

00631

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

**DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO AMELOBLASTOMA
MIXOMA Y QUERATOQUISTE.**

PRESENTADO POR:

ADRIANA DOMINGUEZ ARIZA

COD. 892071

MARCELO SEGURA

COD. 901135

CLAUDIA CARDONA ECHEVERRY

COD. 902047

SANTAFE DE BOGOTA, OCTUBRE 8 DE 1997

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

**DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO AMELOBLASTOMA
MIXOMA Y QUERATOQUISTE.**

**PRESENTADO POR:
ADRIANA DOMINGUEZ ARIZA
MARCELO SEGURA
CLAUDIA CARDONA ECHEVERRY**

**PRESENTADO A:
DR. JORGE ARANGO MEJIA
DECANO
DR. FREDY OSORIO
DIRECTOR DE CLINICAS**

**TUTOR:
DR. LEONARDO CALVACHE
CIRUJANO MAXILOFACIAL**

SANTAFE DE BOGOTA, OCTUBRE 8 DE 1997

A NUESTRAS MADRES, QUE CON SU DEDICACION Y ESmero, CON SU CORAZON GRANDE E INCANSABLE RECORRIERON CON NOSOTROS, PASO A PASO, ESTE GRAN CAMINO QUE NOS CONDUCE A ESA META Y NOS CONVERTIRAN EN LOS ODONTÓLOGOS DEL FUTURO.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	PAG.
I. AMELOBLATOMA	2
I.a. DEFINICION	2
I.b. ETIOLOGIA	2
I.c. CARACTERISTICAS CLINICAS	3
I.d. MEDIOS DE DIAGNOSTICO	3
I.e. HALLAZGOS RADIOGRAFICOS	4
I.f. HALLAZGOS HISTOLOGICOS	4
I.f.1. CLASIFICACION HISTOLOGICA	5
I.g. DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES	6
I.g. TRATAMIENTO	7
II. QUERATOQUISTE	8

II.a. DEFINICION	8
II.b. ETIOLOGIA	8
II.c. CARACTERISTICAS CLINICAS	9
II.d. MEDIOS DE DIAGNOSTICO	9
II.e. HALLAZGOS RADIOGRAFICOS	10
II.f. HALLAZGOS HISTOLOGICO	11
II.g. DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES	12
II.h. TRATAMIENTO	12
III. MIXOMA	13
III.a. DEFINICION	13
III.b. CARACTERISTICAS CLINICAS	14
III.c. MEDIOS DE DIAGNOSTICO	14
III.d. HALLAZGOS RADIOGRAFICOS	14
III.e. HALLAZGOS HISTOLOGICOS	14

III.f. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	15
III.g. TRATAMIENTO	15
IV. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	15
IV.a. QUISTECTOMIA TOTAL	16
IV.b. QUISTECTOMIA PARCIAL	16
IV.c. MARSUPIALIZACION	17
IV.d. ENUCLEACION	17
IV.e. RESECCION	17
V. DISCUSION	18
VI. CONCLUSIONES	19
VII. BIBLIOGRAFIA	20

INTRODUCCION

Conscientes en la importancia de un tratamiento adecuado , en aquellas patologias que pueden producir una deformidad facial y en consecuencia una alteracion del sistema estomatognatico, se recopilo la informacion necesaria , de algunas patologias que sin ser malignas pueden llegar a causar mucho daño en el sistema.

El ameloblastoma , tumor odontogeno benigno de origen epitelial, deformante , agresivo, puede llegar a producir metástasis y en algunos casos recurrencia. El queratoquiste, tumor de la region bucal que puede originarse de cualquier quiste preexistente , teniendo en cuenta que el patron histologico los diferencia de aquellos. El mixoma odontogenico, es un tumor mesenquimatoso, benigno agresivo y puede presentar recurrencia.

La recurrencia y la agresividad de estas patologias , nos hacen pensar en la importancia de un diagnostico precoz y asi poder evitar en el paciente una deformidad facial, la cual no solo va afectar su funcion sino su estetica y su estado emocional. Teniendo en cuenta estos aspectos, es importante determinar un excelente tratamiento, encaminado a suplir todos los requerimientos del paciente.



