



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE TUMORES ÓSEOS BENIGNOS EN
PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA DE ADMISIÓN DE
LA FO UNAM, DURANTE EL PERIODO
FEBRERO – MARZO DEL 2007**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

FERNANDO AUGUSTO GALLARDO PONCE DE LEÓN

DIRECTORA: MTRA. MARÍA DE LOURDES ERIKSEN PERSSON

MÉXICO, D. F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis padres:

Por ser lo que son en mi vida, por ser parte de mi,
por darme la oportunidad de existir,
por enseñarme lo mejor de ustedes,
por acompañarme en mis fracasos,
por estar en mis logros.

Por su confianza, por su amor,
por su comprensión, por no quebrar aunque
quebrados estén, por ser mi razón de seguir.

Por superarse día con día, por ser
las personas que son.

Simplemente por ser mis padres.

Gracias los amo.



ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN.....	5
1.- ANTECEDENTES.....	8
1.1 Tumores y lesiones del hueso.....	9
1.2 Características clínicas normales del periodonto.....	10
1.2.1 Características anatómicas de la mandíbula.....	12
1.2.2 Características radiológicas de la mandíbula.....	15
1.2.3 Características anatómicas del maxilar.....	16
1.2.4 Características radiológicas del maxilar.....	19
1.3 Definiciones patológicas de los tumores óseos benignos.....	20
1.3.1 Osteoma.....	20
1.3.2 Displasia fibrosa.....	22
1.3.3 Displasia fibrosa juvenil.....	26
1.3.4 Exostosis.....	28
1.3.5 Fibroma cementificante osificante.....	29
1.4 Estado del arte.....	33
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	37
3. JUSTIFICACIÓN.....	38
4. OBJETIVOS.....	39
4.1 Objetivos generales.....	40
4.2 Objetivos Específicos.....	40
5. METODOLOGÍA.....	40
5.1 Material y método.....	40
5.2 Tipo de estudio.....	40
5.3 Población de estudio y muestra.....	40
5.3.1 Criterios de inclusión.....	41



5.3.2 Criterios de exclusión.....	41
5.3.3 Variables de estudio.....	41
5.3.4 Operacionalización de las variables.....	41
5.3.5 Análisis estadístico.....	41
5.3.6 Recursos.....	42
6. RESULTADOS.....	43
7. DISCUSIÓN.....	50
8. CONCLUSIONES.....	51
9. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	52
10. ANEXOS.....	55



INTRODUCCIÓN:

Los tumores óseos benignos también conocidos como exostosis, hiperostosis o excrescencias nodulares, son protuberancias óseas benignas que tienen diferentes localizaciones, dependiendo del tumor muchas veces es la localización. De manera frecuente estos crecimientos abarcan la lámina ósea, en la cara lateral del maxilar, así como la porción palatina del mismo; y sobre el cuerpo de la mandíbula en su cara anterior y posterior. Estos crecimientos anormales nunca alcanzan la porción alveolar de ningún hueso. (1)

El tipo de exostosis intraoral más descrito y por ende más común es el torus, pero para fines de esta tesina, esta entidad será excluida tomando para este estudio solo las entidades que pertenezcan al género de tumores benignos, como son:

- Osteoma
- Fibroma cementificante osificante
- Displasia fibrosa
 - a) Displasia fibrosa juvenil
- Exostosis (como patología independiente).

Estas alteraciones óseas se consideran de crecimiento lento a lo largo de la vida o en ciertos casos solo se desarrollan en la etapa de crecimiento del hueso en cuestión.

Este crecimiento es controlado en sus etapas crónicas, lo que no sucede en sus etapas agudas, ya que en algunas de estas lesiones pueden existir asimetrías causadas por el crecimiento excesivo de los huesos.

Las condiciones de este crecimiento son variadas, hay unas que son atribuidas a la genética, otras a la fuerza de la masticación, factores del ambiente, o al tipo de alimentación.



Las edades de prevalencia de estas entidades se especula que oscila entre los 10 años y puede llegar a personas de 65 años, siendo más frecuentemente en mujeres que en hombres.⁽¹⁾

Su morfología es variada, se presenta en forma unilobular o multilobular, cuando las lesiones son crónicas, en cambio en el estadio agudo se pierde toda forma y llega a crear una asimetría grotesca.

No se puede dar una definición exacta en cuanto a las dimensiones que se presentan en las diferentes patologías, ya que cada entidad crece en forma y a ritmos diferentes y no existen parámetros en este sentido para compararlos.⁽²⁾

Este trabajo tiene como propósito poder conocer la prevalencia de estos tumores en los pacientes que acudieron a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México en el periodo de febrero y marzo del 2007; ya que no se tienen datos previos referentes a la presencia de alguna de estas entidades en la población que se presenta a esta institución.

Debido a la presencia de estas patologías es muy rara en la población, es importante que el Cirujano Dentista sepa detectarlas, principalmente en sus estadios iniciales, ya que en esta etapa puede pasar desapercibida ante la exploración, es importante que el odontólogo sepa diferenciarlas de otras patologías y la forma correcta de diagnosticarla, dado que las patologías que no son malignas es muy común que los C.D. no las diagnostiquen a tiempo y solo sean evidentes para ellos y para el paciente hasta que su crecimiento es demasiado obvio.



La ventaja de diagnosticar a tiempo es informar al paciente y prepararlo para que este pendiente de la evolución y el estado de la entidad.

Con esto el paciente tomará confianza y si se presenta algún problema posterior recurrirá a nosotros.



1. ANTECEDENTES:

De acuerdo a Dunfee⁽³⁾ y col. en una revisión radiográfica y clínica menciona que las lesiones causadas por los tumores de origen óseo se podrían diagnosticar mejor con la ayuda de las siguientes aclaraciones.

Las lesiones en la región mandibular que podrían parecer de origen odontógeno y no odontógeno pueden llegar a crear una destrucción, como podrían ser los quistes benignos del tipo periapical, dentígero o queratoquiste.

Los tumores sólidos benignos representan un amplio espectro de las lesiones como el ameloblastoma, odontomas, fibromas osificantes y las osificaciones periapicales.

En el maxilar como en la mandíbula, el rango de patologías es amplio, en las radiografías las características de estas patologías podrían ser muy similares, además que las características clínicas podrían confundirse entre si.

Es importante la información que indique el paciente, además de saber la prevalencia, localización, si la consistencia de esta es fluctuante o sólida, el contorno o los bordes son bien definidos o no, los efectos que pueda causar la lesión en su periferia, si llega a involucrar estructuras circundantes, todo esto es importante para realizar un buen diagnóstico.

Muchas de las lesiones se tendrán que diferenciar hasta un estudio histopatológico, ya que la biopsia es muy importante para descartar diagnósticos diferenciales.



1.1 Tumores y lesiones del hueso:

Los tumores óseos varían según las características microscópicas y morfológicas, y su comportamiento biológico oscila entre inocuo y rápidamente mortal. Esta diversidad hace que sea crítico diagnosticar y clasificar los tumores de forma precisa y tratarlos adecuadamente, de tal forma que los pacientes conserven una función óptima de las partes afectadas.

La mayor parte de los tumores se clasifican según el origen de la célula o tejido normal. Globalmente, los tumores fibrosos productores de matriz son los más comunes.

Se desconoce la incidencia exacta de los diferentes tumores óseos porque muchas lesiones benignas no se biopsian.

Los tumores benignos aparecen con mayor frecuencia en las primeras tres décadas de la vida y se presentan en mayor cantidad que los malignos en varios cientos de veces.

La localización de un tumor proporciona una información diagnóstica importante.

Aunque se desconoce la causa de la mayoría de los tumores, las alteraciones genéticas similares a las que se producen en otros tumores desempeñan claramente un factor.

Clínicamente los tumores óseos se presentan de diversas formas. Las lesiones benignas más comunes frecuentemente son asintomáticas y se detectan casualmente. Sin embargo muchos tumores presentan dolor o se notan como crecimientos lentos.⁽²⁾



1.2 Características clínicas normales del periodonto:

La mucosa bucal consta de tres zonas: la encía y el revestimiento del paladar duro (llamada mucosa masticatoria); el dorso de la lengua, cubierta por mucosa especializada, y la membrana mucosa que cubre el resto de la boca.^(4,5)

En términos generales la encía se divide en marginal, insertada y de las áreas interdenciales.

La encía insertada es el área que comúnmente los tumores óseos afecta, a excepción de los Torus mandibulares o linguales ya que estos pueden abarcar mucosa que forma parte del piso de la boca.

MUCOSA MASTICATORIA (encía insertada o adherida):

Este tipo de encía es firme de color rosa coral, y suele tener un puntilleo ligero que da la forma de cáscara de naranja, es resiliente y se fija fuertemente al cemento y periostio subyacente del hueso alveolar

(Fig. 1). Este tipo de encía está delimitada por la encía libre o el surco gingival (GG) en su parte inferior, y en su parte superior por la mucosa, en esta separación hay una zona delimitando un tejido del otro y es identificada por una línea llamada “línea mucogingival” (AM).^(4,5)

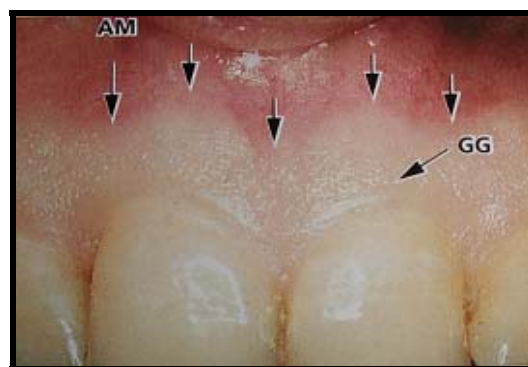


Fig. 1 AM y GG delimitan el ancho de la encía adherida en la porción anterior. (4)



El ancho se determina en función de estas zonas límites; un parámetro de esta área, en el área anterior donde por lo general es mayor (3.5 a 4.5 mm en el maxilar y 3.3 a 3.9 en la mandíbula), y menor en la porción posterior (1.9 mm en el maxilar y 1.8 mm en la mandíbula).



