



ANUARIO

SOCIEDAD DE RADIOLOGÍA
ORAL Y MÁXILO FACIAL DE CHILE

2017



1er Congreso Nacional
de la Sociedad de Radiología Oral y
Máxilo Facial de Chile



Anuario de la Sociedad de Radiología Oral y Máxilo Facial de Chile

Revista Anuario de la Sociedad de Radiología Oral y Máxilo Facial de Chile es la Revista científica que tiene por finalidad la publicación del quehacer científico de la sociedad, principalmente trabajos de investigación, casos clínicos y lo pertinente al diagnóstico por imágenes en el territorio Oral y Máxilo Facial. Incentiva especialmente la publicación de los especialistas y miembros de la Sociedad de Radiología Oral y Máxilo Facial de Chile, permitiendo su desarrollo científico y también compartir sus investigaciones y casos de interés con la comunidad científica nacional e internacional.

DIRECTOR

Dr. Milton Ramos Miranda, Servicio de Salud Metropolitano Sur. CABL.

SUBDIRECTOR

Dr. Luis Araneda Silva, Facultad de Odontología, Universidad de Chile y Universidad Mayor.

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Ana María Rodríguez Casas, Universidad Mayor, Hospital del Salvador.

Dr. Guillermo Moreno Zárate, Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Universidad Diego Portales.

Dr. Andrés Briner Billard, Clínica Las Condes. Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

Dr. Leonel Espinoza Domínguez, Hospital Metropolitano.

Dr. Guillermo Flores Sepúlveda, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

Dr. Guillermo Quezada Riveros, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

Correspondencia:

Dr. Milton Ramos M.

Correo electrónico: anuariosromfch@gmail.com

Indice

| | |
|--|----|
| Editorial | 3 |
| Mensaje del Presidente SROMFCh | 4 |
| 1er Congreso Nacional de la Sociedad de Radiología Oral y Máxilo Facial de Chile | 6 |
| Trabajo de Investigación | |
| • Prevalencia del conducto medio mesial en primeros molares mandibulares visualizados en CBCT Daniel Pinto A, M ^a Josefa Gómez R, Claudia Gutiérrez A. | 8 |
| • Confección de afiche educativo para el proceso de toma radiográfica en niños Ramos-Miranda M., Sciaraffia-Rubio C., Cortés- Sylvester Mf., Espinoza L. | 10 |
| Casos Clínicos y Radiológicos | |
| • Reporte de Caso Clínico: Artritis erosiva de ATM. La complejidad de un cuadro clínico poco descrito Nicolás Skármeta P, Luis Araneda S, Cristóbal Araya S. | 12 |
| • Quiste Óseo Simple en Paciente con Trisomía 21 Felipe Hernández O, Enzo Morety R, Carolina Baltera Z, Cristóbal Araya S, Benjamín Martínez R, Sergio González P. | 18 |
| • Quiste botrioide, Reporte de caso Raúl Sáez, Daniel Pinto, Diego Tripina | 22 |
| • Uso de Bite Blocks para tratamiento de mordida abierta anterior Dantón Moreno N, Daniela Ledezma R, Ru-Harm Chang | 25 |
| • Tratamiento de urgencia de Quiste Epidermoide sobreinfectado. Reporte de un caso clínico Francisco Yévenes S, Rodrigo Badilla M, Leonel Espinoza D. | 30 |
| Resúmenes casos clínicos presentados en 1er Congreso de la Sociedad de Radiología Oral y Máxilo Facial de Chile. | 34 |
| Posters presentados en 1er Congreso Sociedad de Radiología Oral y Máxilo Facial de Chile | 36 |
| Revista de Revistas Luis Araneda S. | 38 |
| Nómina de Socios | 40 |
| Instrucciones para Autores | 41 |

Editorial



El desarrollo de la investigación científica es el pilar fundamental de la ciencia médica, permitiendo entender los procesos que acontecen en ella y que sirve para hacer patente el estado del arte en ella como también para desarrollar medios, procesos o tratamientos que permitan una mejor salud y condición de vida de la humanidad.

Vano sería este desarrollo si no es socializado a través de la publicación de ellas en medios científicos dedicados a ella, y a la vez estos medios tienen la obligación de buscar la excelencia en su quehacer. Es por ello que ANUARIO ha comenzado una etapa de acreditación como revista científica.

Esto es posible en la actualidad con la regularización de Sociedad de Radiología Oral y Maxilo facial de Chile, requisito fundamental es la personalidad jurídica la cual ha obtenido SROMFCH luego de un largo periodo. Hemos comenzado las acciones a través de la CNADI (*Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora*), para obtener esta certificación.

Si realizamos un análisis de los ANUARIOS anteriores, podemos ver que tenemos falencias en lo que es publicación de investigaciones, la mayoría de ellas

son de aplicabilidad de tecnología y casos clínicos, debemos fomentar la publicación de series de casos, meta análisis e investigación aplicada, esto es posible con el alto número de Especialistas en imaginología que egresan cada año de las diferentes Universidades del país.

Los docentes de estos programas deben fomentar la investigación y publicación de artículos científicos y lograr que estos temas estén en el currículo de sus programas. Anuario estimulará a los socios de SROMFCH a realizar investigación con un curso de metodología y confección de artículos científicos, que les llamamos desde ya a participar.

A la par invitaremos a Sociedades afines para que participen con nosotros, tratando que ANUARIO sea la publicación oficial de ellos, como una estrategia de crecimiento de nuestra revista con artículos de alto impacto científico.

Agradecemos a los autores y co autores que han participado en esta publicación y les instamos a seguir como nuestros colaboradores

Prof. Dr. Milton Ramos Miranda
Director Revista Anuario

Mensaje del Presidente



Estimados amigos y colegas de la Sociedad de Radiología Oral y Máxilo Facial de Chile:

En nombre propio y del Directorio de la Sociedad de Radiología Oral y Máxilo Facial de Chile tengo el agrado saludarles y a la vez expresarles nuestro agradecimiento a todos quienes de una u otra manera han contribuido al engrandecimiento de nuestra Sociedad lo cual ha permitido que se mantenga como una de las más prestigiosas y antiguas del mundo.