I. AMELOBLASTOMA

I.a. DEFINICION

El ameloblastoma, es una neoplasia comun o tumor benigno de crecimiento local, persistente en la zona maxilofacial, 80 de cada 100 afectan principalmente la mandibula y el 13% estan asociados a un diente incluido siendo la rama de la mandibula el sitio de mayor prevalencia, 13 de cada 20 que ocurren en el maxilar superior se presentan mas frecuentemente en la tuberosidad. Esta es una patologia agresiva, recurrente, de crecimiento invasivo, destructivo, produce asimetria facial, reabsorcion de hueso y dientes, asi como esfoliarlos o desplazarlos, en ocasiones puede llegar a causar la muerte del paciente de presentarse recurrencia , ya que cada vez es mas agresiva .

I.b. ETIOLOGIA

Esta patologia, es de origen epitelial y puede surgir de cualquier fuente de epitelio odontogeno, dentro de los cuales se incluye el organo del esmalte, restos odontogenos (restos de malases, restos de serres) epitelio reducido del esmalte y la capsula epitelial de los quistes odontogenos, en especial del quiste dentigero.

I.c MANIFESTACIONES CLINICAS

Clinicamente la mayoría de los pacientes (70 %) presentan un lento crecimiento con inflamacion, no es una patologia dolorosa, aunque algunos pacientes presentan dolor, por ser asintomatica la enfermedad se enmascara en sus primeros estadios lo cual lleva a que avance hasta llegar a producir una expansion de la mandibula con deformacion facial. Esta patologia se descubre durante examenes radiograficos de rutina. Dentro de sus signos y sintomas podemos encontrar dismorfismo facial , inflamacion (75%), dolor (33%) , maloclusion , movilidad dentaria, ulceraciones y enfermedad periodontal. Esta lesion aparece a cualquier edad, desde la niñez hasta la edad adulta , predomina en la cuarta y quinta decada de la vida, la edad promedio es 35 a 45 años. No tiene predileccion de sexo.

I.d.MEDIOS DE DIAGNOSTICO

Las radiografias y la localizacion del ameloblastoma son factores importantes para un correcto diagnostico. Dentro de las radiografias podemos encontrar una radiografia periapical , una panoramica , una tomografia computarizada convencional , (ct's), imagenes de resonancia magnetica (m r 's), radiografias , anteroposterior y lateral , del craneo y mandibula , son tambien tenidas en cuenta.

I.e. HALLA ZGOS RADIOGRAFICOS

Tipicamente el ameloblastoma es una lesion osteolitica bien definida, que inicialmente tiene una apariencia unilocula , en estadios mas avanzados se ve unilocular expansiva, con reabsorcion de las raices contiguas y puede estar o no asociado a un diente incluido. En los casos en que hay desmoplacia del tejido conectivo, las margenes radiograficas de la lesion son difusas.

I.f. HALLAZGOS HISTOLOGICOS

La mayoría de los ameloblastomas pericoronarios surgen del recubrimiento epitelial odontogeno de los quistes. La primera manifestacion de transformacion maligna se caracteriza por la polarizacion de celulas basales, el desplazamiento superior de los nucleos, el hipercromatismo y la vacuolizacion citoplasmatica, delgados rebordes reticulares semejantes a tubos , se extienden al interior de la pared fibrosa y la capa espinosa que lo recubre se parece al reticulo estrellado.

Los ameloblastomas no son tumores encapsulados histologicamente.



I.f.1. CLASIFICACION HISTOLOGICA

Los ameloblastomas presentan dos patrones convencionales , el folicular y el plexiforme, siendo el mas comun el primero.

Ameloblastoma folicular : esta compuesto de tejido conectivo fibroso maduro, con islas de elementos epiteliales.

Ameloblastoma plexiforme:de igual forma que el folicular, presenta tejido conectivo fibroso maduro con cordones de elementos epiteliales.

Tambien puede presentar cuatro grupos caracteristicos , el ameloblastoma uniuquistico , solido o multiquistico , periferico y maligno.

Ameloblastoma uniuquistico : es esencialmente una lesion quistica con proliferacion intraluminal de la capa que recubre el quiste. microscopicamente presenta tres cualidades significativas, celulas cilindricas parecidas a los ameloblastomas que ocupan las celulas basales , nucleos hipercromaticos teniendo una vacuola citoplasmatica atipica que son polarizadas desde la lamina basal, un reticuloestrellado similar a la capa epitelial del ameloblastoma basilar. Este tipo es menos agresivo que el solido.

