto relativamente denso, con escaso tejido de la médula ósea. La otra consta de trabéculas laminares de hueso esponjoso con abundantes espacios fibroadiposos en la médula ósea. La actividad osteoblástica es por lo general marcada. (RIGEZI, 2000)

A menudo, la lesión está bien circunscrita, pero no encapsulada. En algunos tumores se pueden encontrar focos de cartílago, un cuyo caso se usa con frecuencia el término "Osteocondroma". En raras ocasiones se puede encontrar tejido mixomatoso diseminado. (SHAFER, 1986)

La lesión de origen periosteal se manifiesta como una hinchazón circunscrita en los maxilares y produce una asimetría obvia que no se debe confundir con la osteomielitis esclerosante no supurante de Garré o con la periostitis proliferativa. Como osteoma es un tumor de lento crecimiento, el paciente generalmente no se alarma. El osteoma de origen endosteal es más lento en presentar manifestaciones clínicas, ya que se presenta un considerable crecimiento antes que haya diseminación de placas corticales. (SHAFER,1986)

Rara vez hay un dolor asociado con este tumor. El osteoma de tejidos blandos es una lesión relativamente rara, habiendo revisado Krolls y colaboradores un total de 25 casos de literatura. Después de esta revisión este osteoma también se conoce como "Osteoma Mucoso", análoga a la lesión dérmica bien reconocida como "Osteoma cutis". (SHAFER,1986)

Estas lesiones se presentan exclusivamente en la lengua, aunque se han encontrado casos ocasionales en la mucosa bucal. Aparece como un nódulo firme que crece hasta los 2 cm de diámetro. El hueso en sí es normal, siendo un hueso laminar bien circunscrito y por lo regular compacto; pero algunas veces muestra una médula adiposa. Radiográficamente la lesión central aparece dentro del maxilar como una masa radiopaca circunscrita a la cual no se le distingue del hueso de cicatrización. En ocasiones el osteoma es difuso, no obstante se debe diferenciar de la osteomielitis esclerosante crónica. (SHAFER,1986)

En el examen radiográfico rutinario los osteomas endostiales en la cavidad medular del

hueso se detectan con una radiopacidad densa bien circunscrita, ya que antes de manifestarse la expansión cortical debe haber crecimiento extensivo. (RIGEZI, 2000)

Microscópicamente el tumor se adhiere a la superficie cortical del hueso por un pedículo sesil, cuya densidad obliga a extirpar la lesión con un margen de hueso sano alrededor. Por lo general se encuentran de forma aislada, aunque pueden desarrollarse osteomas múltiples como una de las manifestaciones del Síndrome de Gardner. (RASPALL, 1997)

El tratamiento de los osteomas es la excisión quirúrgica. También se deben reseca las anomalías con el propósito de establecer el diagnóstico. En algunos casos de osteomas asintomáticos pequeños, el tratamiento apropiado es la observación periódica. Después de la extirpación quirúrgica no hay recurrencia. (RIGEZI, 2000)

Síndrome de Gardner: (fig. 6) Fitzgerald refirió en 1943, el caso de un paciente aquejado de osteomas y tumores localizados en diversos tejidos corporales. Una década mas tarde Gardner y col, en una serie de artículos, describieron un síndrome heredado con un carácter autosómico dominante, con penetrancia completa y expresividad variable. Conocido desde entonces como síndrome de Gardner. (RIGEZI,2000)

Este muestra que hay lesiones derivadas de las tres hojas blastodérmicas embrionarias: a) Endodermo: pólipos, usualmente adenomatosos, que si bien inicialmente se creían restringidos al colon y recto, actualmente se sabe que pueden ubicarse en cualquier lugar del tracto gastrointestinal. b) Mesodermo: Osteomas múltiples craneofaciales, retenciones

de dientes permanentes, dientes supernumerarios y lesiones cementarias. c) Ectodermo: quistes epidérmicos (45% a 60% de los casos), fibromas, lipomas, leiomiomas, neurofibromas, y lesiones cutáneas pigmentarias. El espectro del síndrome se ha ido ampliando desde su descripción original y entre las últimas inclusiones figuran neoplasias de la vesícula y de vías biliares (RIGEZI,2000).

El gen específico se encuentra en una pequeña región sobre el brazo largo del cromosoma 5 (5q21). La mayoría de los pacientes con síndrome de Gardner no expresan todo el espectro clínico de la enfermedad. La presencia de un gran número de osteomas en la mandíbula y huesos de la cara debe conducir a investigar la posibilidad de este síndrome.(RIGEZI, 2000)

Los osteomas pueden encontrarse en las mandíbulas, en especial en el ángulo mandibular, y también en los huesos largos y huesos de la cara. Los pólipos intestinales relacionados con el síndrome de Gardner se localizan por lo general en el colon y recto. Es significativo que los pólipos definidos en el examen microscópico como adenomas posean una tasa muy alta de transformación maligna a carcinoma colorectal invasivo. (RIGEZI, 2000)

La incidencia de este síndrome se desconoce pero puede predecirse su transmisión a un 50% de la descendencia. (RASPALL, 1997)

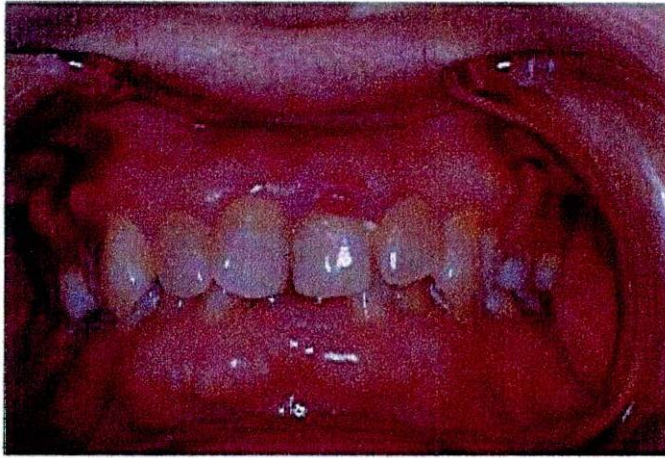


Fig. 6 Síndrome de Gardner. Osteomas múltiples profundos localizados en el alveolo