Hoy nuestra Sociedad de Radiología Oral y Máxilo Facial de Chile está legalmente constituida con su personalidad jurídica con un estatuto acorde a la nueva normativa ciudadana lo cual nos ha permitido participar como una de las Sociedades fundadoras de FESODECH.

Un recuerdo importante para quienes a partir del 8 de Noviembre de 1940 aportaron al desarrollo de nuestra Sociedad de Radiología Dental de Chile desde sus inicios y a quienes siguen apoyando el desarrollo de nuestra especialidad, lo cual tuvo y han tenido un significado muy importante para la Odontología nacional y en especial para las otras especialidades con las cuales nuestra Sociedad interactúa.

Hoy, podemos señalar la importancia que ha tenido para este Directorio el haber realizado en Agosto de este año, el 1er. Congreso Nacional de la Sociedad de Radiología Oral y Máxilo Facial de Chile que al igual como sucedió con el Primer Congreso Internacional realizado en nuestro país el año 1968, el Encuentro Latinoamericano de Radiología Dento Máxilo Facial, Santiago, 2006 y el XX Congreso Internacional de Radiología Dento Máxilo Facial, Agosto del 2015, tuvo una gran asistencia y participación de colegas especialistas radiólogos dento máxilo faciales nacionales los cuales tuvieron la oportunidad de escuchar importantes y variadas

conferencias dictadas por destacados especialistas nacionales e internacionales permitiendo también compartir nuestras experiencias y la amistad en torno a nuestra especialidad. Tengo la seguridad que este importante evento quedará plasmado en la historia de nuestra Sociedad de Radiología Oral y Máxilo Facial de Chile al igual que los anteriores y las múltiples reuniones mensuales, los talleres de casos clínicos y las jornadas inter disciplinarias, en las cuales nuestra Sociedad ha sido invitada a participar lo cual ha permitido un intercambio de conocimientos entre las diferentes especialidades odontológicas.

Mencionar también que en la ceremonia de inauguración de este 1er. Congreso Nacional tuvimos la oportunidad de realizar un reconocimiento al Dr. David Embry Menanteaux por su trayectoria, dedicación y compromiso con nuestra Sociedad.

Este aniversario nos ha permitido recibir a nuevos especialistas en radiología dento máxilo facial, egresados de las diferentes Facultades de Odontología de nuestro país y también distinguir como Socio Honorario a la Profesora Dra. Ana María Sylvester Riedel por su destacada trayectoria como cirujano dentista, especialista y académico ampliamente reconocida en nuestra especialidad.

Al finalizar quiero expresar nuestro agradecimiento y reconocimiento a todos quienes han apoyado nuestra gestión y a los diferentes directorios que han hecho de nuestra Sociedad una de las más importantes a nivel nacional e internacional.

Dr. Guillermo Moreno Zárate

Presidente Sociedad de Radiología Oral y
Máxilo Facial de Chile

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA Ltda.



Representantes y Distribuidores de:



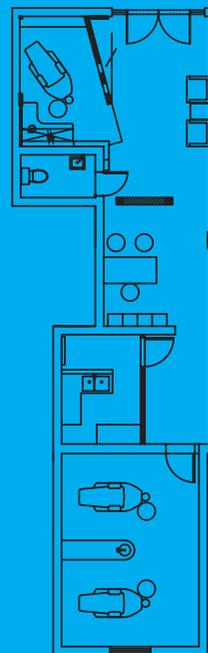
Nuestra empresa se ha especializado en el área de la **Arquitectura y Construcción de Clínicas Dentales.**

Realizamos Asesorías, Diseño, Remodelaciones, Construcción, **Memorias de Calculo**, Certificaciones y Recepción Final para proyectos de **Protección Radiológica.**

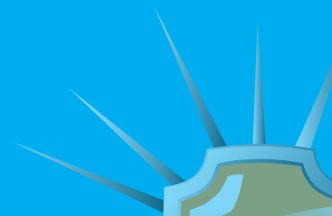
Especialistas en "Servicios de Imagenología Maxilofacial"
Control de calidad en equipos de Radiología Maxilofacial.

Elementos de protección personal:
Delantales, protectores tiroideos, lentes plomados, biombos y puertas.

Capacitaciones en Radiología Maxilofacial
(Curso de Protección Radiológica, Radiología Digital, Equipos de Rayos)



José Ureta 632, La Cisterna / Santiago - Chile
Tel. (2) 25115192 - (2) 27249286 Cel. 93469144
info@proteccionradiologica.cl
www.proteccionradiologica.cl





1er CONGRESO NACIONAL SOCIEDAD DE RADIOLOGÍA ORAL Y MÁXILO FACIAL DE CHILE

3, 4 y 5 DE AGOSTO 2017 - HOTEL CROWNE PLAZA
SANTIAGO, CHILE.

El 3-4-5 de Agosto de 2017 se realizó en el Hotel Crowne Plaza de Santiago de Chile, el 1er. Congreso Nacional de la Sociedad de Radiología Oral y Máxilo Facial, evento importante y trascendental para la radiología chilena, que cumplió con los objetivos que la directiva se propuso.

Santiago fue el centro de nuestra especialidad y se engalanó para recibir y congregar en este

Congreso a una gran cantidad de radiólogos del país con expositores nacionales e internacionales de gran prestigio en la especialidad, como el Dr. Adalberto Mosqueda T.de México, la Dra. Vania Fontanella de Brasil y los nacionales

Dras. Ana María Rodríguez C., Edda Pruzzo Ch., Soledad Armijo R., y los Drs. Alejandro Hidalgo R., Carlos Fuentes S., Guillermo Concha S., Guillermo Flores S., Hans Harbst A., Leonel Espinoza D, Ricardo Urzúa N.y el Kigo.Sr.Mariano Rocabado S.