Ameloblastoma Multiquistico o Solido: puede llegar a crecer hasta un punto significativo , estos pueden infiltrarse dentro de estructuras adyacentes incluyendo sitios intracraneales y aun tener la habilidad de recurrir o producir metastasis . Este ocurre significativamente en grupos de edad mayor que los uniuisticos, la mayoría de los casos envuelven la mandibula, presentandose en pocos casos en el maxilar superior. Microscopicamente estas lesiones pueden exhibir unos patrones variables. Tiene muy mal pronostico.

Ameloblastoma periferico: es la version del ameloblastoma central intraoseo en tejidos blandos. Este ocurre en la mucosa alveolar, el hueso puede estar envuelto debido a la erosion secundaria. Este tipo de tumor es raro.

Ameloblastoma maligno: es una entidad tambien rara , Elzay y Corio , definen esta lesion como un ameloblastoma el cual hace metastasis en forma silenciosa, teniendo su caracteristica clasica al microscopio.

I.g. DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

Puede limitarse a tres categorias de enfermedad mandibular. Tumor odontogeno, quistes y lesiones benignas no odontogenas , entre los tumores odontogenos tenemos , tumor odontogeno epitelial calcificante (TOEC) , mixoma odontogeno , quiste dentigero queratoquiste odontogenico.

En individuos jóvenes desde el punto radiográfico encontramos, lesiones no odontogénicas, granuloma central de células gigantes, fibroma osificante, hemangioma central y algunas veces histiocitosis idiopática.

Desde el punto de vista histológico en ocasiones los ameloblastomas se deben distinguir de adenocarcinomas y carcinomas de células escamosas que se originan en el seno maxilar.

I.h. TRATAMIENTO

El tratamiento para este tipo de patología es básicamente quirúrgico, ya que el tumor es radioresistente. Existen dos razones por las cuales no se debe usar la radiación ya que puede representar la transformación del ameloblastoma original en un carcinoma ameloblastico o la inducción de un sarcoma post-irradiación a la irradiación local.

El tratamiento de elección es una excisión en bloque aunque las lesiones unicísticas pequeñas pueden tratarse con enucleación lo importante y recomendable de la elección del tratamiento, es que se realice de la mejor manera para evitar la recurrencia de este, ya que el ameloblastoma tiene la característica, que su agresividad aumenta con cada recurrencia.

II. QUERATOQUISTE ODONTOGENICO

II.a.DEFINICION

Es tambien llamado quiste primordial, se presenta en lugar de un diente debido a la degeneracion quistica del organo del esmalte. Philipsen introdujo este termino en 1956, y sus caracteristicas clinicas y radiograficas fueron decritas por Pindborg, y Hensen en 1963.

Se denomina queratoquiste, cualquier quiste de la mandibula o maxilar que contenga queratina.

La incidencia de este quiste odontogenico esta dentro de la segunda y tercera decada de la vida , pero se puede presentar en cualquier edad, no existe predileccion de raza ni sexo. El queratoquiste odontogenico se puede presentar como una lesion solitaria o como lesiones multiples.

II.b.ETIOLOGIA

Se acepta que su origen sea de restos de la lamina dental localizados en la mandibula o maxilar superior ,tambien puede derivarse de una extencion del componente de celulas basales del epitelio bucal que lo cubre.

II.c. MANIFESTACIONES CLINICAS

Los queratoquistes odontogenicos , raramente se observan en maxilar superior, predominan en la region mandibular en relacion de 2 a 1 o 4 a 1 , siendo la localizacion mas comun, la region posterior del cuerpo y la rama de la mandibula, cuando afecta al maxilar superior se localiza principalmente en la zona del tercer molar y con menos frecuencia en la region canina, como se han observado en reportes comunes que en el seno maxilar su incidencia es sugerida de ser menor al 1% de todos los queratoquistes. Su crecimiento es rapido y sin dolor, presenta hinchazon y drenaje intraoral que estan descritos como los primeros sintomas de la lesion. Otros sintomas incluyen: erosion osea o expansion del hueso, parestesia y dolor o incomodidad, no presenta sensibilidad a la palpacion ni a la percusion. El queratoquiste puede ocurrir como una lesion solitaria o lesiones multiples, siendo mas recurrentes estas ultimas.

II.d. MEDIOS DE DIAGNOSTICO

Generalmente este tipo de patologias se descubren por examenes de rutina despues de haberse tomado una radiografia periapical o panoramica, la importancia de hacer un rastreo con tomografia computarizada es significativa y trae muchas ventajas ya que en esta

se definen bordes y provee conocimientos de los contenidos de las lesiones y una vista tridimensional del area del interes especifico.