Existen múltiples patologías que pueden confundirse con el osteoma dentro de ellas podemos encontrar:

- **Odontoma:** Los odontomas se conocen como tumores odontogénicos mixtos porque se componen de tejido epitelial y mesenquimatoso. Tales anomalías pueden aparecer como un gran número de dientes rudimentarios o en miniatura, en cuyo caso se les conoce como odontomas compuestos, o pueden presentarse como conglomeraciones amorfas de tejido duro, y así reciben el nombre de odontomas complejos. Los odontomas son lesiones que se presentan en niños y adultos jóvenes y la mayor parte se descubre en el segundo decenio de la vida. El maxilar superior es afectado con una frecuencia ligeramente mayor que la mandíbula. No parece existir una predilección significativa por sexo. Los signos clínicos se reflejan en la presencia de un odontoma con retención de dientes residuos, un diente retenido y tumefacción alveolar. (RIGEZI,2000)

Radiográficamente el odontoma compuesto se presenta en forma de varios dientes maduros, en ocasiones diez en un foco único. Este foco típico tiene lugar en un área con dientes, entre las raíces o sobre la corona de un diente retenido. Los odontomas complejos se desarrollan en las mismas regiones, pero en forma de una masa opaca. Los odontomas tienen un potencial de crecimiento muy limitado, aunque algunas veces un defecto complejo puede ocasionar expansión ósea considerable. La enucleación es curativa y la recurrencia no presenta problema alguno. (RIGEZI, 2000)

- **Torus:** Es una excrescencia ósea, no neoplásica, de crecimiento lento, que se manifiesta habitualmente antes de los treinta años. El Torus palatino es el más común, con una prevalencia hasta de un 20% en la población, mientras que la incidencia del Torus mandibular es inferior al 8%. El primero corresponde a un crecimiento de la apófisis palatina del maxilar superior, el segundo se manifiesta como un reborde óseo lobulado. (RASPALL, 1997)

En 1814 por primera vez Fox describió cambios exostósicos del paladar duro, siendo Kupfer y Bessel-Hagen los pioneros de la utilización del término Torus palatino; en 1884 Danielli emplea y describe el Torus mandibular.(DONADO, 1998)

La edad de aparición es más precoz para los Torus palatinos, que se han descrito desde el nacimiento y la primera década, contrastando con los torus mandibulares que son raros antes de esta última. En relación con la raza se ha observado que la mongoloide tiene una gran predisposición a presentar Torus mandibular. (DONADO, 1998)

Las manifestaciones clínicas suelen ser escasas, pero en ocasiones existen molestias fonatorias, limitaciones de la mecánica masticatoria, ulceraciones sobre la mucosa subyacente, depósitos de restos de comida, inestabilidad protésica y sobre todo en algunos pacientes un estado de cancerofobia que obliga la extirpación del Torus. La exploración radiológica periapical, panorámica y oclusal permite la visualización de los Torus como una radiocondensación. El tratamiento de varios procesos debe ser inicialmente conservador, solo en situaciones de manifestaciones clínicas o imposibilidad de colocar una prótesis debe realizarse el tratamiento quirúrgico consistente en la extirpación del Torus. (DONADO,1998)

El Torus palatino (fig. 7) es un tumor que se manifiesta en los comienzos de la vida adulta, pero normalmente no se nota hasta la edad madura. El sitio más común es cerca de la parte posterior de la línea media del paladar duro y la inflamación es redondeada y simétrica; algunas veces con una ranura en la mitad. Si la inflamación es lo suficientemente grande como para interferir con el encaje dental y obstruye de otra forma se debe remover (RODERICK, 1998)

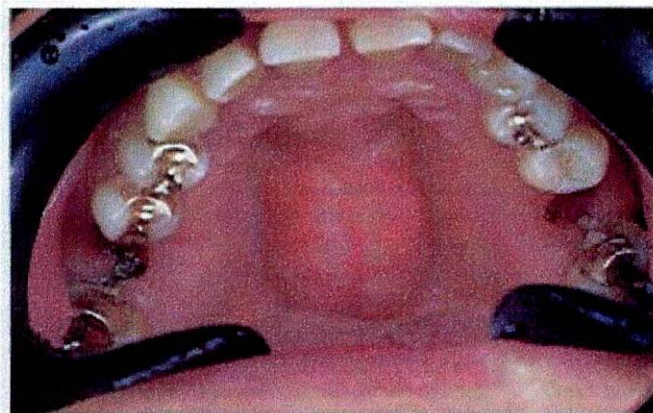


Fig. 7 Torus maxilar. Histológicamente es similar al osteoma compacto pero es un factor de anormalidad en el desarrollo del paladar

El Torus mandibular (fig. 8-9) es un tumor que se forma en la parte lingual de la mandíbula. Ellos son típicamente bilaterales, de formación dura, inflamación redondeada. Su comportamiento y manejo es el mismo que del Torus palatino. (RODERICK, 1998)

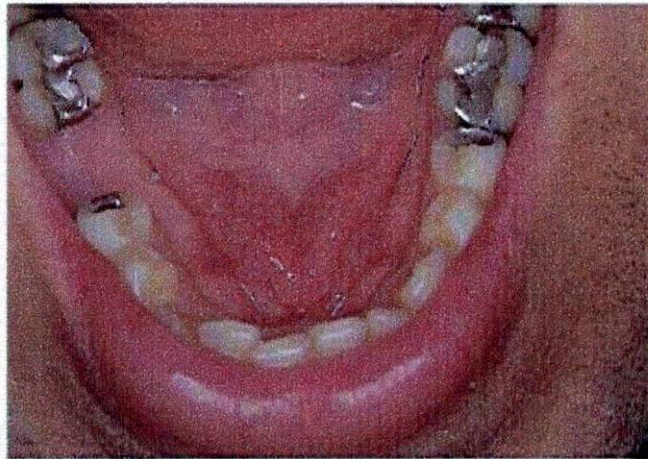


Fig. 8 Torus mandibular. Este tumor tiene la misma estructura que el torus palatino, pero son bilaterales, afectan el aspecto lingual en la región premolar. Son los menos comunes