Nuestra Sociedad se preparó para entregar la hospitalidad y la amistad en torno a este Congreso, con un programa científico y social de acuerdo al nivel de éste, determinando una nueva oportunidad de actualización y desarrollo científico para los especialistas en radiología dento máxilo facial.



T.M. Alex Alliendes, Dr. Milton Ramos, Dra. Elizabeth López, Dr. Guillermo Moreno, Dr. Mauricio Rudolph, Dra. Ana Maria Gonzalez, y Dr. Leonel Espinoza



Reunión de Académicos de Radiología Dento Máxilo Facial de las distintas Facultades de Odontología del país.





Trabajo de Investigación

Prevalencia del conducto medio mesial en primeros molares mandibulares visualizados en CBCT



Daniel Pinto Agüero¹, M^a Josefa Gómez Ruz², Claudia Gutiérrez Aravena³

¹Radiólogo Dento Máxilo Facial Universidad de Chile, Académico Universidad de Chile y Universidad Finis Terrae

²Especialista en Imagenología Bucal y Máxilo Facial, Universidad Finis Terrae

³Especialista en Imagenología Bucal y Máxilo Facial, Universidad Finis Terrae

Abstract

A mesial mesial conduit prevalence study was performed on the mandibular first molars visualized in CBCT of the database of the Imaging Service of the Finis Terrae University. The results obtained indicate 4.76% of the prevalence of the confluent type and only women manifested between 19-25 years, these studies are concordant with other publications.

Introducción

El primer molar mandibular definitivo es el diente posterior que primero erupciona, a los 6 años¹. Es considerado de alto riesgo cariogénico por su anatomía coronal compleja², su erupción pasa desapercibida por los padres³. Todo esto aumenta la posibilidad de sufrir caries y de requerir tratamiento de endodoncia^{1,3}. El objetivo de un tratamiento de conducto es la preparación química y mecánica del diente, seguido por la obturación con un material de relleno inerte⁴. Sin embargo, la complejidad de la anatomía del sistema de canales radiculares dificulta lograr el objetivo de la terapia endodóntica⁵. Los estudios han demostrado que la morfología de los conductos radiculares presenta grandes variaciones entre diferentes poblaciones, e incluso, en diferentes individuos de la misma población⁶, más aún, existen variaciones en un mismo individuo a diferentes edades⁷. Una de las variaciones descrita por múltiples autores es la presencia de un tercer conducto en la raíz mesial, conocido como conducto medio mesial (CMM)⁸⁻¹³. Éste puede observarse a través de diferentes técnicas, pero es posible reconocerlo más precisamente utilizando técnicas imagenológicas de Volumen como es la tomografía computarizada de haz cónico (CBCT)¹⁴.

Objetivo

Determinar la prevalencia del CMM en primeros molares mandibulares definitivos, observando exámenes imagenológicos obtenidos a través de CBCT, en el Servicio de Imagenología Oral y Máxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae, Santiago de Chile, en el año 2016.

Material y método

Se analizaron un total de 42 exámenes obtenidos en los equipos ORTHOPHOS XG 3Dready y GALILEOS, marca Sirona, Alemania. Las imágenes fueron observadas por medio del software Sidexis, en el servicio de

imagenología de la Universidad Finis Terrae, con brillo y contraste automáticos, según software. Se evaluó la presencia del CMM, examinando desde el piso cameral hasta el ápice de la raíz mesial del primer molar mandibular definitivo derecho y posteriormente del izquierdo. En aquellos casos en los que estuvo presente se procedió a su categorización según clasificación de Pomeranz (figura 1). Se evaluó su relación con la edad, sexo y ubicación preferente uni o bilateral. Los datos fueron tabulados y analizados utilizando el software Stata®, versión 14.2. Se dispensó el uso de consentimiento informado ya que durante todo el estudio se mantuvo el anonimato de la información.



Figura 1



Figura 2. Imagen de CMM en primer molar mandibular izquierdo.

Resultado

La prevalencia del CMM fue de un 4,76%, siendo todos los casos en mujeres de edades entre los 19-25 años y de tipo confluyente, según clasificación de Pomeranz. En la figura 2 se muestra una corte axial de un CBCT en el cual se observa el CMM.

Conclusiones

Existen numerosos estudios acerca de la compleja morfología del primer molar mandibular permanente, sin embargo, son pocos los estudios que evalúan la prevalencia del CMM y, más aún, sólo uno publicado, realizado en población Chilena. En este estudio se encontró una prevalencia concordante con lo reportado en estudios similares.

El entendimiento de la compleja conformación anatómica de unos de los dientes más expuestos a caries y tratamientos de endodoncia es fundamental para el éxito de las intervenciones al que estará sometido. El CBCT es el examen ideal a indicar para la detección del CMM. Se sugiere y es necesario realizar nuevos estudios con una muestra de mayor tamaño para obtener resultados de significancia estadística.

BIBLIOGRAFÍA

- Hargreaves K. *Cohen's Pathways of the Pulp*. 10th ed. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier; 2011.
- Velayos JL. *Anatomía de la Cabeza: para Odontólogos*. 4ta ed. Buenos Aires; Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007.
- Gómez I, Hernández C, Leon V, Camacho A, Clausell M. Dental caries in the first permanent molars in school children. *Rev Med Electrón*. 2015;37(3):207-17.
- Vertucci FJ. Root canal anatomy of the human permanent teeth. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol*. 1984;58(5):589-99.
- Demirbuga S, Sekerci AE, Dinçer AN, Cayabatmaz M, Zorba YO. Use of cone-beam computed tomography to evaluate root and canal morphology of mandibular first and second molars in Turkish individuals. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013;18(4):737-44.
- Peiris R, Malwatte U, Abayakoon J, Wettasinghe A. Variations in the Root Form and Root Canal Morphology of Permanent Mandibular First Molars in a Sri Lankan Population. *Anat Res Int [Internet]*. 2015;2015:1-7. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4550767&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Hess W. Formation of root canals in human teeth. *J Natl Dent Assoc [Internet]*. 1921;8(9):704-34. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0097190121890039>
- Pomeranz HH, Eidelman DL, Goldberg MG. Treatment considerations of the middle mesial canal of mandibular first and second molars. *J Endod*. 1981;7(12):565-8.
- Barker BCW, Parsons, K.C. Mills PR, Williams GL. Anatomy of root canals. III. permanent mandibular molars. *Aust Dent J*. 1974;19(6):408-13.
- Versiani MA, Ordinola-Zapata R, Kele A, Alcin H, Bramante CM, Pcora JD, et al. Middle mesial canals in mandibular first molars: A micro-CT study in different populations. *Arch Oral Biol*. 2016;61:130-7.
- Vertucci FJ. Root canal anatomy of the human permanent teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1984;58(5):589-99.
- Fabra-Campos H. Three canal in the mesial root of mandibular first permanent molars: a clinical study. *Int Endod J*. 1989;22(39):43.
- Baugh D, Wallace J. Middle mesial canal of the mandibular first molar: a case report and literature review. *J Endod*. 2004;30:185-6.
- Zhang R, Wang H, Tian YY, Yu X, Hu T, Dummer PMH. Use of cone-beam computed tomography to evaluate root and canal morphology of mandibular molars in Chinese individuals. *Int Endod J*. 2011;44(11):990-9.