En 1973 , Hounsfield desarrollo un diagnostico radiografico, la tomografia computarizada, y es conveniente utilizar esta tecnica para obtener una mayor exactitud en el diagnostico.

La tomografia computarizada es una imagen bidimensional producida por una serie de calculos algoritmicos derivados de la medicion de la atenuacion de rayos x en un set finito de proyecciones del objeto tridimensional.

Generalmente cortes de 5 a 10 mm son obtenidos sobre un arco de 180 a 360 grados por una serie de exposiciones radiograficas. Los datos son procesados por una computadora y transformados de ecuacion a una imagen, sobre un tubo de rayos catodicos o remplazados sobre hojas transparentes de una pelicula radiografica convencional, los datos pueden ser almacenados digitalmente sobre un medio magnetico, para preservar detalles del tejido blando y permitir la diferenciacion de tejidos y densidades de fluido.

II.e. HALLAZGOS RADIOGRAFICOS

Radiograficamente los queratoquistes odontogenicos usualmente son confundidos con quistes dentigeros o ameloblastomas ya que son lesiones radiolucidas uniloculares bien definidas y presentan bordes radiopacos delgados , que llegan a presentar zonas multiloculares especialmente en lesiones grandes.

Los queratoquistes odontogenicos no contienen características radiograficas distinguidas, es frecuentemente considerado clinica y radiograficamente de ser un ameloblastoma, debido a que ambos pueden causar reabsorcion externa de los dientes y expansion del hueso.

Al rededor del 30% de las lesiones del maxilar, provoca expansion vestibular mas que palatina y en el maxilar inferior el 50% presenta crecimiento vestibular y la tercera parte crecimiento lingual.

II.f. HALLAZGOS HISTOLOGICOS

El tejido conectivo fibroso de la pared del quiste es delgado y no suele presentar infiltracion por celulas inflamatorias, su revestimiento epitelial generalmente presenta un grosor uniforme, el estrato superficial es desigual o corrugado y posee una capa superficial para queratinizada que a menudo presenta descamacion individual o en grupos en la luz del quiste, esta luz puede contener grandes cantidades de restos de queratina o liquido claro similar a un transudado seroso. Presenta una capa basal palizada de celulas hipercromaticas.

Entre el 85 % y 95% de los queratoquistes odontogenicos son de tipo paraqueratinizados y el resto corresponde a la variante ortoqueratinizada.

Las variaciones histologicas del queratoquiste paraqueratinizado incluyen la proyeccion de la capa basal del epitelio hacia el tejido conectivo.

II.g. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Dentro del diagnostico del queratoquiste, debemos tener en cuenta que por su apariencia radiografica existen muchas patologias que nos hacen pensar en otros diagnosticos, clinicamente la expansion e inflamacion acompaña a casi todas las alteraciones de la mucosa gingival. Por tal motivo es importante en los exámenes de rutina de diagnostico, hacer una biopsia para poder diferenciarlo de diagnosticos logicos como: quiste oseo traumatico, granuloma central de celulas gigantes, quiste periodontal lateral y diversas formas de quistes fisurales, el quiste odontogenico periferico el cual presenta un revestimiento considerado generalmente no queratinizado, debe estar incluido dentro del diagnostico ya que en la literatura se han reportado casos raros de quistes gingivales del adulto que presentan un revestimiento epitelial queratinizado, este ocurre mas frecuentemente en la encia adherida y la mucosa alveolar, clinicamente aparece como un modulo circunscrito, tenso algunas veces fluctuante, amenudo azuloso y su localizacion principalmente es el vestibulo de los primeros molares, ocasionalmente este quiste causa alguna reabsorcion del hueso subyacente siendo esto muy poco comun.

II.h. TRATAMIENTO

El queratoquiste debe ser tratado de una manera muy especial ya que tiene un potencial muy alto de recurrencia, su tratamiento es completamente quirurgico.

La exsición del queratoquiste acompañado de un meticuloso curetaje del tejido que lo rodea son esenciales para prevenir la reaparición, la capsula fibrosa del quiste esta caracterizada por ser muy delgada y friable, por tal motivo la exsición de esta puede ser difícil si la capsula ha perforado hueso o tejido blando (en un 50 % de los casos).El otro 50 % la enucleación es irreparable debido a las suaves paredes de la cavidad ósea.

La enucleación, por medio de una operación Cadwell luc es utilizada para retirar la lesión en algunos casos.