Fig. 1.1 Se muestra el ancho de la encía adherida en la zona posterior. (4)

Los cambios que se puedan dar en este ancho son producto de modificaciones relacionadas con los dientes o con la edad del individuo.

El aspecto lingual de la encía insertada, termina en la unión de la mucosa lingual, que se continúa con el revestimiento de la mucosa del piso de la boca. (4,5)



Fig.1.2 Las flechas indican la línea mucogingival que separa la encía adherida de la mucosa de revestimiento. (4)

1.2.1 Características anatómicas de la mandíbula

Mandíbula:

La mandíbula es un hueso impar, en este distinguimos 3 partes, un cuerpo y dos ramas, tiene forma de herradura y esta situada en el tercio inferior de la cara.

Cuerpo:

El cuerpo tiene forma de herradura o cuadrangular, convexo en su aspecto anterior y cóncavo en su aspecto posterior, un borde superior o alveolar y un borde inferior libre.

Se forma de dos mitades en período embrionario, unidos por un cartílago formando la sínfisis mentoniana. Presenta dos bordes, uno superior o alveolar y uno inferior, la base de la mandíbula, y dos caras, una anterior y una posterior.



En la cara anterior de la mandíbula encontramos:

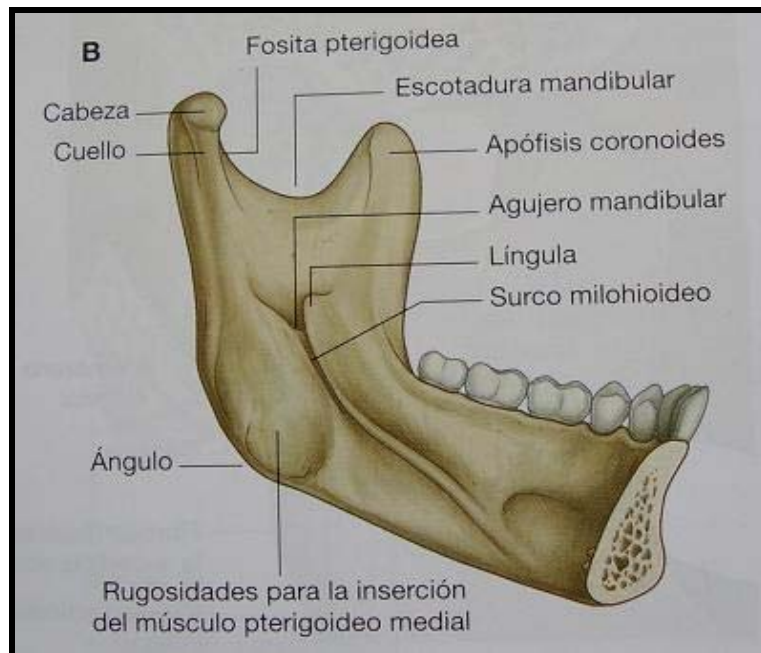
- 1.- Protuberancia mentoniana (es una pequeña saliente que se observa hacia abajo).
- 2.- Tubérculo mentoniano.
- 3.- Agujero mentoniano (se encuentra a la altura del segundo premolar inferior, al nivel de la raíz).
- 4.- Canal mandibular (se inicia en el agujero mentoniano y recorre el interior del cuerpo de la mandíbula hasta llegar al agujero mandibular que es por donde sale).
- 5.- Línea oblicua (se observa a los lados de los tubérculos mentonianos originándose en este sitio para alcanzar el borde anterior de la rama de la mandíbula).

En la cara posterior del cuerpo de la mandíbula de anterior a posterior observamos:

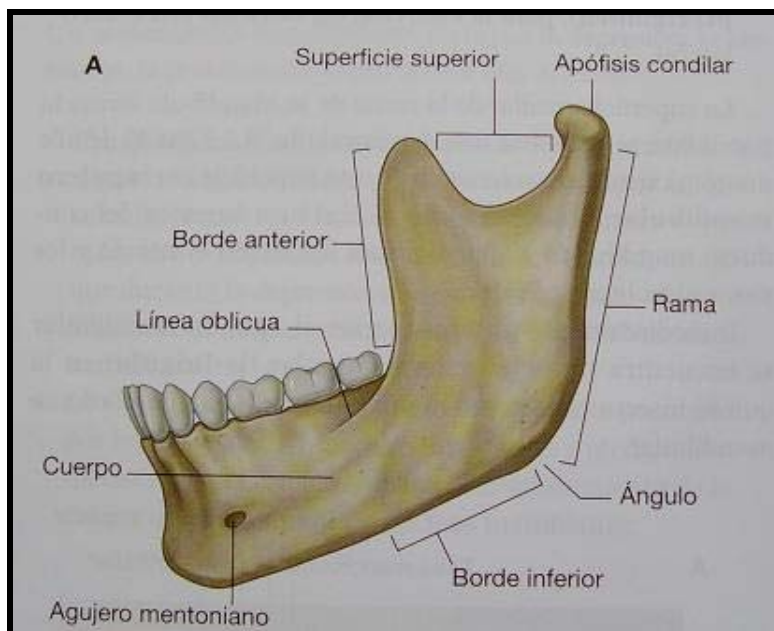
- 1.- Fosa digástrica (localizada en la parte media e inferior).
- 2.- Fosa sublingual (que aloja a la glándula sublingual).
- 3.- Espinas mentonianas (que se observan en la línea media encima de las fosas digástricas, procesos geni, son 2 pares unos superiores y unos inferiores).
- 4.- Líneas milohioideas (antes líneas oblicuas internas).
- 5.- Fosa submandibular.

Porción alveolar forma el arco alveolar inferior.

- 6.- La base de la mandíbula es gruesa y presenta en la unión de la rama un canal para el paso de la arteria facial, que se localiza dividiendo la base de la línea medial y el gonion en tres tercios y en la unión del tercio anterior con el tercio medio.



1.3 Vista medial del cuerpo de la mandíbula. (6)



1.4 Vista lateral del cuerpo de la mandíbula. (6)



Ramas:

Son dos láminas cuadriláteras adosadas a la parte del cuerpo, presentan una cara medial, otra lateral y cuatro bordes.

Cara lateral:

- Tuberosidad maseterina (son unas rugas en el ángulo posteroinferior de la mandíbula).

Cara medial:

- Agujero mandibular (orificio de entrada del canal mandibular).
- Lingula o espina de Spix (es una pequeña saliente ósea que se encuentra en la entrada del agujero mandibular).
- Surco milohioideo (va de la lingula a la fosa mandibular).
- Tuberosidad pterigoidea.

Borde superior:

- Proceso coronoideo.
- Incisura de la mandíbula.
- Proceso condilar.
- Cuello de la mandíbula.

Borde anterior:

Es afilado y se dirige hacia abajo y adelante.

Borde inferior:

Es la continuación de la base de la mandíbula.

Borde posterior:

Esta en relación con la glándula parótida y es ligeramente redondo. (6)

1.2.2 Características radiológicas de la mandíbula.

El hueso que forma el cuerpo de la mandíbula es de tejido óseo denso, se presentan trabéculas más compactas y uniformes, se debe de tomar en



cuenta la arquitectura irregular de la mandíbula, así como sus accidentes estructurales para hacer una buena interpretación.

Es más denso en la parte del condilo ya que en ésta estructura el hueso es más compacto aún.



1.5 Radiografía oclusal de la mandíbula. (7)

Las radiografías donde se puede apreciar mejor la estructura y la densidad mandibular es la radiografía oclusal, la radiografía donde se puede apreciar mejor las estructuras dentales en el área mandibular es una radiografía dentoalveolar. La radiografía donde se puede evaluar la conjunción de las estructuras circundantes es una radiografía ortopantomográfica. (7)

1.2.3 Características anatómicas del maxilar:

Es un hueso par, participa en la formación de las órbitas, las cavidades nasales y el techo de la cavidad oral. Está situado en la parte anterior e inferior del cráneo formando gran parte de la cara, se le considera una cara orbital que es superior, una cara anterior que forma parte de la



superficie anterior de la cara; una cara infratemporal que es posterior y por último una cara nasal que es media.

Es un hueso neumático ya que está excavado por una gran cavidad, el seno maxilar.

Desarticulado de su par es de forma cuboidea, ligeramente en sentido lateromedial.

Este presenta un cuerpo y cuatro procesos (frontal, cigomático, palatino y alveolar).