Trabajo de Investigación

Confección de afiche educativo para el proceso de toma radiográfica en niños



Ramos-Miranda M.¹, Sciaraffia-Rubio C.^{2,3}, Cortés- Sylvester Mf.², Espinoza L.

¹ Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau

² Universidad de Chile

³ Universidad Mayor

Introducción

El comportamiento del niño en la consulta odontológica es resultado de varios factores, entre ellos se encuentra el ambiente físico, la conducta del dentista y la actitud de los padres¹. Por otro lado, independiente de la edad, la primera consulta con el dentista suele ser motivo de desconfianza y temor, generando dificultades en la atención. Por este motivo se han desarrollado diversas técnicas de orientación conductual (técnicas de adaptación), las cuales se usan para aliviar la ansiedad, proveer una actitud dental positiva y realizar una atención oral de calidad, segura y eficiente para niños, adolescentes y personas con necesidades especiales de atención médica². Dentro de las diversas técnicas de adaptación descritas se encuentra la exposición de imágenes de odontología y tratamiento dental en el área de espera antes de la cita dental³⁻⁵.

En el Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau (CABLT) existe un alto flujo de pacientes pediátricos y pacientes que requieren cuidados especiales. Dentro de las dificultades del procedimiento se ha observado principalmente un aumento en el tiempo de toma radiográfica debido al componente aprehensivo del paciente y también una mayor tasa de repeticiones generadas por el movimiento de éste. Para mejorar el servicio se procedió a confeccionar un afiche educativo que muestra de manera lúdica el procedimiento de toma radiográfica, el cual se ubicó de forma estratégica en la sala de espera del Servicio de Especialidades Odontológicas del CABLT.

Desarrollo

El afiche tiene como objetivo proporcionar a los niños y padres información visual sobre qué esperar durante la visita dental y otorgar a los niños un contexto para poder hacer preguntas pertinentes antes de iniciar el proceso de toma radiográfica.

En él se explica el proceso de toma radiográfica periapical de manera lúdica, simulando la adquisición de una fotografía de los dientes. Se presentan primero los elementos a utilizar: el equipo de rayos, los paquetes de película radiográfica, el chaleco plomado. Luego se describe quién realizará el procedimiento y cómo debe actuar el niño durante la técnica. Finalmente se detalla el resultado de la "fotografía". Se incluyen además viñetas de prevención de lesiones de caries.

Resultados

Como resultados preliminares se constató que el afiche ha obtenido buena aceptación entre los niños y padres que asisten al Servicio de Radiología Oral. La mayoría de los niños demuestran conocimiento de cómo se realiza

la técnica radiográfica al momento de entrar en la sala y reconocen los principales componentes involucrados en la toma radiográfica previo a su ejecución, por lo que el procedimiento se realiza con menores dificultades en estos casos. El impacto del afiche en la disminución de la ansiedad y tiempos de trabajo puede ser estudiado.

Conclusiones

Las técnicas de orientación conductual son un proceso continuo de interacción entre el dentista, el paciente y el padre; sus objetivos son establecer comunicación, aliviar el miedo y la ansiedad, ofrecer atención dental de calidad, construir una relación de confianza, y promover la actitud positiva del niño hacia el cuidado de la salud oral¹. La selección de las técnicas debe adaptarse a las necesidades del paciente, las habilidades del profesional y al ambiente en que se desarrolla. Nuestra experiencia deja ver que un área de recepción adecuada para niños, con información de los procedimientos a realizar explicados de manera didáctica proporciona una distracción, educa a los niños y padres, disminuyendo el temor a la atención dental. Estas primeras impresiones pueden influenciar comportamientos futuros. El impacto a largo plazo de este tipo de técnicas de adaptación puede ser estudiado de modo de ofrecer una alternativa fácil, lúdica y efectiva en la mejora en la toma radiográfica en niños y, eventualmente, puede ser utilizada en diferentes áreas de la odontología.

Bibliografía

1. Clinical Affairs Committee-Behavior Management Subcommittee, American Academy of Pediatric Dentistry. *Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. Pediatr Dent.* octubre de 2015;37(5):57-70.
2. Feigal RJ. *Guiding and managing the child dental patient: a fresh look at old pedagogy. J Dent Educ.* diciembre de 2001;65(12):1369-77.
3. Fox C, Newton JT. *A controlled trial of the impact of exposure to positive images of dentistry on anticipatory dental fear in children. Community Dent Oral Epidemiol.* diciembre de 2006;34(6):455-9.
4. Gangwal RR, Rameshchandra Badjatia S, Harish Dave B. *Effect of Exposure to Positive Images of Dentistry on Dental Anxiety among 7 to 12 Years Old Children. Int J Clin Pediatr Dent.* diciembre de 2014;7(3):176-9.
5. Ramos-Jorge ML, Ramos-Jorge J, Vieira de Andrade RG, Marques LS. *Impact of exposure to positive images on dental anxiety among children: a controlled trial. Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent.* agosto de 2011;12(4):195-9.