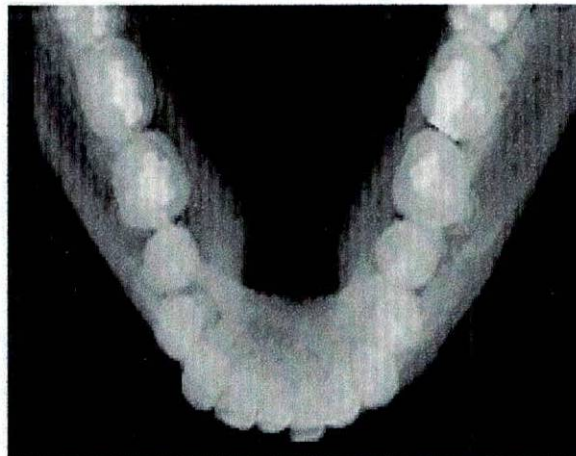


Fig. 9 Torus mandibular. La radiografía muestra claramente el crecimiento simétrico del hueso de la región lingual del maxilar

- **Exostosis:** Son protuberancias óseas de tamaño variable; son nodulares, pedunculadas o planas localizadas en la superficie ósea. Se desarrollan habitualmente en la superficie vestibular del hueso alveolar cerca de inserciones musculares o tendinosas. Histológicamente está compuesto por una corteza compacta y un espacio medular central del hueso correspondiente. El crecimiento tiene lugar por osificación endocondral y radiológicamente muestra una imagen circunscrita radiopaca, el tratamiento de ésta lesión es quirúrgico. (RASPALL, 1997)
- **Osteoblastoma:** (fig. 10-11-12) Es una tumoración ósea primaria infrecuente que puede surgir en el maxilar superior o en la mandíbula. El osteoblastoma es un proceso benigno de inicio rápido y puede causar dolor. Aunque se desconoce su causa, la mayoría de autores consideran que es una verdadera neoplasia de hueso. El Osteoblastoma se origina con mayor frecuencia en vértebras y huesos largos del cuerpo. Estas lesiones afectan la mandíbula y otros huesos craneofaciales con menos regularidad, pero en cabeza y cuello la mandíbula es el sitio más habitual. Las regiones posteriores dentadas del maxilar superior o mandíbula son los puntos más comunes de afección. (RIGEZI, 2000)

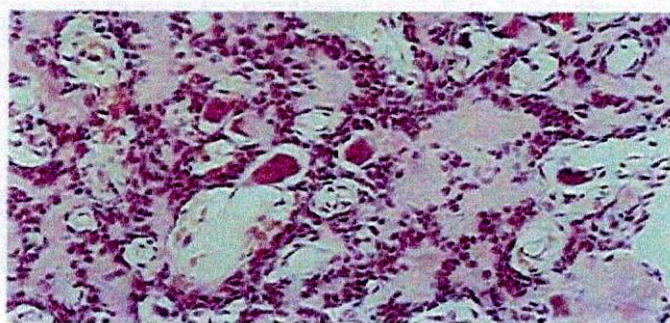


Fig. 10 Osteoblastoma. Otra área muestra tejido celular con numerosos osteoblastos y formación osteoide

Las áreas de la línea media de la mandíbula, apófisis coronoides y cóndilos son rara vez atacadas. Casi todos los casos se presenta en el segundo decenio de la vida y un 90% aparece antes de los treinta años de edad. Los hombres sufren el padecimiento más a menudo que las mujeres en una proporción de casi dos a uno. El dolor habitualmente intenso es el síntoma más consistente. La tumefacción localizada puede presentarse sola o añadida al dolor. La duración de los signos o síntomas varia de semanas a años. Radiológicamente se puede identificar una delgada radiotransparencia alrededor de una masa tumoral central con calcificación variable. El aspecto histológico del osteoblastoma es muy variable; las trabéculas óseas muestran grados variables de calcificación y la remodelación del tejido óseo puede manifestarse en la forma de líneas basofílicas reversas. Varias capas de osteoblastos edematizados hiper cromáticos revisten las trabéculas óseas. (RIGEZI, 2000)

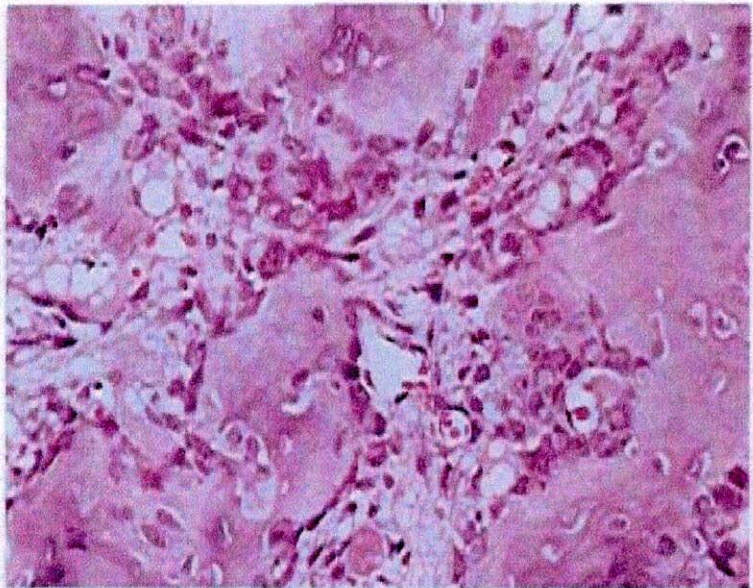


Fig. 11 Osteoblastoma. Muestra la apariencia celular con células multinucleadas

Una característica adicional del osteoblastoma es la presencia de innumerables células multinucleadas gigantes dispersas en el osteoma. El método terapéutico preferido para el osteoblastoma es excisión quirúrgica. Después de una operación adecuada, la recurrencia es poco frecuente. En todos los casos una técnica conservadora con raspado o resección local es prácticamente curativa. El nombre de osteoblastoma puede emplearse para lesiones mayores de dos centímetros de diámetro; en cambio, los defectos más pequeños suelen denominarse osteomas osteoides. (RIGEZI, 2000)

OSTEOBLASTOMA



Fig. 12 Osteoblastoma. Visión Histológica.