El cuerpo presenta 4 caras y se observa:

- Seno maxilar

Cara orbital: forma la parte inferior o piso de la orbita, es lisa, triangular y encontramos:

- Surco infraorbital
- Canal infraorbital

Cara anterior: principia por arriba en el borde infraorbital del ádito de la orbita y presenta:

- Agujero infraorbital
- Fosa canina
- Eminencia alveolar
- Incisura nasal

Cara infratemporal: ésta en la parte posterior de este hueso, participa en la formación de las fosas infratemporales y pterigopalatina, es convexa y forma la tuberosidad de la maxilar, se observa:

- Agujeros alveolares superiores posteriores

Canal nasal: es medial y forma parte de la cavidad nasal, en esta cara se encuentra:

- Hiato maxilar
- Canal palatino mayor



- Surco lagrimal
- Cresta conchales media e inferiores

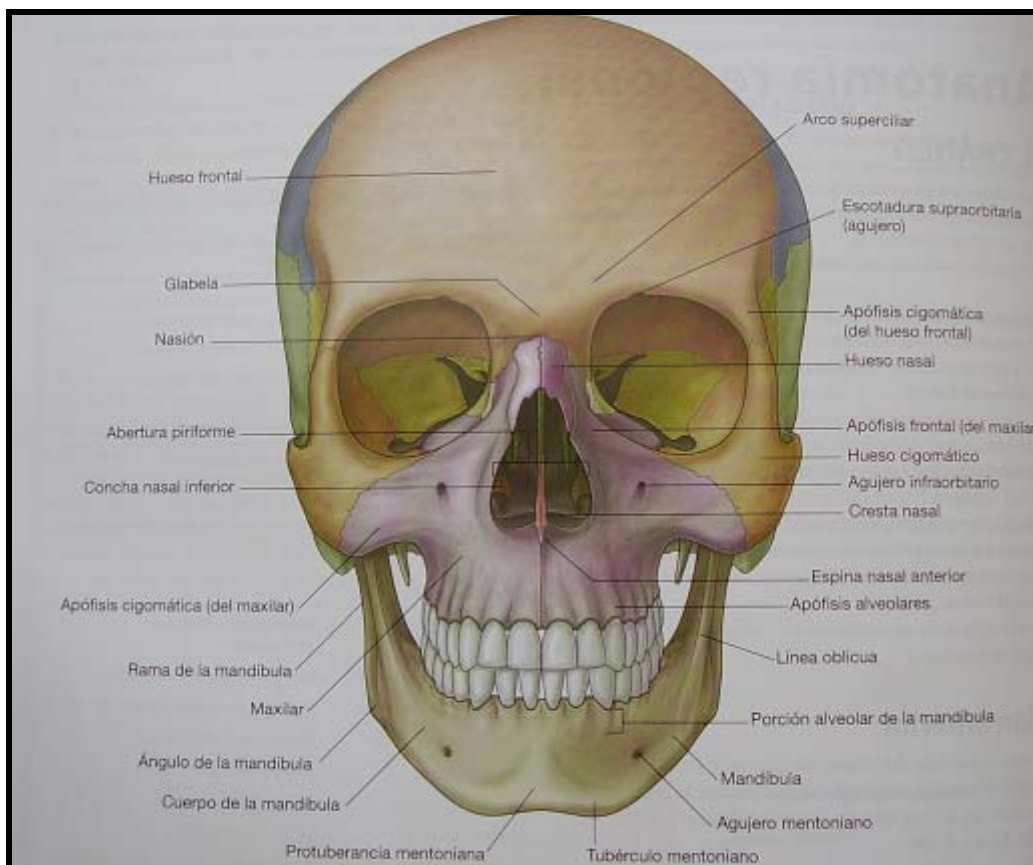
Procesos:

Proceso frontal, es vertical aplanado, y asciende para articularse con el frontal formando la sutura frontomaxilar. Tiene dos caras:

- Cresta lagrimal anterior

Cara medial se observa la:

- Cresta etmoidal
- Proceso cigomático hacia lateral
- Proceso palatino hacia posterior
- Proceso alveolar hacia inferior. (6)



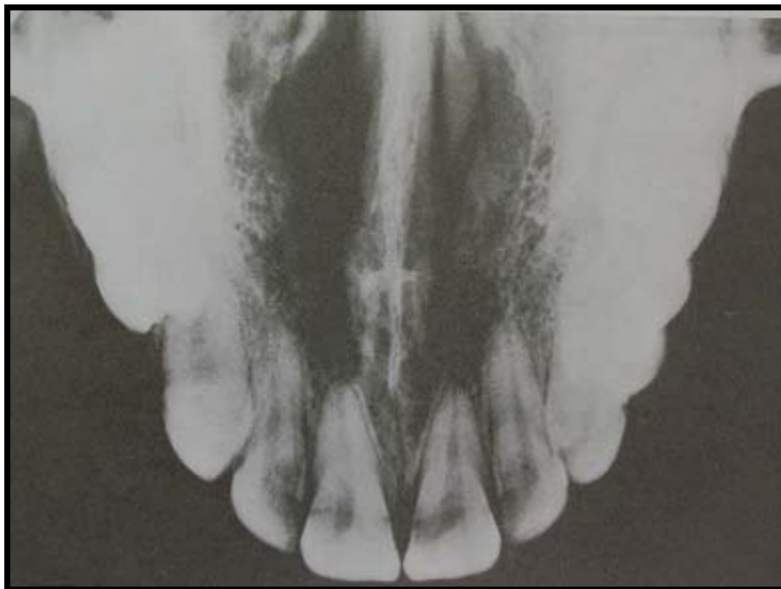
1.6 Vista anterior del maxilar. (6)



1.2.4 Características radiológicas del maxilar:

En comparación del hueso de la mandíbula, el hueso del maxilar es menos denso ya que la condensación ósea es ligera, el trabeculado se encuentra nítido. Se tiene que tomar mayor atención en la observación y conocer todos los accidentes y estructuras óseas presentes que se pueden sobreponer en las radiografías, ya que este hueso se encuentra articulado con varios huesos, en ciertas radiografías se pueden presentar como una radioopacidad que se podría confundir.

En las radiografías ortopantomograficas existe este problema, así que solo se utilizará para ver si las estructuras adyacentes están involucradas, en las radiografías dentoalveolares, se distingue bien el trabeculado, y en las radiografías oclusales, se podría tener el mismo problema que las ortopantomografias si no se saben distinguir las estructuras circundantes. (7)



1.7 Radiografía oclusal del maxilar (7)



1.3 Definiciones patológicas de los tumores óseos benignos:

Tumor óseo: masa de tejido óseo neoformado por crecimiento patológico del tejido. Se les distingue en benignos y malignos, según crezcan de forma lenta o rápida, con o sin tendencia a invadir tejidos próximos, o sea de desarrollo rápido y carácter destructor. (2)

Las siguientes son las definiciones de las entidades patológicas que conciernen a este estudio.

1.3.1 Osteoma:

Se considera una neoplasia benigna, se caracteriza por una proliferación ósea de hueso compacto o poroso, este se localiza en dos formas, endosteal (central o intraóseo) y periosteal (periférico).

No es una lesión común, puede surgir a cualquier edad pero predomina en adultos jóvenes, tiene preferencia en aparecer en la mandíbula, y en localizaciones distintas a la del torus o exostosis.(8)

Manifestaciones clínicas:

Se presenta como único o múltiple, a la inspección es como una masa dura y circunscrita que crece fuera del hueso o dentro de él, se desarrolla de manera lenta.

El osteoma de origen periosteal se manifiesta como una hinchazón circunscrita del maxilar o la mandíbula y se encuentra una asimetría evidente, el aspecto del osteoma periférico es un bulto óseo duro, oval o redondo con una superficie lisa, en ocasiones se presenta en forma lobular.

En la lesión de origen endosteal el crecimiento es lento, al igual que la presencia clínica, en estas lesiones rara vez hay dolor, este se puede



desarrollar o extenderse hacia cavidades neumáticas que los huesos de la cara crean.

La aparición de osteomas múltiples se asocia al síndrome de Gardner.

Histológicamente:

Se compone de hueso compacto extremadamente denso.

Este hueso en cualquier área presenta características de normalidad.

La lesión esta bien circunscrita pero no está encapsulada.

Microscópicamente:

El osteoma endosteal consiste en trabéculas de hueso laminar maduro dentro de una médula adiposa o fibrosa.

Radiográficamente:

La lesión central aparece como una masa radiopaca circunscrita y esclerótica la cual no se distingue del hueso en cicatrización.

El osteoma esponjoso tiene el mismo aspecto del hueso esponjoso, a veces lo atraviesan algunas trabéculas más gruesas que las del hueso.

La forma periosteal o periférica aparece como una masa densa y radiopaca que sobresale del hueso.



1.7 Radiografía antero posterior, la flecha Indica la lesión. (7)



El osteoma central lo forma una masa de hueso lamelar denso con pocos espacios.

Tratamiento:

Un osteoma requiere de una extirpación quirúrgica, pero solo si la lesión causa alguna dificultad o interfiere con una prótesis, una vez extirpado la posibilidad de recidiva es muy baja siendo una lesión periférica. El osteoma endosteal se extirpa solo si afecta vías de erupción o afecta órganos dentarios. (8, 9,10)

1.3.2 Displasia fibrosa:

Se considera como una alteración regional asintomática del hueso en la cual la arquitectura normal es reemplazada por tejido fibroso y estructuras óseas no funcionales, es de aspecto trabecular, las lesiones se presentan en forma polioestóticas o monostóticas.

Manifestaciones clínicas:

La lesión maxilar tiene dureza ósea y es redondeada o fusiforme, produciendo una asimetría facial que aumenta gradualmente, indolora e insensible a la presión.

En el maxilar esta involucrado el antro del seno maxilar y el crecimiento continuo produce proptosis unilateral, exoftalmos y obstrucción nasal porque afecta al seno maxilar, el cigomático, el esfenoides y al piso de la órbita.

Etiología:

No está definida pero se sugiere que es una lesión osteofibrosa debido al desarrollo en la cual se sustituye el patrón trabecular interno normal y es alterado en su tamaño y forma.



La displasia fibrosa no es una neoplasia por que es autolimitada. La lesión inicia como una sustitución fibrosa del hueso medular el cual es reemplazado por hueso metaplásico reticular que madura de hueso metaplásico reticular a hueso laminar denso.