¿CÓMO SE SACAN FOTOS A TUS DIENTES?
Pequeña guía de cómo funciona el procedimiento para niños.
Dr. Milton Ramos Miranda - Dra. Carla Scazzafra

Estas son las **películas** que se necesitan para tomar las fotos a tus dientes.

Esta es la cámara de fotos, nosotros la llamamos "**equipo radiográfico**".

Antes de tomar la fotografía, te debes proteger, usando un **escudo protector**. Desde ahora esta será tu **armadura!**

¡ AHORA ESTAMOS SEGUROS GENIAL!

Tu amigo dentista te tomará las fotografías.

Este es **tu trono**. Acá te sentarás, listo para la fotografía de tus dientes. La película debe ir dentro de tu boca, si eres grande **lo harás sólo!** Si eres pequeño, te ayudarán.

Recuerda siempre **lavarte bien los dientes** antes de tomar la fotografía.

Radiografía de un diente con **caries o lesiones**.

Con la **fotografía** (radiografía) de tus dientes, sabremos cómo están, cómo van creciendo, si están sanos o si tienen caries o lesiones, las que tendremos que operar.

Mientras más quieto estés, mejor saldrá la fotografíal

Radiografía de un diente **totalmente sano**.

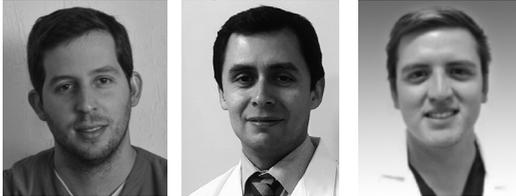
Si sigues estos simples pasos, tus visitas a tu amigo dentista serán más entretenidas!

Cómo prevenir caries o lesiones?
Mantén tus dientes siempre limpios, si cuidas bien de ellos, los tendrás fuertes y sanos para toda la vida.

CONTINUARÁ...

Caso Clínico

Reporte de Caso Clínico: Artritis erosiva de ATM. La complejidad de un cuadro clínico poco descrito.



Skármeta Pérez, Nicolás¹; Araneda Silva, Luis²; Araya Salas, Cristóbal³.

¹ Cirujano Dentista, PhD® en Ciencias de la Salud UCAM, Especialista en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial. Unidad de Dolor Orofacial, Hospital Salvador (SSMO). Especialista en TTM y DOF Ophdental. Diplomado de Oclusión Universidad San Sebastián.

² Cirujano dentista, Especialista en Imagenología Oral y Maxilofacial, Servicio de Radiología Dental del Hospital del Salvador (SSMO), Docente Universidad de Chile, Universidad Mayor, Universidad San Sebastián.

³ Cirujano dentista, Especialista en Patología Maxilofacial. Servicio Diagnóstico, Escuela de Odontología Universidad Mayor, Santiago. Unidad de Cabeza y Cuello en Instituto Nacional del Cáncer.

Introducción

El dolor orofacial crónico es una experiencia multidimensional compleja que puede producirse a partir de diversas estructuras orofaciales del sistema estomatognático y cráneo-cervicales^{1,2}.

Después del dolor dental persistente, la segunda causa más prevalente de dolor orofacial crónico corresponden a los trastornos temporomandibulares (TTM) que engloban a un conjunto de patologías músculo-esqueléticas que generan disfunción y dolor regional en el aparato masticatorio y otras estructuras cercanas^{3,4}. En una revisión sistemática y posterior meta-análisis de Manfredini y cols. estimaron que la prevalencia de los TTM ronda el 45,3% de la población, siendo los trastornos más comunes la mialgia, el mal alineamiento disco-condilar y trastornos articulares dolorosos⁵. Estos datos van en línea con los hallazgos descritos por un grupo de investigadores chilenos que realizó estudio de prevalencia en los beneficiarios de servicios de Salud de Valparaíso y San Antonio⁶.

Durante mucho tiempo la odontología postuló a la oclusión como uno de los principales factores etiopatogénicos de los TTM. No obstante, con el advenimiento de la medicina/odontología basada en la evidencia y la revisión sistemática de la información, el rol de los factores oclusales en el desarrollo de los TTM ha sido relegado y actualmente se considera de menor trascendencia⁷. Éste cambio de paradigma ha implicado que, necesariamente, se busquen otras explicaciones que permitan vislumbrar los mecanismos etiopatogénicos que están involucrado en la incidencia, patogénesis y persistencia de los TTM.

En lo que corresponde a la patología articular, el conocimiento proveniente de la investigación taxonómica en el área⁸, los avances en reumatología e inmunología, y los cambios tecnológicos en imagenología articular, han permitido generar grandes cambios en el conocimiento sobre la fisiopatología del dolor y los procesos destructivos articulares.

Desde una perspectiva biológica, los procesos articulares se pueden dividir en dos grandes sub-grupos: el primero correspondiente a los procesos artríticos mediados por una respuesta inflamatoria de baja intensidad, como por ejemplo la osteoartritis de ATM; el segundo, un proceso artrítico mediado por una respuesta inflamatoria de alta intensidad, donde se destaca la artritis reumatoide afectando a la ATM⁹.

La enfermedad degenerativa articular (osteoartritis) es un proceso patológico en donde la destrucción de las estructuras articulares estará supeditada a una serie de procesos que pueden estar asociados al

envejecimiento, la susceptibilidad genética, eventos de trauma local, sobrecarga mecánica y factores hormonales, entre otros¹⁰. En la osteoartritis, el proceso de degeneración articular estará principalmente basado en la desregulación del proceso homeostático entre el catabolismo/anabolismo de los tejidos cartilagosos, en donde los restos de matriz extracelular y cristales sensibilizan los receptores de células extra-inmunes (fibroblastos y macrófagos sinoviales) y células inmunes (monocitos, células dendríticas y macrófagos) activando una respuesta de inmunidad innata, y produciendo la liberación de citoquinas pro-inflamatorias, la vía del complemento y la expresión de ADAMPTS y metaloproteinasas de matriz de manera local en la articulación, lo que generará cambios destructivos y reparativos que coexisten^{11,12}.