- **Osteoma osteoide:** (fig.13-14) El osteoma osteoide es ideopático. Por lo general se considera una verdadera lesión neoplásica, aunque su limitado potencial de crecimiento sugiere un trastorno reactivo poco usual. El osteoma osteoide es una lesión de los huesos que se presenta en el segundo y tercer decenio de la vida. El tumor se origina mas comúnmente en el fémur y la tibia y los defectos bucales son raros. Sin embargo, cualquier área de mandíbula o el maxilar superior puede ser afectada. (RIGEZI, 2000)

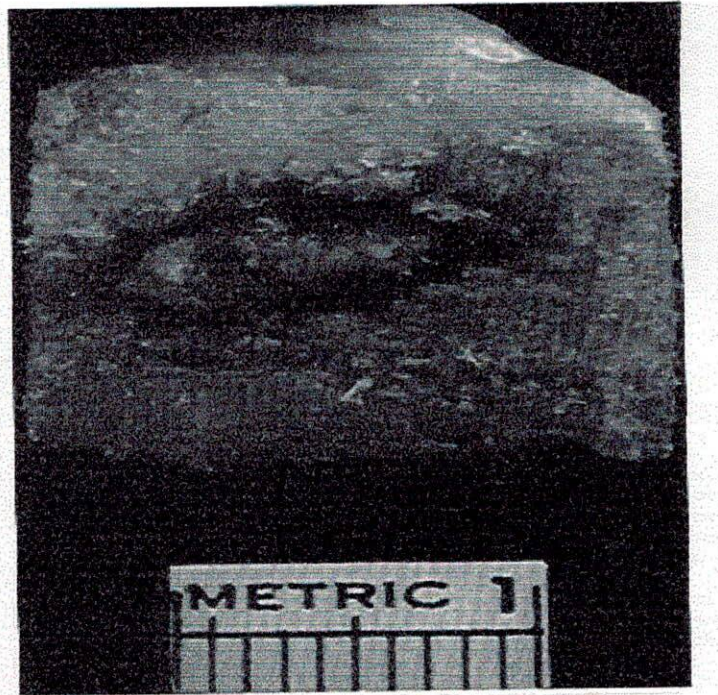


Fig. 13 Nudo de osteoma osteoide que forma un nódulo oval situado entre la corteza y la medula

El osteoma osteoide es un tumor descrito por Jaffe en 1935 que se localiza a la altura de los huesos largos de las extremidades, costillas, vértebras y rara vez en los huesos de la cara o del cráneo, el potencial de crecimiento de este tumor suele ser limitado de

amplias que las del osteblastoma. Este proceso benigno se trata con remoción quirúrgica conservadora. Después de la extirpación se puede esperar la curación ya que la recurrencia es rara. (RIGEZI, 2000)

- **Osteomielitis focal esclerosante:** Es un fenómeno relativamente común que al parecer representa una reacción focal del hueso a un estímulo inflamatorio de bajo grado. Por lo general se observa en el ápice de un diente con pulpitis prolongada. Esta lesión surge en ocasiones adyacente a un diente reconstruido, lo que sugiere que pueden intervenir otros factores etimológicos como la mal oclusión. Puede encontrarse en cualquier edad pero es típica en adultos jóvenes. Los pacientes son habitualmente sintomáticos y casi todas las lesiones se descubren en un examen radiográfico de rutina. La mayor parte se encuentra en los ápices de los primeros molares mandibulares y un menor número se relaciona con segundos molares mandibulares y premolares. Cuando se extraen los dientes, las anomalías persisten de manera indefinida. (RIGEZI, 2000)

Radiográficamente a veces la anomalía es uniformemente opaca; también puede ser una transparencia periférica con centro opaco; otras veces la periferia es opaca con centro transparente o bien, puede estar compuesta de masas opacas confluentes lobuladas. En el examen microscópico estos defectos son masas de hueso denso esclerótico. El tejido conectivo es escaso al igual que las células inflamatorias. Puesto que se considera una reacción fisiológica de hueso a un estímulo conocido, no es necesario extirpar la lesión. Puede ocasionalmente programarse una biopsia para

excluir malformaciones más graves consideradas seriamente en el diagnóstico diferencial. (RIGEZI, 2000)

1.5 OBJETIVO GENERAL

Describir un caso clínico de osteoma mandibular

2 METODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Caso clínico

2.2 SUJETO DE ESTUDIO (ANEXO 1)

Paciente de género femenino de 13 años de edad, con leve deformación facial en la parte izquierda de la mandíbula, con diagnóstico definitivo de osteoma mandibular.

2.3 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS (ANEXO 2)

2.4 FUENTES BIBLIOGRAFICAS

2.4.1 Primarias: Historia clínica reportada por el Dr. Germán Duarte, Cirujano Oral y Maxilofacial del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital San Rafael de Fusagasuga (ANEXO 3).

2.4.2 Secundarias:

REVISTAS	5
LIBROS	11
MED-LINE	1
BIBLIOTECAS	LUIS ANGEL ARANGO HEMEROTECA NACIONAL JUAN ROA VASQUEZ COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

3. RESULTADOS

3.1 DATOS GENERALES DEL PACIENTE (ANEXO 3)

- Género : femenino
- Fecha de Nacimiento: 27 de Junio de 1987
- Edad : Trece años
- Fenotipo : Mestizaje
- Procedencia : Barrio Chinauta, Municipio Fusagasugá.

3.2 MOTIVO DE CONSULTA (ANEXO 3)

Paciente con leve deformación en el lado izquierdo de la cara, en la región del ángulo mandibular; reporta dolor sordo y vago que aumenta con la palpación.