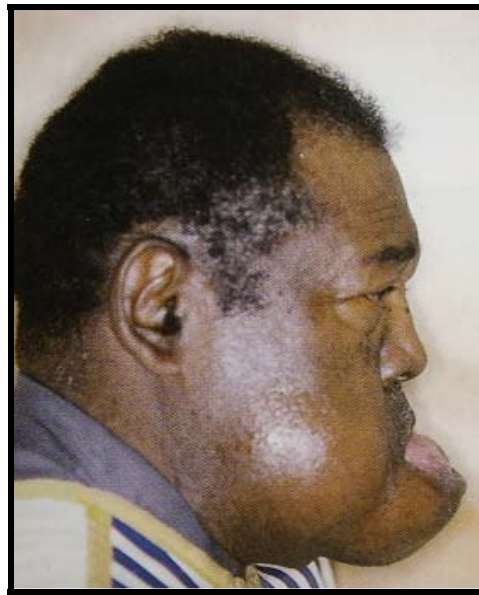
Se encuentra con mayor frecuencia en niños y jóvenes prefiriendo a las mujeres en una escala de 2:1.

La displasia fibrosa poliostótica forma parte el síndrome de Mc Cune Albright, que afecta también al sistema endocrino, y cuándo no está afectado este sistema, se conoce como síndrome de Jaffe.

Las lesiones tienden a estabilizarse al cesar el crecimiento esquelético.

El 10 % de las lesiones monostóticas están localizadas en el cráneo, en el maxilar y mandíbula.

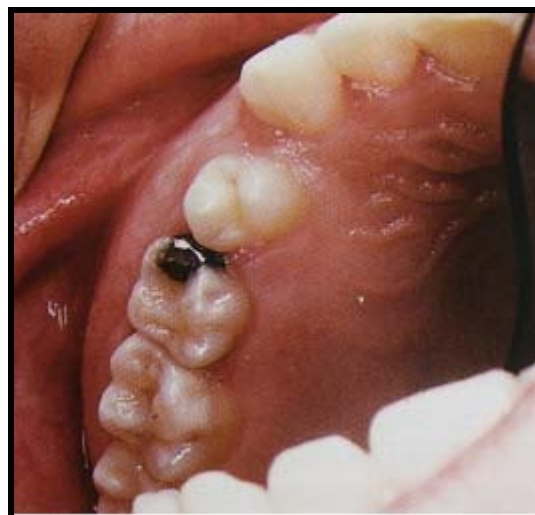
El maxilar se afecta más que la mandíbula, y generalmente son lesiones monostóticas (las lesiones monostóticas son aquellas que se presentan en una sola región del cuerpo o en un solo hueso, a diferencia de las poliostóticas que es la presencia de esta patología en varios huesos), se ha estimado que el 2% de los pacientes con lesiones en maxilar tienen otras lesiones.



1.8 Displasia Fibrosa monostótica del adulto. (8)

En la mandíbula la zona más afectada es la región de premolares y molares, el cuerpo de dicho hueso y a menudo es bilateral.

Los dientes de la región afectada tienen problemas para erupcionar o los dientes en oclusión empiezan a ser desplazados creando una maloclusión, aunque los dientes no presentan movilidad.



1.9 Displasia fibrosa en región de premolares superior. (8)



Microscópicamente:

Se nota una masa de tejido fibroso que ha reemplazado al hueso normal y en el cual las trabéculas son metaplásicas compuestas por hueso y tejido fibroso.

Las trabéculas varían mucho de forma siendo muchas veces delgadas y en forma de C o irregulares, presentando una imagen de letras chinas.

El hueso tejido es estructuralmente pobre y tiene una composición fibrosa irregular.

Hay una falta de formación de hueso laminar. Existen lagunas las cuales son grandes y numerosas.

Radiográficamente:

Se presenta una dilatación ósea y se presenta como vidrio esmerilado, aunque algunas son radiotransparentes o moteadas. La demarcación con el hueso circundante es generalmente indefinida.

Las lesiones del maxilar pueden extenderse hasta la línea media del paladar a la altura de la sutura intermaxilar pero nunca la rebasan, esto no sucede con la mandíbula.

En general estas lesiones tienden a ser más densas con la edad.



1.10 Radiografía lateral de cráneo, en una displasia fibrosa. (7)



Tratamiento:

El tratamiento solo se presenta si existe en su forma clínica, y se va a colocar una prótesis, la recidiva es rara, en su forma agresiva el tratamiento es más complejo pero se realizan cirugías para corregir la deformación. (8, 9, 10)

1.3.3 Displasia fibrosa juvenil:

Esta es una distorsión regional de crecimiento lento que aumenta de tamaño proporcionalmente con el hueso afectado. La hipertrofia continua hasta el crecimiento general, este crecimiento cesa al final de la pubertad.

Una forma rara pero conocida de esta entidad es la displasia fibrosa agresiva juvenil, crece de forma alterada y puede causar deformaciones severas.

Manifestaciones clínicas:

La displasia fibrosa juvenil empieza en la niñez, puede pasar inadvertida por la deformación leve. Se afecta más el maxilar que la mandíbula, no existe dolor pero puede presentarse movilidad dental.

Histológicamente:

La lesión temprana está constituida por tejido conjuntivo celular que reemplaza trabéculas y médula normal. Poco a poco aparecen islotes de hueso metaplásico.

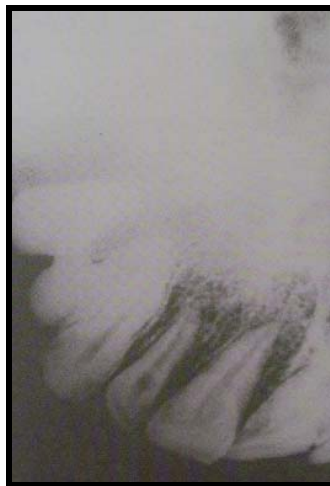
Ya sea en la mandíbula o maxilar se encuentran calcificaciones esféricas incluidas en el hueso anormal.



Radiográficamente:

Varía según la etapa de maduración de la lesión. En lesiones tempranas es radiotransparente, y conforme aumenta el hueso es más radiopaco, una lesión madura no conserva la estructura ósea y tiene una apariencia de vidrio deslustrado.

Esta lesión no es circunscrita por que se mezcla con el hueso circundante. Es frecuente la expansión cortical y por lo tanto el adelgazamiento de estas láminas.



1.11 Radiografía de zona de premolares una displasia fibrosa. (7)

Tratamiento:

Luego de un período, de duración variable, el crecimiento de la lesión, disminuye con el comienzo de la pubertad, la displasia decrece o se estabiliza, por esta razón las lesiones pequeñas pueden no requerir de tratamiento.

En cambio las lesiones deformantes o que tengan alguna alteración funcional deben tratarse con reconstrucción ósea. (8, 9, 10)



1.3.4 Exostosis:

Manifestaciones clínicas:

Es una excrescencia nodular exofítica, estas lesiones aparecen como protuberancias nodulares que por lo regular se encuentran en la zona debajo del pliegue mucobucal y la encía adherida, haciendo a esta pálida.

Histológicamente:

Está compuesta por una acumulación anormal de hueso cortical denso.

Radiográficamente:

Se nota una clara densificación ósea a la altura del hueso cortical, esta osificación nunca llega al hueso alveolar, la presencia mas frecuente es en el área de premolares y primer molar; se encuentra en mayor número en el maxilar.

Estas lesiones aparecen como protuberancias nodulares.



1.12 Exostosis en zona de premolares. (8)

Tratamiento:

El tratamiento consiste en una extirpación quirúrgica, pero solo se efectúa si se va a colocar una prótesis, la recidiva es rara. (8, 9, 10).



1.3.5 Fibroma Cementificante Osificante:

Otras formas de llamarlo es “osteofibroma”, “Fibroma cementificante periférico”, “fibroma osificante”, “épulis fibroide calcificante”, “fibroma periférico con calcificación”.

Manifestaciones clínicas:

Se puede presentar a cualquier edad, más en niños y adultos jóvenes con una edad promedio de 29 años, se encuentra más en mujeres y se reportan más casos en la mandíbula que en el maxilar, su localización es en el área de molares. La lesión crece despacio es indolora y se expande hacia vestibular y lingual como una masa ósea pronunciada.

Es una lesión focal con una base sésil o pedunculada, tiene color rojo, el mismo de la mucosa o podría estar más roja.



1.13 Fibroma osificante cementificante. (8)

Parece originarse en una papila, la mayoría de las veces no involucra al hueso subyacente.



Histológicamente:

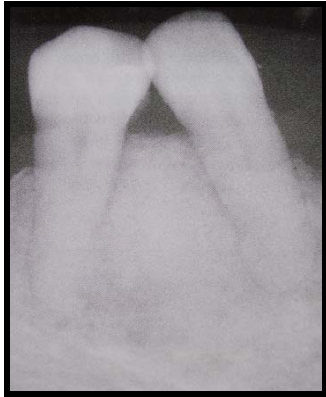
Es una lesión común caracterizada por su alta celularidad, la cual demuestra formación ósea, a veces parecida más al cemento. La lesión se cree es de origen odontógeno, que deriva del ligamento periodontal, en especial porque solo se presenta en la encía.

En algunas lesiones las calcificaciones son exclusivamente “cementículos” y la lesión se denomina fibroma cementificante.

El comportamiento biológico de todas las variantes es idéntico ya que origina una expansión de las láminas corticales que sustituyen al hueso normal por tejido fibroso celular neoplásico y con formación de calcificaciones esféricas y estructuras irregulares orientadas al azar. Los rasgos histológicos se parecen a la displasia fibrosa. Se diferencia de la displasia por los rasgos clínicos y radiográficos ya que estos no se mezclan con el hueso circundante, por estar definido por una zona fibrosa.