La descompresión causa una reducción en el volumen del quiste con una nueva formación del hueso.

Dentro del tratamiento se debe hacer una incisión bajo anestesia local y una biopsia del espécimen formado de la pared del quiste, posteriormente se inserta un tubo de polietileno de una longitud pequeña en un promedio de 1.6 mm a 2.3 mm , y lo mas corto que sea posible, debe ser tan ajustable que solo penetre en la membrana mucosa de la gingiva, hueso y la pared del quiste. La sutura puede ser removida aproximadamente dos semanas después, tiempo durante el cual los pacientes tienen la capacidad de lavar la cavidad dos a tres veces al día con enjuagues de clorhexina, usandolo con una jeringa. El tiempo optimo para la remoción del drenaje esta determinado por la reducción radiográfica del lumen del quiste.

Entre las posibles causas de recurrencia se sugiere la persistencia de pequeños fragmentos epiteliales o satélites debido a que la pared del tejido conectivo es delgada y friable, por esta razón es muy importante el seguimiento del paciente en el tratamiento de la lesión ya

que de esta forma puede detectarse cualquier quiste recurrente en etapas iniciales, los grados de recurrencia van del 11 % al 62 % de los casos por eso se debe recomendar el monitoreo pos-operatorio una vez al año durante 5 años.

La mayoría de las lesiones recurrentes se observan después de 5 años el tratamiento inicial, algunos casos pueden producir recurrencia durante el primer año después de haberse realizado la cirugía, y un gran número de pacientes lo pueden reportar después de 8 o más años.

Hay estudios que indican que los pacientes con queratoquistes múltiples poseen una tasa de recurrencia mayor que la de aquellos que presentan queratoquistes únicos, 35% a 10% respectivamente. En este caso es necesario excluir el síndrome carcinoma nevoide de células basales, caracterizado por múltiples queratoquistes.

III. MIXOMA ODONTOGENICO

III.a. DEFINICION

Es un tumor benigno de origen mesenquimatoso, infiltrante, agresivo y que puede presentar recurrencia.

III.b. CARACTERISTICAS CLINICAS

Esta patologia afecta individuos desde los 10 a los 50 años. No presenta predileccion por sexo y se presenta en ambos maxilares. Sus características principalmente son iguales a las descritas en el ameloblastoma odontogenico y queratoquiste.

III.c. MEDIOS DE DIAGNOSTICO

Se incluyen radiografias periapicales, panoramicas, tomografia convencional, imagenes de resonancia magnetica, radiografias anteroposterior y lateral de craneo y mandibula.

III.d. HALLAZGOS RADIOGRAFICOS

Se ve como una lesion radiolucida bien circunscrita y en algunas ocaciones puede presentarse como una lesion difusa.

III.e. HALLAZGOS HISTOLOGICOS

Este tumor se compone de tejido conectivo mixomatoso blando, acelular, aparecen fibroblastos y miofibroblastos benignos

con cantidades variables de colageno , en una matriz de mucopolisacaridos e islas de hueso.

III.f. DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

La pulpa y el tejido normal que rodea un diente embrionario o maduro referido, puede simular un mixoma , tambien dentro de un diagnostico logico podemos encontrar el ameloblastoma odontogenico. Es importante tener en cuenta los antecedentes clinicos en la radiografia para establecer un diagnostico adecuado.

III.g. TRATAMIENTO

Debido a su consistencia blanda y gelatinosa, la extirpacion quirurgica es el mejor tratamiento. Su pronostico es bueno a pesar de la ligera agresividad y la moderada tasa de recurrencia.

IV. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

La eleccion de un determinado metodo quirurgico dependera de la localizacion, el tamaño y proximidad a estructuras vecinas. Dentro de las tecnicas quirurgicas de eleccion encontramos :

Quistectomia parcial o tecnica de Partsch I
Quistectomia total o tecnica de Partschs II
Antrostomia de Caldwell-Luc
Maxilectomia parcial
Maxilectomia total
Hemimandibulectomia
Resecion en bloque
Enucleacion
Marsupializacion seguida de enucleacion
Enucleacion con cureta

QUISTECTOMIA TOTAL :

Consiste en la extirpacion completa de la capsula quistica y el posterior cierre de la cavidad mediante la sutura del colgajo mucoperiostico.

QUISTECTOMIA PARCIAL :

Esta tecnica se basa en la apertura quirurgica del quiste y su comunicacion con el resto de la cavidad oral. Una variante de este metodo es la marsupializacion .