En contraparte, procesos mediados por una respuesta inflamatoria de alta intensidad generalmente responden a mecanismos que son mediados por la autoinmunidad y la respuesta de la inmunidad adaptativa frente a los auto-antígenos del mismo cartílago, generando un proceso de invasión celular destructiva desde la sinovial hacia las estructuras articulares¹³.

Este comportamiento biológico dispar también se verá representado en los hallazgos imagenológicos de forma distintiva en donde la osteoartritis presentará hallazgos más menos prototípicos, que han sido bien definidos por Ahmad y cols.¹⁴. En contraparte, los hallazgos imagenológicos esperables en un proceso artrítico altamente inflamatorio corresponden a procesos destructivos agresivos que erosionan los tejidos duros articulares generando gran daño¹⁵.

No obstante, existen variantes clínicas donde los síntomas hacen pensar en un proceso degenerativo y las imágenes denotan un proceso articular sumamente destructivo que al examen de laboratorio arroja resultados seronegativos, como por ejemplo las osteoartritis erosivas. Éste cuadro clínico se caracteriza por ser una variante clínica poco frecuente en pacientes que presentan procesos osteoartrosicos generalizados, dando manifestaciones mono u oligoarticulares, sumamente destructivas que comprometen principalmente articulaciones pequeñas como las interfalángicas distales y/o proximales¹⁶, así como también, existen cuadros reumatológicos que producen patrones de destrucción erosivos con serología negativa como algunas variantes de artritis reumatoide y juvenil, artritis psoriática o espondilitis anquilosantes de manifestación temporomandibular¹⁷.

A continuación, los autores presentan un caso clínico que exhibe la complejidad diagnóstica de una destrucción erosiva monoarticular de una ATM en donde la clínica y la serología son poco concluyentes.

Caso Clínico

Se reporta caso clínico de paciente género femenino de 63 años edad, desdentada total superior e inferior, con hipertensión controlada, hipercolesterolemia y osteopenia en tratamiento, que fue derivada al especialista de Dolor Orofacial por un sonido crepitante en la ATM derecha. Al momento de consulta la paciente se encontraba tomando Captopril®, Atorvastatina® y ECAL-Diente®.

Al confeccionar la historia clínica se pesquisó que la paciente presentaba molestias ocasionales en la ATM derecha desde hace un año. En el examen, utilizando criterio clínico de la DC/TMD (18), se diagnosticó una mialgia local en el masetero superficial derecho, una osteoartritis en la ATM derecha con leve dolor a la palpación, y una osteoartrosis en la ATM izquierda.

En los cuestionarios de salud general se encontró la presencia de dolores articulares en las caderas, rodillas, tobillos y manos, además de signos de osteoartritis en manos y en el cuero cabelludo.

Se solicitó el estudio imagenológico correspondiente que consideró inicialmente una radiografía panorámica y luego una tomografía computada de haz cónico de ATM.

Si bien la radiografía panorámica no proyecta libre los cóndilos mandibulares como es habitual dado que persisten en el fondo de sus respectivas fosas articulares por el desdentamiento de la paciente, es posible visualizar una marcada destrucción de la superficie articular del cóndilo mandibular derecho, así como también la remodelación de la fosa articular del hueso temporal derecho.



Figura 1 Radiografía panorámica que muestra la evidente destrucción a nivel del cóndilo mandibular y la fosa articular de la ATM derecha.

La visualización del examen de tomografía computada de haz cónico de ambas ATM adquirida en boca cerrada evidencia una severa destrucción de la superficie articular de ambos cóndilos mandibulares que en particular en el lado derecho exhibe espículas óseas orientadas hacia el

espacio articular. La erosión de la superficie articular es especialmente visible en los cortes coronales, así como también la erosión de la cortical del fondo de la fosa articular temporal. Nótese asimismo gran osteofito en el aspecto anterior del cóndilo mandibular izquierdo. El espacio articular está disminuido en ambas ATM aunque con mayor severidad en la ATM izquierda, todos cambios óseo que impresionan como artritis psoriática si se asocian con los hallazgos en piel de la paciente, tal como los describen Larheim y colaboradores¹⁵.

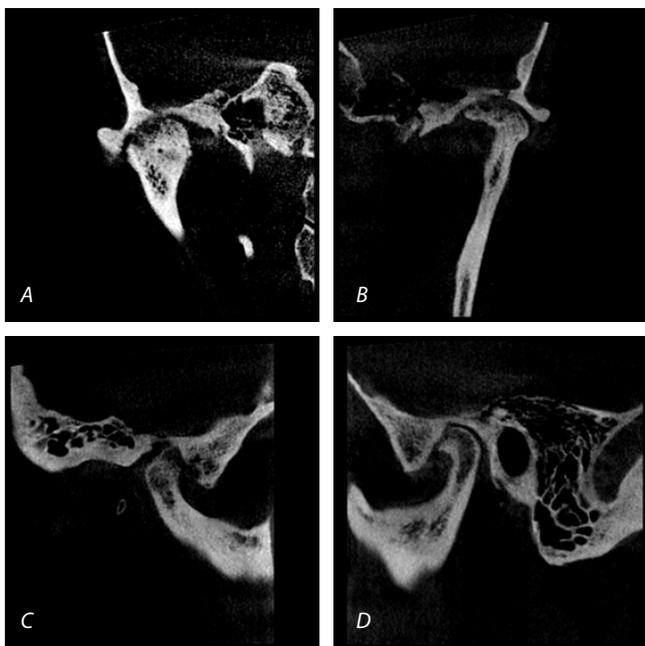


Figura 2 Cortes coronales (A y B) y sagitales (C y D) de Tomografía Computada de Haz Cónico de ATMs derecha e izquierda que evidencian la gran destrucción y remodelación a la superficie articular de ambos cóndilos mandibular y la remodelación de la fosa articular.