Radiográficamente:

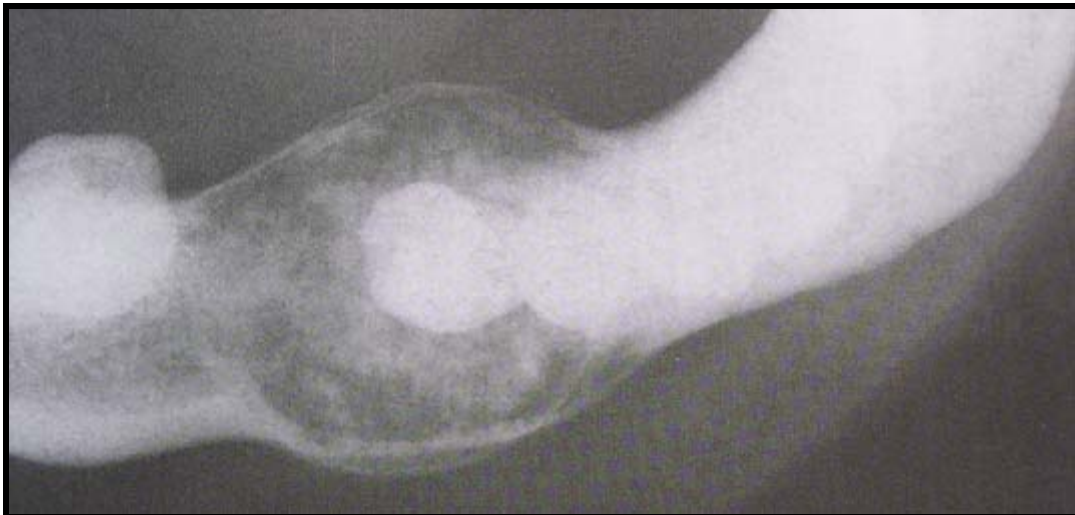
Las lesiones pueden ser uniloculares o multiloculares, en etapas tempranas las lesiones suelen ser pequeñas y por lo general completamente radiotransparentes. Cuando aumenta de tamaño se hacen radiolúcidas aunque irregulares. En etapas maduras las estructuras radiolúcidas se hacen más grandes con un halo radiotransparente que es tejido fibroso.



1.14 Fibroma cementificante osificante con área bien definida y una evidente osificación. (7)



1.15 Esta imagen muestra el adelgazamiento de las láminas corticales y lo bien delimitado que está la lesión. (7)



1.16 Fibroma cementificante mandibular se aprecia una densidad mixta, ya que la lesión está en un estadio temprano. (7)



1.17 Fibroma cementificante en zona del ápice distal en un segundo molar inferior. (7)

Tratamiento:

Se deben quitar las lesiones por medio de tratamiento quirúrgico con una extensión que depende de la localización de la lesión central y someterlas a un estudio histopatológico, las lesiones recurren con frecuencia. (8, 9, 10)



1.4 Estado del arte:

A partir de la revisión de la literatura que comprenden el periodo de 1978 a 2006 se encontró que se han realizado diversos estudios sobre la prevalencia de tumores óseos benignos y malignos en gran parte del mundo.

Dado que los tumores malignos no son entidades comunes la literatura en muchas ocasiones los reporta como estudios de casos en forma aislada.

Por el contrario los tumores benignos son entidades que se presentan con más frecuencia que los malignos, pero a su vez estas entidades benignas no representan un número significativo en la población.

Esta evaluación se llevó a cabo a través de estudios de prevalencia, estudios retrospectivos y reportes de caso en ciertas entidades como lo encontrado en los artículos de Antoniades y col.,⁽¹¹⁾ Asanami y col.,⁽¹²⁾ Horning y col.,⁽¹³⁾ los que describen exostosis en sus pacientes, o como Jones y col.,⁽¹⁴⁾ Nowparast y col.,⁽¹⁵⁾ Shatz y col.,⁽¹⁶⁾ Clutter y col.,⁽¹⁷⁾ que describen casos sobre osteoblastomas, o bien en la literatura de Tchane y col.,⁽¹⁸⁾ Canger y col.,⁽¹⁹⁾ y Patil y col.,⁽²⁰⁾ que reportan casos sobre fibromas osificantes cementificantes.

En cuanto a las poblaciones de estudios realizados se encontró que Adekeye, Adebayo y Ajike⁽²¹⁾, presentaron que su población de estudio era de 990 pacientes, diagnosticados con algún tumor óseo o lesión ósea, de esta muestra, 318 de estos casos fueron tumores óseos, de estos 314 tumores fueron benignos un 99% y 4 malignos el 1%.



También Ladeinde, Ajayi y col. ⁽²²⁾ reportaron que de 1980 a 2003 se presentaron 319 casos de tumores, de los cuales 96.6% fueron benignos y 3.4% fueron malignos, las edades de la población se reportan de 4 hasta los 85 años, encontrando que el 96.6% de estos tumores fueron intraoseos. Este estudio arroja que en un periodo de 23 años hubo 13.8 casos por año y 1.1 casos reportados por mes.

Stypulkowska⁽²³⁾ después de 40 años de estudio (1956 - 1996) encontró que de 156 casos 91 se presentaron en mujeres el 55.5%, 73 casos en hombres el 44.5%, con una edad media de 32.5 años.

Menos del 30% de la muestra eran menores de 18 años, estas lesiones se encuentran más en la mandíbula con 118 de casos el 72%, y en el maxilar se presentaron 44 casos el 26.8%, y encontrando que de 40 años se presentaron 0.3 casos por mes.

El estudio de Olgac, Koseoglu y Aksakalli⁽²⁴⁾ que comprende un periodo de 32 años (1971 - 2003), encontraron que con un muestra total de 62,565 casos, solo 527 pacientes (0.8 %) presentaron algún tipo de tumor, de estos casos, 521 se diagnosticaron como benignos y solo 6 lesiones malignas; en el sexo femenino se encontraron 278 casos el 53% y la edad fue promedio de 10 a 29 años, la lesiones se presentaron en mayor numero en la mandíbula a la altura de los premolares donde se confirmaron 98 casos el 19%, y en la porción anterior del maxilar donde se encontraron 98 casos el 19%. De este estudio se concluye que en el periodo de 32 años se captaron 16.4 casos por año, con un promedio de 1.3 pacientes por mes.



En otro estudio de prevalencia que Khateeb, Al Hadi Hamasha y Almasri⁽²⁵⁾ realizaron de 1991 a 2000 se estudio a pacientes de 19 años con tumores orales, este estudio se analizó con variables de edad, sexo, sitio y tipo de la lesión.

Reportando que el 90% de estos tumores fueron diagnosticados como lesiones benignas y tan solo el 10% fueron malignas. Se concluyó con este estudio que la prevalencia de dichas patologías se presentaron mayormente en el maxilar, los tumores óseos benignos y los tumores malignos en la mandíbula.

Este estudio atribuye los tumores a un origen genético y geográfico.

Horning, Cohen y Neils⁽²⁶⁾, presentaron un estudio antropológico del neolítico en la región de China, se estudiaron 52 cráneos, de estos se seleccionaron 416 dientes, en esta investigación se analizaron los restos del ligamento periodontal, encontrando que el ligamento estuvo sometido a cierto estrés oclusal, como la atrición. De este estudio se recabó que el 25% de los dientes estudiados, 18% presentaron crecimientos óseos a la altura del reborde alveolar y 7% de estos crecimientos se clasificaron como exostosis. También que aumentando la edad se incrementan los caso de crecimiento óseo, y se concluye que las exostosis bucales son un proceso complejo, que involucra a la genética la cual podría tender a cierta predisposición.



Jainkittivong y Langlais⁽²⁷⁾, estudiaron a 960 sujetos y encontraron que el maxilar es más propenso que la mandíbula de presentar un tumor óseo benigno con un promedio de 5.1 a 1, que la presencia de este es con mayor frecuencia en vestibular, que en los hombres es más frecuente, con un 62.4%. De estos 960 sujetos 42.6% presentaron exostosis.

A partir de la revisión se concluye que, además de ser variado el tipo de estudios yendo de reportes de casos aislados hasta estudios de seguimiento durante 50 años y con un número elevado de personas, son diversos los resultados, siendo los más frecuentes los tumores benignos que los tumores malignos, y que a pesar de esto, los tumores benignos se encuentran en un número muy pequeño en la población, es común que se presenten en mayor número en mujeres que en hombres, en una relación de 1.5 a 1; siendo más los casos en niños y adolescentes que en adultos.

El porcentaje de aparición de estas lesiones, por cada estudio retrospectivo encontrado presenta un índice de prevalencia muy bajo, promediando de uno a dos casos por mes en estudios muy grandes en tiempo y muestra lo que nos dice que estas patologías son poco comunes.



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En estos tiempos, no se tiene un registro de el índice de prevalencia de estas patologías en pacientes que acuden a la Facultad de Odontología, tomando en cuenta que estas entidades no son malignas, y que su presencia es muy baja, es importante para el Cirujano Dentista el diagnosticarlas; estas entidades no repercuten en la salud del paciente, es más, en la mayoría de las ocasiones ni siquiera presentan molestias ni dolor, pero es importante saber diferenciarlas de otras patologías, para no hacer un diagnóstico erróneo y confundirlas con otras que podrían causar un daño severo ya que la mayoría de estas alteraciones, son percibidas por el cirujano en etapas muy avanzadas, cuando el crecimiento de estas es evidente o cuando el paciente se lo refiere.

Este diagnóstico clínico es esencial, ya que de este se puede derivar a un tratamiento correctivo, estético o protésico, o simplemente en el cuidado y observación de la entidad.