MARSUPIALIZACION :

Es la creacion de una ventana quirurgica en la pared del quiste evacuando su contenido y manteniendo continuidad entre el quiste y la cavidad oral. Este proceso disminuye la presion intraquistica y promueve la disminucion en el tamaño del quiste . Esta es utilizada como terapia unica o previa a la enucleacion.

ENUCLEACION :

Es el retiro de la totalidad de la lesion quística sin ruptura de su epitelio.

RESECCION :

Es la remosion de un tumor atravez de una incision de los tejidos no involucrados al rededor del tumor. Es conocida como reseccion en bloque.

Teniendo en cuenta la cantidad de tejido retirado se divide en :

RESECCION MARGINAL O SEGMENTAL : Es la reseccion de un tumor sin interrumpir la continuidad del hueso.

RESECCION PARCIAL : Es la remosion de una porcion de espesor total de la mandibula, que puede variar de un defecto de continuidad pequeño a una hemimandibulectomia. La continuidad de la mandibula es interrumpida.

RESECCION TOTAL : Remosion total del hueso involucrado, por ejemplo una maxilectomia y mandibulectomia .

RESECCION COMPUESTA : Resecion de un tumor con hueso, tejidos blandos adyacentes y canales nodulares linfaticos contiguos (este es un procedimiento disponible ,usado mas comunmente para tumores malignos.)

CONCLUSIONES

Estas patologías afectan principalmente mandíbula que al maxilar superior, pueden llegar a producir deformación facial de no ser diagnosticadas y tratadas a tiempo.

Su apariencia es muy similar ya que son uniloculares inicialmente radiolúcidas y en estadios más avanzados pueden presentarse multiloculares.

Cada una de estas patologías deben ser tratadas de acuerdo al tamaño y agresividad de la lesión .

Tener en cuenta que al retirar la lesión debe tenerse un margen de seguridad suficiente ya que estas son expansivas y tienen un alto grado de recurrencia.

Hacer un monitoreo o control radiográfico después del tratamiento durante los primeros 5 años, para detectar a tiempo una posible recidiva.

DISCUSION

Estas patologías son de mucho interés ya que por su crecimiento lento y por ser inicialmente asintomáticas, tienen la característica de enmascararse y llegar a diagnosticarse en un estadio ya muy avanzado, el cual puede llegar a causar una deformidad facial.

Exámenes de rutina nos hacen pensar que la enfermedad está presente, y por medio de una biopsia, poderlo confirmar.

Después de hacer un cuidadoso examen clínico, radiográfico e histológico para comprobar un diagnóstico tal como Mixoma, Ameloblastoma o Queratoquiste, es importante entrar a estudiar cuidadosamente un plan de tratamiento ideal, para evitar que la lesión pueda producir una reaparición, la cual cada vez es más agresiva.

El tratamiento utilizado será determinado, por el tamaño, la localización y las estructuras vitales adyacentes a la lesión.

RECOMENDACIONES

Es importante en el tratamiento de patologías orales utilizar todo medio de diagnóstico que este a nuestro alcance, radiografías, tc, imágenes de resonancia magnética, biopsias, para poder entrar a un diagnóstico definitivo exacto y poder realizar un plan de tratamiento ideal, el cual puede restablecer todas las funciones que se buscan dentro del tratamiento.



BIBLIOGRAFIA

RASPALL, Guillermo. , Cirugia Maxilofacial ,
Mallorca España, febrero 1997
editorial medica panamericana. pag 254-256.

VELEZ , Ines., Tribuna Odontologica, vol 3 No 5
Bogota Colombia, 1995. pag 39-41.

MARTINEZ, Ernesto, Tribuna Odontologica, vol 3 No 9
Bogota Colombia, 1996. pag 9-12.

MARKER, Peter, Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology,
U.S.A, agosto 1996, vol 82 No 2, pag 122-130.

FERREIRA, Maria, Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology,
U.S.A., january 1996. vol 81 No 1. pag 79-83.

GARDNER, David, Oral Surgery, Oral medicine and Oral Pathology,
U.S.A, december 1996, vol 82 No 6, pag 660-669.

REGEZI, Joseph, Patologia Bucal,
Mexico , abril 1993 ,
Interamericana , S.A. pag 356, 362, 202-204, 328-331.

ELLIS,Edward, Surgical Management of Oral Pathologic Lesions,
U.S.A. 1991, pag 526-546.