En busca de descartar la presencia de una patología reumática se solicitaron exámenes serológicos, incluyendo VHS, PCR, Anti-CCP, ANA, ENA, factor reumatoide y HLA B-27, además de niveles de hormona paratiroidea, calcio, fósforo y fosfatasa alcalina en busca de descartar un tumor pardo o una metástasis ósea en la ATM, sin encontrar hallazgos importantes.

Se realizaron derivaciones al reumatólogo y endocrinólogo para descartar aquellos procesos, sin obtener diagnósticos concluyentes.

Por último, conforme a la severidad de los hallazgos de imagen sumado a la sintomatología del caso en particular se solicitó una resonancia de ATM con el objeto de descartar la presencia de una lesión tumoral provenientes de tejidos blandos y que permitiera obtener mayor información. La imagen de densidad protónica en cortes sagitales permite

visualizar el disco articular adelantado y deformado en ambos lados. En la imagen coronal en stir se favorece la visualización de importante sinovitis en ambas ATM y derrame especialmente destacado hacia el polo lateral en la ATM derecha.

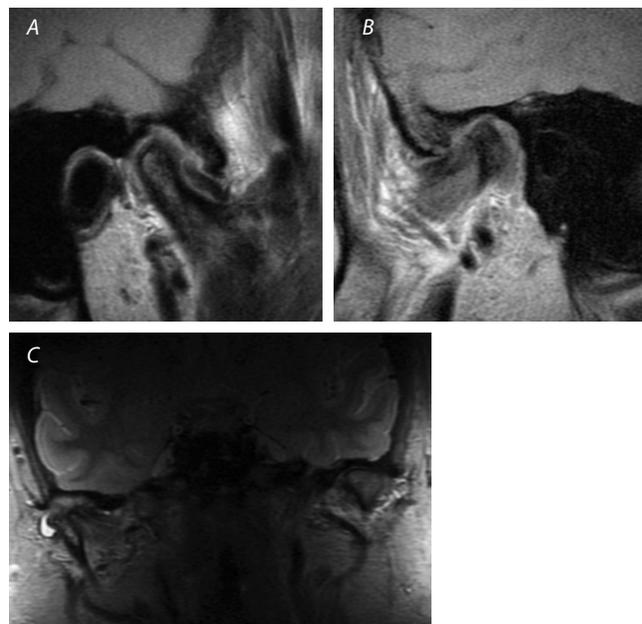


Fig. 3. Imagen resonancia magnética en cortes sagitales, que evidencia el desplazamiento discal anterior, y en corte coronal, en que es posible apreciar la sinovitis además del derrame especialmente destacado hacia el polo lateral de la ATM derecha.

Se optó por un tratamiento conservador en base de controles periódicos y farmacología, logrando producir la resolución de dolor.

Al control de los tres meses la paciente consultó sin dolor, pero con la presencia de placas eritematosas y escamosas en la piel de los codos y rodillas, las cuales habían debutado hace dos semanas y eran consistente con psoriasis, que posteriormente fue corroborado con un diagnóstico reumatológico.



Figura 4. Imagen de la piel del codo con placa psoriática

Dados todos los hallazgos y utilizando el criterio CASPAR (Classification Criteria for Psoriatic Arthritis) se determinó que el caso clínico presentado configura como artritis psoriática de ATM¹⁹.

Discusión

La ATM es una articulación sinovial, y como tal no está exenta de procesos biológicos que afectan otras articulaciones sinoviales del sistema locomotor. En este contexto, cuando se pesquisa imagenológicamente un cuadro de destrucción articular agresiva, inmediatamente se debe pensar que el comportamiento biológico de aquella articulación no es acorde con un proceso progresivo de destrucción/reparación como lo es habitualmente la osteoartritis de ATM¹⁵.

La osteoartritis erosiva está descrita como un cuadro poco común que afecta principalmente a articulaciones interfalángicas de la mano. Se da principalmente en pacientes que presentan cuadros de osteoartritis generalizados, y se destaca por producir deformidad y episodios de dolor con exacerbaciones agudas de manera frecuente con mucha alodinia e incluso parestesia¹⁶.

Histológicamente se caracterizan por presentar localmente en la zona de erosión una sinovitis proliferativa indistinguible de una artritis reumatoide, no obstante, también presenta otras características que son más consistentes con una osteoartritis como fibrosis en la capa subíntima, cambios de condensación ósea en el hueso subcondral y formaciones osteofíticas marginales²⁰. Existen, además, una serie de patologías que se han asociado a cuadros de osteoartritis erosiva como el hiperparatiroidismo, hipotiroidismo, artritis por depósitos de cristales y por hipofosfatemia, asociados enfermedad renal crónica (asociadas a hemodiálisis o artropatía amiloide), enfermedades autoinmunes como esclerodermia, Sjögren y tiroiditis autoinmunes entre otras condiciones^{16, 20}.

A pesar de que este cuadro no está actualmente descrito, probablemente se ha subdiagnosticado o derechamente clasificado como una condilolisis idiopática. En este caso particular, pese a que la paciente probablemente por sus características biotípicas y edad, probablemente hubiese presentado una osteoartritis oligoarticular, la clínica no fue lo suficientemente aguda para presuponer un cuadro de osteoartritis erosiva.

Por otra parte, existen una serie de patologías de la familia de las espondiloartropatías y otros cuadros autoinmunes que presentan serología seronegativa pero que producen patrones de destrucción erosivos^{13,17}. En este caso particular, el antígeno HLA-B27 salió negativo por lo que se descartaron espondiloartropatías como la espondilitis anquilosante y una artritis reactiva, de modo que los autores se inclinaron por una artritis psoriática como hipótesis de trabajo.