Además de poder solicitar una consulta con un Cirujano Maxilofacial, así como remitirlo con un Patólogo Bucal.



3. JUSTIFICACIÓN:

La Universidad Nacional Autónoma de México por medio de la Facultad de Odontología, brinda servicios odontológicos a la comunidad metropolitana, con costos accesibles y todas las especialidades dentales.

En la Clínica de Admisión de dicha Facultad es donde el paciente llega por primera vez, es aquí donde se recaba la información sobre el estado general y oral del paciente.

Un estudio como este nos servirá no solo estadísticamente sino clínicamente, para conocer información de diferentes patologías que se presentan en una población en un tiempo y espacio determinado, analizando variables como pueden ser edad y sexo, para después poder compararlo con otros estudios realizados o tenerlo de referencia para futuras investigaciones.

Con el paso del tiempo la población ha sufrido modificaciones ha estado expuesta a cambios externos que podrían influir o no en ciertas entidades, esto nos dará una pauta para saber en que porcentaje se presentan dicha patología que son en su totalidad benignas, pero que deben ser diagnosticadas acertadamente, o se podría cometer un error que podría tener consecuencias.

Además, cabe mencionar que el que están sean benignas no sugiere que entren en la normalidad, y que por este motivo no puedan presentar alguna complicación, así que es mejor un análisis exhaustivo antes de descartar o afirmar algo.



4. OBJETIVOS:

4.1 Objetivo General:

Conocer la prevalencia de los tumores óseos benignos descritos en pacientes que acudieron a la clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México en el período comprendido de febrero a marzo del año 2007.

4.2 Objetivos específicos:

- Determinar la prevalencia de tumores óseos benignos a través de una exploración física y clínica.

- Determinar la prevalencia de tumores óseos benignos a través de una historia clínica, en la cual se refiera el lugar donde se presenta la lesión, si involucra o no dientes, si presentan movilidad o malposición, o en dado caso si se existe asimetría facial.

- Determinar la presencia de tumores óseos benignos, por su localización, el ritmo de crecimiento y forma.

- Descartar de posibles anomalías malignas que puedan presentarse.



4. METODOLOGÍA:

4.1 Material y método:

Para realizar este estudio se acudió a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, en un horario de 10:00 a 14:00 horas de lunes a viernes, en el periodo comprendido de febrero a marzo del 2007, donde se exploró clínicamente a los pacientes que acudieron a la clínica dentro de ese horario.

La revisión se lleva a cabo por medio de exploración y palpación, en los casos que se presente alguna entidad se apoyará el diagnóstico por medio de un estudio radiográfico.

4.2 Tipo de estudio:

Este estudio es descriptivo, observacional y transversal.

4.3 Población de estudio y muestra:

Pacientes de 10 a 65 años de ambos sexos que acudieron a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México durante el periodo comprendido entre febrero y marzo del 2007.



4.3.1 Criterios de inclusión:

Todos los pacientes de ambos sexos o géneros que se presentan a la clínica de admisión que entren dentro de las edades de estudio que van de 10 a 65 años.

4.3.2 Criterios de exclusión:

Todos los pacientes que no estén dentro de las edades de estudio, personas que son menores de 10 años y mayores de 65 años.

4.3.3 Variables de estudio:

Sexo y edad

5.3.4 Operacionalización de las variables:

A través de una hoja clínica donde se recolectaron datos de cada paciente donde se proporcionó el sexo, edad, si existe dolor en la zona donde se encontrara alguna alteración ósea, se diseñó un odontograma para referir si dicha lesión involucra dientes, si estos presentan movilidad o malposición, además de una figura con un rostro para indicar la presencia de asimetría facial y una imagen con los arcos dentales superior e inferior para señalar el área donde se encontrara la lesión. Así como la fecha y un apartado para el diagnóstico de presunción.

5.3.5 Análisis estadístico:

La recolección de la información se llevó a cabo mediante frecuencias y porcentajes a través del paquete estadístico en Excel de Windows xp.



5.3.6 Recursos:

Humanos: alumno tesista.

Materiales: Engargolado con las páginas de la historia clínica, lápiz, cubrebocas, guantes, cámara fotográfica, espejos especiales para la toma de fotografías intrabucales, retractor de labio y radiografías.



6. RESULTADOS:

A partir del análisis estadístico se concluye que:

La muestra correspondió a 1034 pacientes revisados.

De la población 601 pacientes fueron del sexo femenino (58%) y 433 de sexo masculino (42%). (Véase tabla 1)

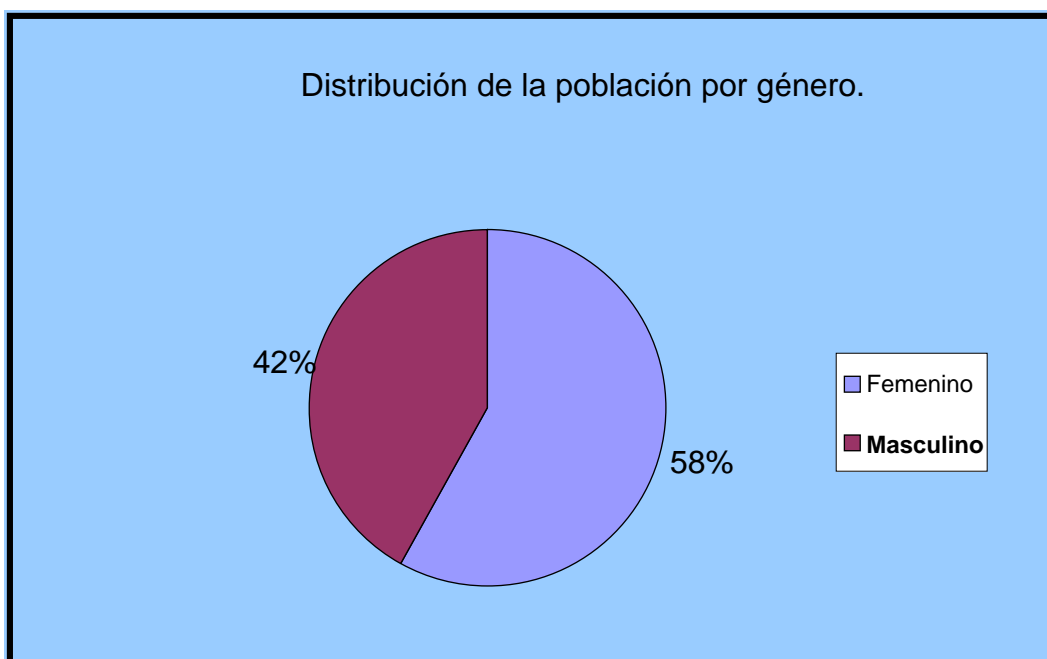


Tabla 1

La distribución de la población estudiada por edades de 1034 pacientes se encontró que del rango de edades con mayor índice de presencia es el grupo de 16 a 20 años, de 21 a 25 y 61 a 65 años (Ver tabla 2).

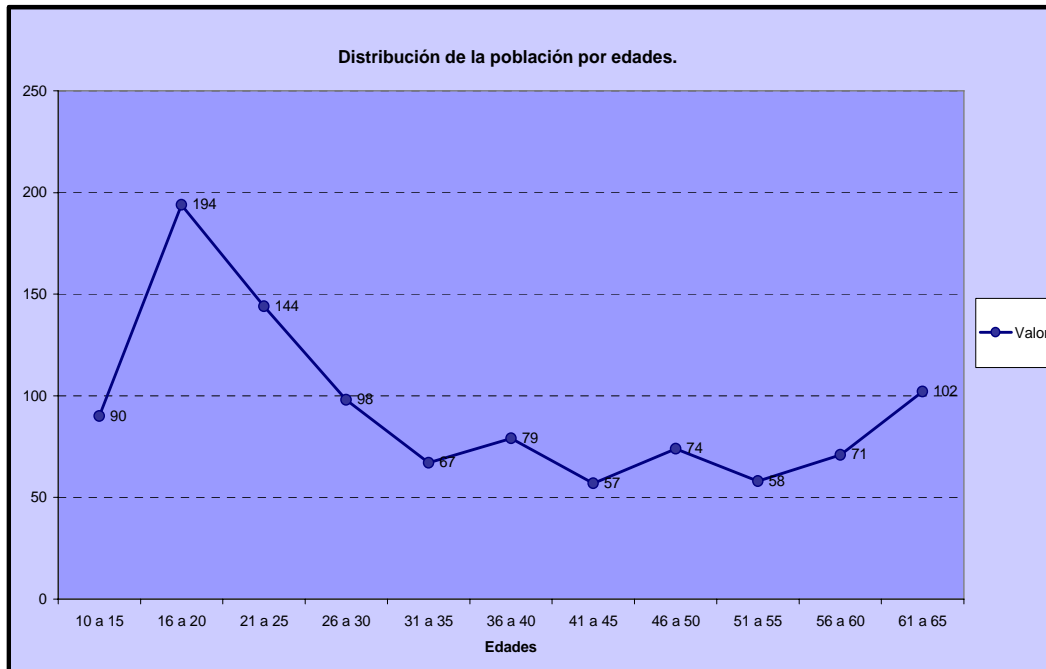


Tabla 2.

De las 5 entidades patológicas estudiadas (exostosis, displasia fibrosa, displasia fibrosa juvenil, fibroma cementificante osificante y el osteoma), no se encontraron evidencias clínicas en la población que confirmaran la presencia de alguna de estas entidades excepto exostosis (0.19 %).

(Ver tabla 3).