3.3 ANTECEDENTES (ANEXO 3)

- **Familiares:** Sin datos.
- **Personales:**

Hospitalización (-)

Toxicoalérgicos (-)

Patológicos (-)

Traumáticos (-)

Congénitos (-)

3.4 EXAMEN EXTRAORAL (ANEXO 1)

- Asimetría del lado izquierdo en la región mandibular.

- Relación de los tercios de la cara: normal
- Competencia labial: presente
- Surco labiomentoniano: normal

3.5 EXAMEN INTRAORAL (ANEXO 1)

- Clasificación de angle: - Izquierda: Clase II
- Derecha: Clase I
- Overjet: 3 mm.
- Overbite: 4 mm.
- Línea media dentaria: coincide la superior con la inferior.
- Odontograma: (ANEXO 4)

11: sano	21: sano	31: sano	41: sano
12: sano	22: sano	32: sano	42: sano
13: sano	23: sano	33: sano	43: sano
14: sano	24: sano	34: sano	44: sano
15: sano	25: sano	35: sano	45: sano
16: sano	26: sano	36: sano	46: sano
17: sano	27: sano	37: sano	47: sano
18: sin erup	28: sin erup	38: sin erup	48: sin erup

Paciente con índice COP = 0

3.6 EXAMEN RADIOGRAFICO (ANEXO 1)

Radiografía panorámica.

- **Zona de molares:** 18: zona radiopaca con halo radiolúcido posible diente incluido, 28: zona radiopaca con halo radiolúcido posible diente incluido, 38: zona radiopaca con halo radiolúcido posible diente incluido, 48: zona radiopaca con halo radiolúcido posible diente incluido, 17: aparentemente sano, 16: aparentemente sano, 27: aparentemente sano, 26: aparentemente sano, 37: aparentemente sano, 36: aparentemente sano, 47: aparentemente sano, 46: aparentemente sano.
- **Zona de premolares:** 15: aparentemente sano, 14: aparentemente sano, 25: aparentemente sano, 24: aparentemente sano, 35: aparentemente sano, 34: aparentemente sano, 45: aparentemente sano, 44: aparentemente sano.
- **Zona de caninos:** 13: aparentemente sano, 23: aparentemente sano, 33: aparentemente sano, 43: aparentemente sano.
- **Zona de incisivos:** 12: aparentemente sano, 11: aparentemente sano, 22: aparentemente sano, 21: aparentemente sano, 32: aparentemente sano, 31: aparentemente sano, 42: aparentemente sano, 41: aparentemente sano.
- **Descripción radiográfica de la patología:** Radiográficamente la lesión central aparece dentro del ángulo mandibular en el lado izquierdo, como una masa radiopaca densa bien

circunscrita a la cual no se le distingue hueso de cicatrización; con diagnóstico preliminar de osteoma mandibular.

3.7 EXAMENES COMPLEMENTARIOS (ANEXO 3)

Se hizo interconsulta con nutrición.

Peso : 37.3 Kg. Peso ideal: 45 Kg.

Talla : 1.50 m. Talla ideal: 1.60 m.

E: 14 $\hat{=}$ 9 m[^]

- Diagnóstico nutricional: Desnutrición aguda leve
- Reporte exámenes de laboratorio:

Hematocrito → 45

Hemoglobina → 14.3

Glicemia → pre: 63 post: 73

BUN → 9.8

Creatinina: 0.6

3.8 DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

- **Generales:** paciente con desnutrición aguda leve.

Orales

- **Periodontales:** gingivitis leve inducida por placa bacteriana.
- **Dentales:** paciente sano
- **Oseos:** osteoma mandibular.

3.9 PLAN DE TRATAMIENTO

Remoción quirúrgica de masa tumoral bajo anestesia general.

3.3 DESCRIPCION QUIRÚRGICA (ANEXO 5)

El procedimiento se llevó a cabo en quirófano, bajo anestesia general con intubación orotraqueal donde se delimitó la lesión y se realizaron infiltraciones con lidocaína al 1% con vasoconstrictor diluída al medicamento; demarcación del sitio de incisión teniendo en cuenta los reparos anatómicos, luego se realizó la incisión tipo Risdon de 5 cm. ; se abrieron planos de piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis cutánea de cuello, periostio y se ubicó la masa tumoral; se marco la lesión con azul de metileno, se realizaron osteotomías superior, anterior y posterior y con cincel se retiró la lesión. Se hizo remodelado y remoción del hueso irregular y se sutura por planos con Dexon 4.0 y Prolene 5.0 .

Se premedica con: Amoxicilina Cap. 500 mg #21 tomar 1/c8h por 7 días, Ibuprofeno Grag. 600 mg #20 tomar 1/c8h por 5 días, hielo en la zona quirúrgica y se controla a los 8 días después de la cirugía.

BIBLIOGRAFIA

- Banks Peter M., Patología para el cirujano, 1998, páginas 324-330
- Chen Yuk-Kwan, Oral and Maxillofacial Surgery, 1998, Volumen 27, páginas 222-223
- Donado Manuel, Cirugía Bucal, Patología y Técnica, 2da Edición, 1998, páginas 627-631.
- Frölich Michael, Journal Anesthesiology 2000, volumen 92, páginas 261-262
- Kondoh, Toshirou, Journal Oral and Maxillofacial Surgery, 1999, volumen 57, páginas 709-713
- Lesson, Lesson, Histología General, 1999
- Philip J., Patología Oral Maxilofacial Contemporánea, 1998, páginas 106-108
- Raspall Guillermo, Cirugía Maxilofacial, Patología Quirúrgica de la Cara, Boca, Cabeza y Cuello, 1997, páginas 243-245.
- Rigezi Joseph, Oral pathology, Clinical pathology Correlations, 3^{ra} Edición, 1999, páginas 362-370.
- Rigezi Joseph, Patología bucal Correlaciones clinicopatológicas, 3^{ra} Edición, 2000, páginas 323-354 a 355, 366 a 370, 395 a 397.
- Robins, Patología.
- Shafer, Tratado de patología bucal, 1986, páginas 163-166
- Roderick A. Cawson, Lucas 's Pathology of Tumors of the Oral Tissues, 5ta Edicion, 1998, páginas 169-174.

- W.L.Davis, Histología y embriología bucal 1988
- Wod Norman K., Diagnostico diferentes de las lesiones orales y maxilofaciales 5ta. edición, 1998, página 47.

ANEXO 1

**EXAMEN
EXTRAORAL**



**EXAMEN
INTRAORAL**



**EXAMEN
RADIOGRAFICO**



ANEXO 2



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL SAN RAFAEL

FUSAGASUGA

DESCRIPCION QUIRURGICA

Historia N° :	
Apellidos :	
Nombres :	Edad :
Servicio :	Cama :
Entidad :	

Fecha :	Hora :
---------	--------

Cirujano :	Firma :	R.M.:
Ayudante :	Instrumentadora :	
Tipo de Anestesia:	Anestesiólogo :	

Diagnóstico Preoperatorio :

Diagnóstico Post-operatorio :

Patología : (Muestra Enviada)

Operación Practicada :

Descripción de Hallazgos y Procedimientos Quirúrgicos :



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN RAFAEL
FUSAGASUGÁ

Hoja No.

No. de Historia Clínica

1er. Apellido

2o.

Nombre

Cama

Servicio

CONSTANTES VITALES

FECHA																											
DÍAS HOSPITAL																											
DÍAS POST. OP.																											
				AM			PM			AM			PM			AM			PM			AM			PM		
				4	8	12	4	8	12	4	8	12	4	8	12	4	8	12	4	8	12	4	8	12	4	8	12
35	8	166	68																								
34	6	162	66																								
33	4	158	64																								
32	2	154	62																								
31	41	150	60																								
30	8	148	58																								
29	6	142	56																								
28	4	138	54																								
27	2	134	52																								
26	40	130	50																								
25	8	126	48																								
24	6	122	46																								
23	4	118	44																								
22	2	114	42																								
21	39	110	40																								
20	8	106	38																								
19	6	102	36																								
18	4	98	34																								
17	2	94	32																								
16	38	90	30																								
15	8	86	28																								
14	6	82	26																								
13	4	78	24																								
12	2	74	22																								
11	37	70	20																								
10	8	66	18																								
9	6	62	16																								
8	4	58	14																								
7	2	54	12																								
6	36	50	10																								
5	8	46	8																								
4	6	42	6																								
3	4	38	4																								
2	2	34	2																								
1	35	30	0																								
Peso																											
Eliminación de Orina C.C.																											
No. de Deposiciones																											
Vómito C.C.																											
Succión o Drenaje C.C.																											
Líquidos Parenterales C.																											
Líquidos Orales C.C.																											
Dieta																											
Drogas																											

La Tensión Arterial se lee en negro, rayos verticales entre dos puntos que indiquen la tensión Sistólica y Diastólica.

ANEXO 3

Fecha: 01/03/2001

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA

HORA DE ADMISION No. 0000031142

Paciente: CLAUDIA EMILCE BETANCOURT MORENO No. Historia: 86062750776
 Identificación: T.I. 000086062750776 FGGA Fecha Nacimiento: 27 06/1967
 Empresa: SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Edad: 33 AÑ 6 Mes
 Dirección: CHINAUTA Carrera: 86062750776
 Sexo: FEMENINO Teléfono: Municipio: FUSAGASUGA
 Barrio: CHINAUTA Estrato: ESTRATO 0

Control Interno: Autorización: Tipo de Atención: CONSULTA
 Fecha Ingreso: 01/03/2001 00:00:00 No. Cama:

No. Remisión: Fecha Remisión:
 Acudiente: BLANCA CECILIA MORENO No. Afiliación:

Médico: Código de la Especialidad:
 Código Diagnóstico Ingreso: Tipo de Incapacidad:
 Código Diagnóstico Egreso:

Tipo de Incapacidad	(1) Conducta	(2) Comunicación	(3) Cuidado personal	(4) Locomoción	(5) Interacción del sujeto
	(6) Destreza	(7) Situación	(8) Determinada actitud	(9) Otras restricciones	(10) Sin Incapacidad
Grado de Incapacidad	(1) Leve	(2) Moderada	(3) Severa		
Origen de la Incapacidad	(1) Accidente trabajo	(2) Accidente tránsito	(3) Otro tipo accidente	(4) Evento catastrófico	(5) Lesión aguda
	(6) Lesión auto infligida	(7) Maltrato	(8) Enfermedad general	(9) Enfermedad profes	(10) Otra
Indicación Usuaría	(1) Embarazo primer trimestre	(2) Embarazo segundo trimestre	(3) Embarazo tercer trimestre	(4) No Embarazada	
Indicaciones	(1) Prescripción de medicamentos	(2) Ordenación de procedimientos diagnósticos	(3) Ordenación de otros servicios		
	(4) Remisión	(5) Interconsulta	(6) Orden de hospitalización	(7) Letra	(8) Ninguna
Tipo Diagnóstico	(1) Embarazo diagnóstico	(2) Confirmado nuevo	(3) Confirmado repetido		



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN RAFAEL
 FUSAGASUGÁ
 NIT. 890.680.025-1

EVOLUCIÓN DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

IDENTIFICACIÓN		
9	9	9
1er. apellido	2o. apellido (o de casada)	Nombres

Hoja No. 9
No. HISTORIA CLÍNICA

FECHA			DIENTE/CAVIDAD	CONCEPTO	VALOR	ABONO	SALDO
Día	Mes	Año					
19	02	01		<p>Maxilofeili Edad 4 años</p> <p>Historia Consulta: Plac en & Mandibular Izda. paciente con plac en & Mandibular Izda, con una evolucion eproximada de 1 año, con dolor que se incrementaba con el tecto, tamaño 4x4 cm, No pidiendo a planos profundos, IR = * Osteomas.</p> <p>Plan de Ho: programar Cirugía Estomatológica y Exams de Laboratorio, Inestet</p> <p>Nota Solerces</p> <p>Existe tumor al & Dnt para realiz cirugía, con cicatriz en cara, por rebr al & libela</p>			

x
 Blanca Moreno

ABRIL 5/01

NUTRICION:

E: 140 a.m.