Las cuales se muestran clínica y radiográficamente (Ver figura 6, 6.1, 6.2, 7, 7.1, 7.2) como lo reportado en la literatura en cuanto a localización de estas entidades, se presentaron los dos casos en el maxilar, en la parte izquierda a la altura del segundo premolar y abarcando hasta el primer molar alcanzando la raíz distal.

A través de una radiografía oclusal se concluyó que también concuerda con la literatura (Cf. Pp 28 fig. 1.12), ya que no abarca la lesión la región alveolar y es una clara densificación a la altura del hueso cortical

(ver fig. 6.2 y 7.2).



Estos casos de exostosis se presentaron en 2 pacientes (Ver figuras 6, 6.1, 7,7.1), un caso en un paciente de 20 años y el segundo de 34 años (Ver tabla 3), los dos casos se presentaron en hombres.

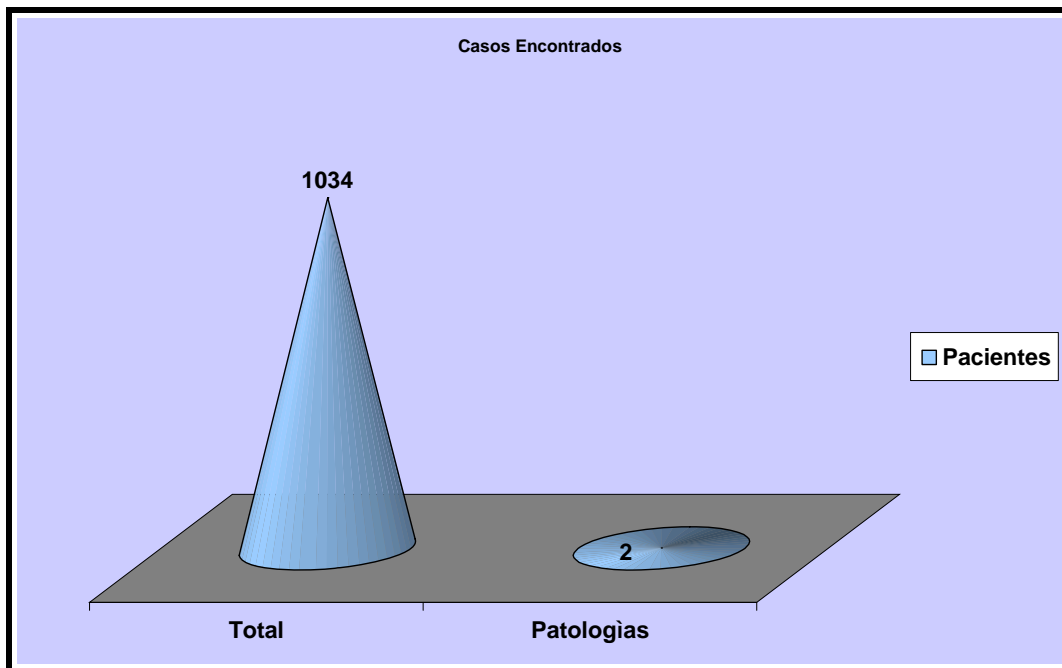


Tabla 3

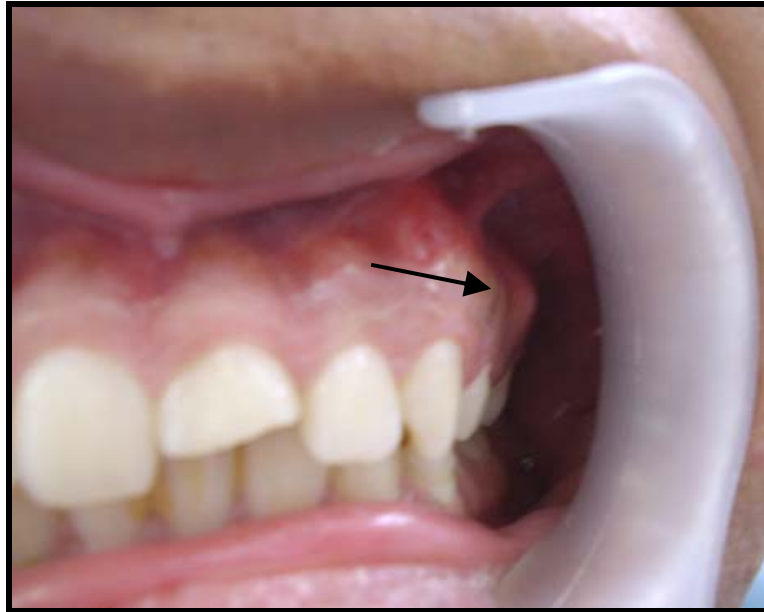


Fig. 6 Paciente de 20 años la flecha indica la exostosis. (28)



Fig. 6.1 Paciente de 20 años la flecha señala el área de la lesión (28)

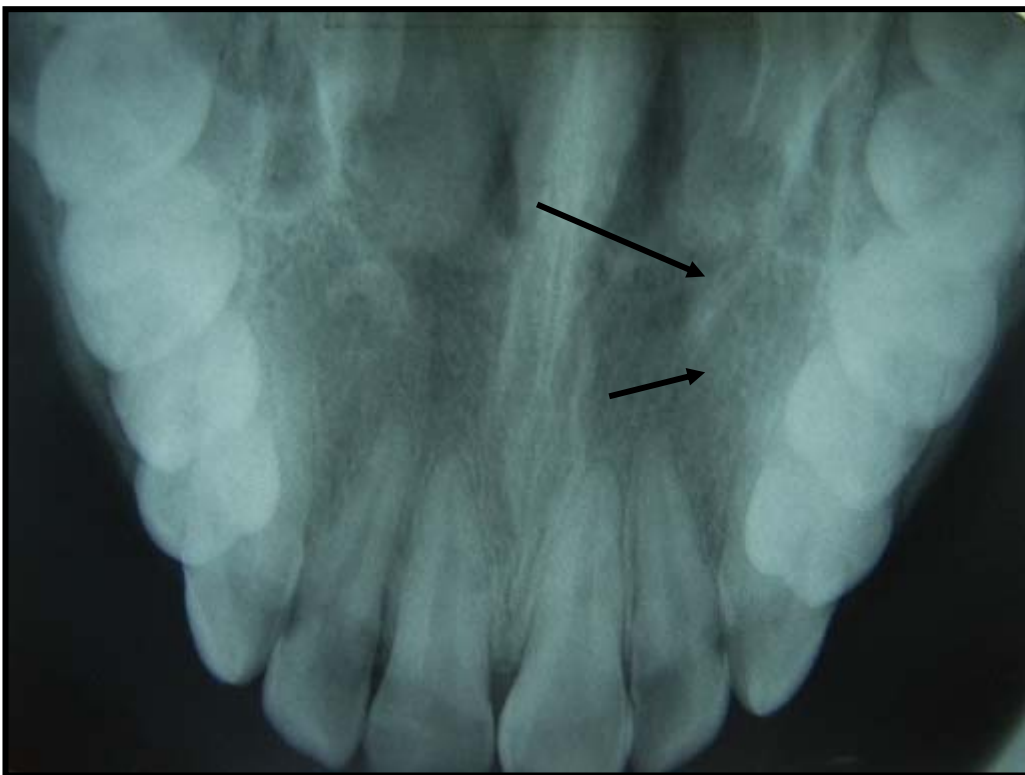


Fig. 6.3 Radiografía oclusal las flechas indican la zona de la osificación. (28)

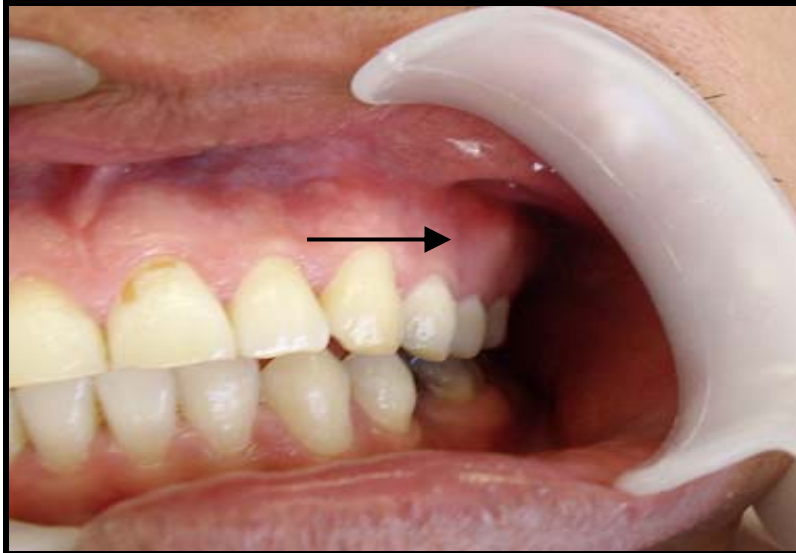
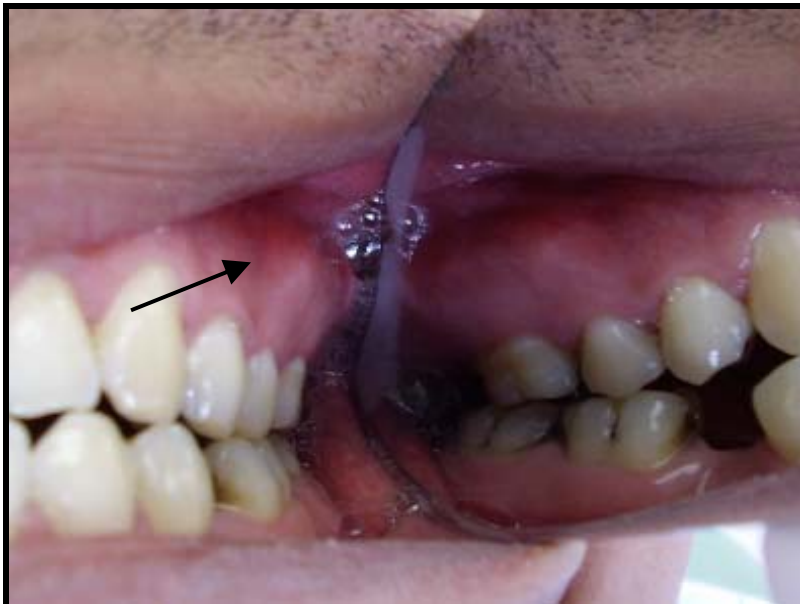


Fig. 7 Paciente de 34 años la flecha señala el área de la lesión (28)



7.1 Paciente de 34 años la flecha indica la exostosis (28)



Fig. 7.3 Radiografía oclusal la flecha indica la osificación.(28)



7. DISCUSIÓN:

De acuerdo con lo reportado en este estudio de prevalencia; se presentaron dos casos los cuales entran dentro del grupo de los tumores óseos benignos, del tipo exostosis, en una población estudiada de 1034 pacientes en 6 semanas.