Peso actual: 37.3 kg

Talla actual: 150 1/2 cm

PIE ideal: 53

Tle ideal: 160

PII ideal: 45 kg

Dx NUTRICIONAL: DNI aguda leve

Pl. SS laboratorios cel 91007 NO

ABRIL 18/01

NUTRICION.

Reporte LBTO:

HCTO 45 HB: 14.3

GLUCEMIA PRE 63 POST: 73

BUN 9.8 Creatinins 0.6

Pl. Dieta hipercalorica hiperproteica + complemento
control

cel 91007 NO

JUNIO 5/01 NUTRICION! NO contesto
cel



Nombre: _____

Apujano _____

Fecha: _____

PROCEDE

GNOS V

SPECTO

Qx.

SPECTO

NIVEL DE

ECNICA

ITIO INS

IRURGIA

ATOLOC

RANSFL

MEDICAM

DROGA:

DRENAJ

St

RECUEN

OTRAS.

So

ef

SE TER.



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL SAN RAFAEL

FUSAGASUGA

DESCRIPCION QUIRURGICA

Historia N° : 10510A	
Apellidos : Betancourth Moreno	
Nombres : Claudia Emilee	Edad : 15
Servicio : Maxilofacial	Cama :
Entidad :	

Fecha : 1-03-01	Hora : 9+50
-----------------	-------------

Cirujano : Dr. Dante	Firma : <i>Dante</i>	R.M.: 4225
Ayudante : TATIANA Ordóñez	Instrumentadora :	
Tipo de Anestesia : A. Arcaea	Anestesiólogo :	

Diagnóstico Preoperatorio :
OSTEOMA MANDIBULAR.

16518

Diagnóstico Post-operatorio :
OSTEOMA MANDIBULAR.

Patología : (Muestra Enviada)
SE REMITE A ESTUDIO HISTOPATOLOGICO.

Operación Practicada :
BIOPSIA y Resecion.

Descripción de Hallazgos y Procedimientos Quirúrgicos :

1. ASEPSIA Y ANTISEPSIA, INFILTRACION DE BILOCAINA al 1% con diluida al medio, incision submandibular a 1cm del borde inferior de la mandibula. Divulsion por planos, ubicacion de masa tumoral. Resecion, Remodelado de hueso, lavado profuso de la zona y Sutura por planos. Procedimiento sin complicaciones.

Dante
4225



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN RAFAEL
 FUSAGUIGUÁ
 NIT. 890.680.025-1

NOTAS DE ENFERMERÍA
SALAS DE CIRUGÍA

Nombre: claudia Belancourt Edad: 14 años

Cirujano Dr Duarte Anestesiólogo Arteaga

Fecha: Marzo 1 Hora de llegada: 8:25 am.

PROCEDENTE DEL SERVICIO DE: _____

SIGNOS VITALES: P: 86r' T.A: 120/80 R: 25² 99 T°: 36,5°C

ASPECTO FÍSICO: Llega pte caminando con bata
Qx. acompañada de aux de enf.

ASPECTO PSICOLÓGICO: Consiente - Ansiosa.

NIVEL DE CONCIENCIA: Alesta

TÉCNICA ANESTÉSICA UTILIZADA: General

SITIO INSTALACIÓN DE VENOCCLISIS: MSD.

CIRUGÍA REALIZADA: Resección Tumor Maxilar Izq

PATOLOGÍA: SÍ NO CLASE: Tumor

TRANSFUSIÓN DE SANGRE O DERIVADOS: _____

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS: _____

DROGA:	DCSIS:	VÍA:	HORA:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

DRENAJES, SONDAS, VENDAJES, MECHAS: _____

8:40 Inicia cirugía TA 86x47

RECuento de COMPRESAS: _____ COMPLETO: _____ INCOMPLETO: _____

OTRAS ANOTACIONES: 9:1/2 Termina cirugía T-A 92x50
Salie paciente para recuperación bajo
efectos de anestesia general

SE TERMINA EL ACTO QUIRÚRGICO A LAS 9:40 HORAS.

LÍQUIDOS ADMINISTRADOS			LÍQUIDOS ELIMINADOS						
HORA	CLASE	CANTIDAD	HORA	ORINA	S.N.G.	TenT	TUBOTÓRAX	VÓMITO	HEMOVAC.
9.	d. Frigida	1.000 cc							

































RECUPERACIÓN

Criterios de Evaluación		Al llegar	30	1H	Al salir del Servicio
1.	ACTIVIDAD MUSCULAR				
	Movi. voluntarios al ordenársela (4 extrem)	2	2	2	
	(2 extrem)	1			
	Completamente Inmóvil	0			
2.	RESPIRACIÓN				
	Respiraciones amplias	2	2	2	
	Respiraciones limitadas o disnea	1			
	Respiraciones no espontáneas - apnea	0			
3.	CIRCULACIÓN				
	T.A. (Normal)	2	110/70	106/66	
	Pulso Normal	2	102 x'	95 x'	
4.	CONCIENCIA				
	Completamente despierto	2	1	2	
	Somnoliento	1			
	No responde a estímulo auditivo	0			
5.	COLOR				
	Mucosas sonrosadas	2	2	2	
	Pálido	1			
	Cianótico	0			

EL PACIENTE SE TRASLADA AL SERVICIO Cx Ambulatoria A LAS 11:00 HORAS
 CON LOS SIGUIENTES DRENAJES Y CONEXIONES: _____

ANEXO 4

ODONTOGRAMA

															
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

CONVENCIONES:

S : SANO

— : SIN ERUPCIONAR

ANEXO 5

TECNICA QUIRURGICA



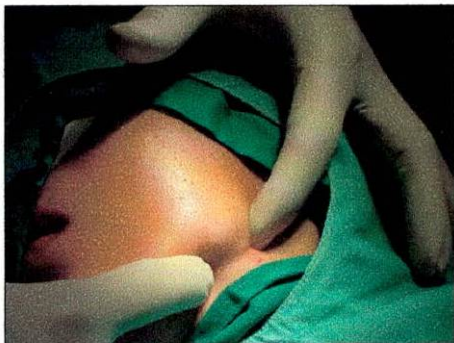
ETAPA 3



ETAPA 1



ETAPA 4



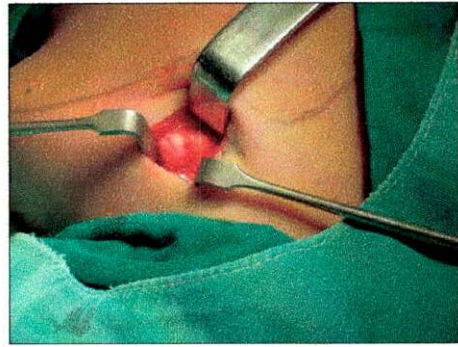
ETAPA 2



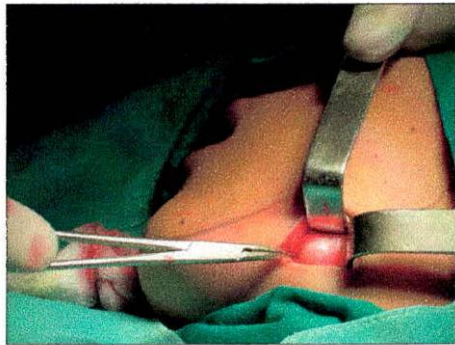
ETAPA 5



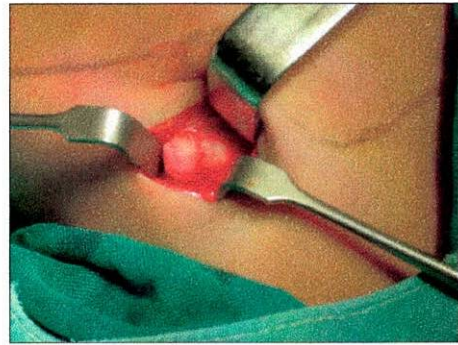
ETAPA 6



ETAPA 9



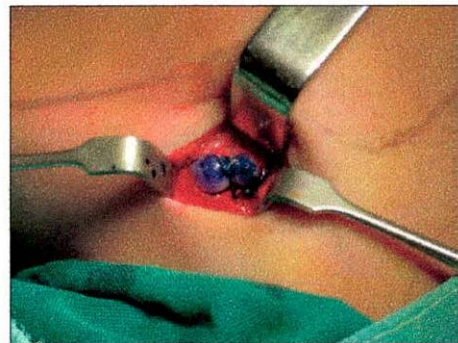
ETAPA 7



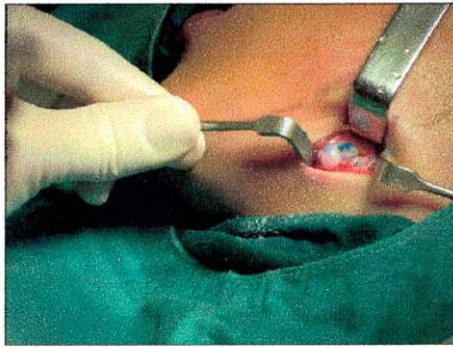
ETAPA 10



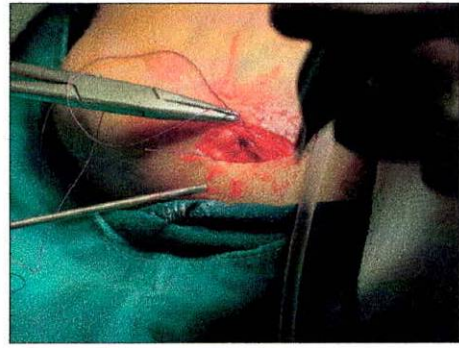
ETAPA 8



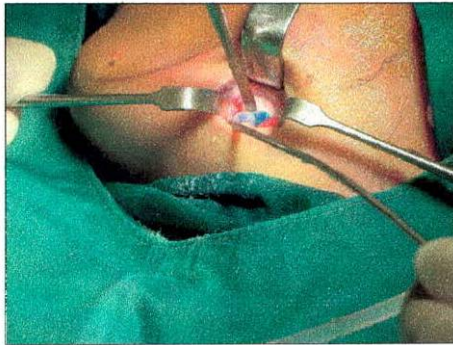
ETAPA 11



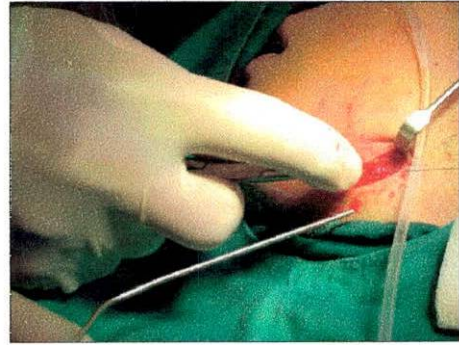
ETAPA 12



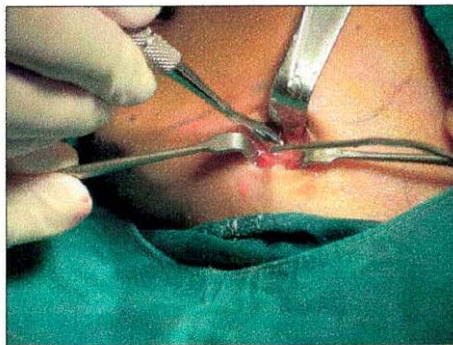
ETAPA 15



ETAPA 13



ETAPA 16



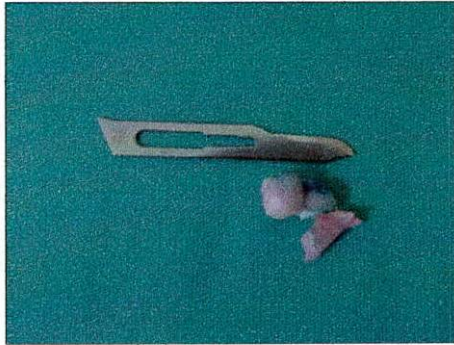
ETAPA 14



ETAPA 17



ETAPA 18



ETAPA 19