A través del análisis de la literatura se concluyó que también estas entidades benignas se presentaron en proporción de 1 a 2 entidades por mes. (22, 23, 24, 25, 26, 27)

En cuanto al sexo no existe una relación directa con la presencia de estas entidades patológicas.

La entidad patológica más frecuente en esta revisión de la literatura fue el fibroma osificante cementificante (18, 19, 20, 24), lo cual no es congruente con lo hallado en el presente estudio, ya que solo se presentó una sola entidad de las estudiadas, la exostosis.

En cuanto a las edades, la literatura reporta la presencia de estas entidades la mayoría en niños y jóvenes (22, 23, 24, 25, 26) la cual es congruente con el estudio realizado, ya que las edades de los pacientes que presentaron exostosis fueron 20 y 34 años respectivamente.



8. CONCLUSIONES:

1.- La presencia de las entidades patológicas son poco frecuentes o casi nulas, ya que solo se encontraron 2 exostosis de 1034 pacientes revisados (0.19 %).

2.-Igual que en otros lugares del mundo estas entidades se presentan más en jóvenes y niños que en adultos.

3.- El género del paciente no es condicionante para la presencia de estas entidades.

4.- Dado que la prevalencia de estas entidades patológicas es muy poco frecuente en la población, es de suma importancia que el Cirujano Dentista sepa diagnosticarlas, principalmente en los estadios iniciales, debido a que en esta etapa suelen pasar desapercibidas ante la exploración de rutina.

Es importante que el odontólogo sepa diagnosticar correctamente y saber diferenciarlas de otras patologías. Es común que las patologías que no son malignas los C.D. no las detecten a tiempo y solo sean evidentes cuando el crecimiento es obvio.

Una de las ventajas de diagnosticar a tiempo, podría ser el informar al paciente para que este pendiente de la evolución y el estado de la entidad.



9. FUENTES DE INFORMACIÓN:

- 1.- Pérez T. Ruy, Principios de Patología. México D.F; editorial Medica Panamericana, 1993.
- 2.- Stanley L. Robbins, Patología estructural y funcional. 7° edicion; editorial Interamericana Mc. Graw Hill, 2005.
- 3.- Dunfee BL , sakai O, Radiologic and pathologic characteristics of benign and malignant lesions of the mandibule. Departament of Radiology, boston University, 2006, USA.
- 4.- Lindhe Jan, Periodontologia, Clinica e Implantologia Odontologica, editorial Medica Panamericana, 2000. Pp. 19-24
- 5.- Carranza A. Fermin, Periodontologia Clinica, editorial Mc Graw Hill interamericana, 1997
- 6.- Drake L. Adam, Anatomia para estudiantes. Editorial Elsevier, 2005, Pp. 982- 1011
- 7.- Freitas A. Radiología odontologica. Sao Paulo, Brasil; editorial Artes Medicas Latinoamericanas, 2002.
- 8.- Sapp J. Eversole L, Patología Oral y Maxilofacial Contemporanea. Madrid, España; editorial Harcourt, 1998
- 9.- Shafer G. Wiliam, Tratado de Patología Bucal, editorial Interamericana, Mexico, 1986
- 10.- Gorlin J. Robert, Patología Oral, editorial Salvat, 2 reimpression 1980
- 11.- Antoniadez DZ, Belazi M, Papanayiotou P. Concurrente of torus palatinus with palatal and bucal exostoses: case report and review of the literature. Oral surg Oral Med Oral Pathol Oral Endod. 1998, May
- 12.- Asanami S, Kasazaki Y, Uchida I, Large exostosis of the mandibular coronoid process. Report of case. Oral surg Oral Med Oral Pathol, 1990, May
- 13.- Horning GM, Cohen ME, Neils TA, Buccal alveolar exostoses: prevalence, characteristics, and evidence for buttressing bone formation. J. Periodontol; 2000, Jun



- 14.- Jones AC, Prihoda TJ, Kacher JE, osteoblastoma of the maxilla and mandible: a cases, review of the literature, and discussion of its relationship to osteoid osteoma of the jaws. *Oral surg Oral Med Oral Pathol Oral Endod Oral Radiol*; 2006 Nov.
- 15.- Nowparast B, Mesgarzadeh A, Lassemi I, benign osteoblastoma of the mandible. A clinical-pathologic review and report of a case. *Int J Oral Surj*, 1979 Oct.
- 16.- Jones AC, Prihoda TJ, Kacher JE, Osteoblastoma of the maxilla and mandible: a report of 24 cases, review of the literatura, and discusion of its relationship to osteoid osteoma of the jaws. *Oral surg Oral Med Oral Pathol Oral Endod*. 2006 Apr.
- 17.- Clutter DJ, Leopold DA, Gould LV, Bening osteoblastoma. Report of a case and review of the literature. *Arch Otolaryngol*; 1984 May.
- 18.- Tchane IB, Adjibabi W, Biaou O, Cemento-ossifying fibroma: two cases. *Rev stomatol Chir Maxillofac*; 2005 feb.
- 19.- Canger EM, Celenk P, Kayipmaz S, Familial ossifying fibromas: report of two cases. *Oral Sci*. 2004, Mar.
- 20.- Patil K, Mahima VG, Balaji P, Juvenile aggressive cemento-ossifying fibroma. A case report. *Indiant J Dent res*. 2003 Apr-Jun.
- 21.- Adebayo ET, Ajike SO, Adeyeke EO, A rewie of 318 odontogenic tumors in Kaduna, Nigeria, *J. Oral maxillofac surg*. 2005 Jun.
- 22.- Ladeinde AL, Ajayi OF, Ogunlewe MO, Odontogenic tumors: a review of 319 cases in a Nigerian teaching hospital. *Oral surg Oral Med Oral Pathol Oral Endod*. 2005, Feb.
- 23.- Stypulkowska J, Odontogenic tumors and neoplastic-like changes of the jaw bone. Clinical study and evaluation of treatment results. *Folia Med Cracov*; 1998
- 24.- Tchane IB, Adjibabi, Biaou O, cemento-ossifying fibroma: two cases. *Rev Stomatol Chir Maxollofac*. 2005 feb.



- 25.- Al –Khateeb T, Al-Hadi Hamasha A, Almasri NM, Oral and maxillofacial tumours in north Jordanian children and adolescents: a retrospective analysis over 10 year. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2003, Feb.
- 26.- Horning GM, Cohen ME, Neils TA, Buccal alveolar exostoses: prevalence, characteristics, and evidence for buttressing bone formation. *J Periodontol,* 2000 Jun.
- 27.- Jainkittivong A, Langlais RP, Buccal and palatal exostoses: prevalence and concurrence with tori. *Oral surg Oral Med Oral Pathol Oral Endod.* 2000, Jul.
- 28.- Fotografías tomadas durante el estudio de prevalencia a pacientes (previo consentimiento) en la clínica de Admisión de la FO, UNAM.



10. ANEXOS:

Historia Clínica

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de odontología

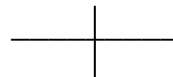
Prevalencia de tumores óseos benignos en pacientes que acudieron a la clínica de admisión de la FO UNAM, durante el periodo febrero-marzo del 2007.

Fecha: ___ / ___ /

2007

Sexo: _____

Movilidad:



Edad: _____

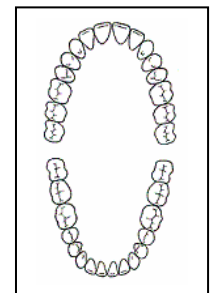
Malposición:

Dolor: _____

Asimetría:



Dx: _____





Dra. Elizabeth Powell Castañeda
Coordinadora de la Clínica de Admisión
de la Facultad de Odontología.

Por medio de la presente se solicita permiso para que el alumno Fernando Gallardo Ponce de León realice un estudio en el turno matutino de las 10 a las 14 horas de lunes a viernes en la Clínica de Admisión, denominado “Prevalencia de Tumores Óseos benignos en pacientes que acudieron a la Clínica de Admisión de la FO UNAM, durante el periodo Febrero - Marzo del 2007” con los pacientes que se presenten a dicha estancia, realizando una exploración en pacientes que comprendan el rango de dicha investigación que va de los 10 hasta los 65 años. Este estudio tiene como fin el recolectar información sobre la detección de estas entidades patológicas óseas en la cavidad bucal.

Agradezco de antemano su cooperación

“Por mi raza hablará el espíritu”
Ciudad Universitaria D F a 26 de enero del 2007

Mtra. María de Lourdes Eriksen Persson
Coordinadora de Anatomía Humana