La artritis psoriática puede presentarse en un 5-30% de los pacientes con psoriasis. A pesar de que la etiopatogenia de la artritis psoriática no se conoce bien, se cree que comparte características histológicas, inmunológicas y patogénicas similares a la psoriasis²¹. La sinovitis de la artritis psoriática es bastante similar a la de las espondiloartropatías, caracterizándose por una hiperplasia sinovial menos marcada que la artritis reumatoide, pero con prominente sobrevascularización sinovial y un abundante infiltrado inflamatorio rico en linfocitos T, neutrófilos y macrófagos activados²². Al igual que en la piel, habrá expansión clonal de linfocitos TCD4 y TCD8 en la sinovial y en el líquido sinovial privilegiando una respuesta Th1 y en menor medida Th17²³. La evolución e inflamación crónica producirá erosión ósea y destrucción del cartílago articular que se produce en los márgenes de la articulación. A diferencia de la artritis reumatoide, las erosiones se suelen tornar más irregulares por un aumento reactivo de la osteoclastogénesis y focos de neoformación ósea²⁴.

En el examen de tomografía computada de haz cónico de ATM es sumamente difícil realizar el diagnóstico diferencial entre una espondiloartropatía, artritis reumatoide y una artritis psoriática. Múltiples erosiones o focos de proliferación ósea pueden aparecer frecuentes en las espondiloartropatías, artritis psoriática u otras artritis seronegativas, pudiendo servir para hacer la distinción entre uno de estos cuadros y una artritis reumatoide (15). En la resonancia magnética de ATM, los hallazgos son más menos comunes en varios de estos procesos destructivos, en donde se puede observar posicionamiento anormal del disco, pannus, edema medular, erosión del cóndilo mandibular, erosión de la fosa articular, entre otros^{25, 27}.

En este caso clínico lo que pudo orientar el diagnóstico fue la aparición de lesiones en los codos y en la piel consistente con psoriasis, ya que tanto la clínica como los exámenes de laboratorio fueron poco concluyentes.

Conclusiones

La artritis erosiva es un término genérico que se utiliza para describir un cuadro mono u oligoarticular inusualmente agresivo. Cuando éste constituye un hallazgo tanto el radiólogo maxilofacial como el clínico deben sospechar de alguna alteración que se aleja de la enfermedad los procesos degenerativos más comunes que afectan a la ATM. En estos casos es relevante sospechar de cuadros

reumatológicos un poco más comunes como la artritis reumatoidea o la artritis juvenil idiopática (en niños). Otros cuadros más infrecuentes, como las osteoartritis erosivas como las espondiloartropatías y la artritis psoriáticas, deben considerarse cuando tanto la clínica como los exámenes serológicos sean poco determinantes en orientar el diagnóstico.

Referencias Bibliográficas

- Klasser GD, Okeson JP. Role of the dentist in the management of orofacial pain. *Pain Manag.* 2015;5(6):407–11.
- Slade GD, Ohrbach R, Greenspan JD, Fillingim RB, Bair E, Sanders AE, et al. Painful Temporomandibular Disorder: Decade of Discovery from OPFERA Studies. *J Dent Res.* 2016 Sep;95(10):1084–92.
- Renton T. Chronic orofacial pain. *Oral Dis.* 2016 Jul 14;
- List T, Jensen RH. Temporomandibular disorders: Old ideas and new concepts. *Cephalalgia Int J Headache.* 2017 Jun;37(7):692–704.
- Manfredini D, Guarda-Nardini L, Winocur E, Piccotti F, Ahlberg J, Lobbezoo F. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: a systematic review of axis I epidemiologic findings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology.* 2011 Oct;112(4):453–62.
- Guerrero L, Coronado L, Maulén M, Meeder W, Henríquez C, Lovera M. Prevalencia de trastornos temporomandibulares en la población adulta beneficiaria de Atención Primaria en Salud del Servicio de Salud Valparaíso, San Antonio. *Av En Odontostomatol.* 2017;33(3):113–120.
- Manfredini D, Lombardo L, Siciliani G. Temporomandibular disorders and dental occlusion. A systematic review of association studies: end of an era? *J Oral Rehabil.* 2017 Jun 10;
- Ohrbach R, Dworkin SF. The Evolution of TMD Diagnosis: Past, Present, Future. *J Dent Res.* 2016 Jun 16;
- Mercuri LG. Osteoarthritis, osteoarthrosis, and idiopathic condylar resorption. *Oral Maxillofac Surg Clin N Am.* 2008 May;20(2):169–183, v–vi.
- Herrero-Beaumont G, Roman-Blas JA, Castañeda S, Jimenez SA. Primary Osteoarthritis No Longer Primary: Three Subsets with Distinct Etiological, Clinical, and Therapeutic Characteristics. *Semin Arthritis Rheum.* 2009 Oct;39(2):71–80.
- Liu-Bryan R, Terkeltaub R. Emerging regulators of the inflammatory process in osteoarthritis. *Nat Rev Rheumatol.* 2014 Sep 30;11(1):35–44.
- Felson DT. Osteoarthritis as a disease of mechanics. *Osteoarthritis Cartilage.* 2013 Jan;21(1):10–5.
- Schett G. Erosive arthritis. *Arthritis Res Ther.* 2007;9(1):S2.
- Ahmad M, Hollender L, Anderson Q, Kartha K, Ohrbach R, Truelove EL, et al. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD): development of image analysis criteria and examiner reliability for image analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology.* 2009;107(6):844–860.
- Larheim TA, Abrahamsson A-K, Kristensen M, Arvidsson LZ. Temporomandibular joint diagnostics using CBCT. *Dentomaxillofacial Radiol.* 2015 Jan;44(1):20140235.
- Punzi L, Ramonda R, Sfriso P. Erosive osteoarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2004;18(5):739–758.
- Porrino J, Carlson B, Kani KK, Mulcahy H, Wyatt A, Chew FS. Disappearing acts: the many causes of rapidly destructive arthritis. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2017;46(1):63–73.
- Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group†. *J Oral Facial Pain Headache.* 2014;28(1):6–27.
- Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H. Classification criteria for psoriatic arthritis: Development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum.* 2006 Aug 1;54(8):2665–73.
- Banks SE. Erosive osteoarthritis: a current review of a clinical challenge. *Clin Rheumatol.* 2010 Jul;29(7):697–706.
- Tillett W, Costa L, Jadon D, Wallis D, Cavill C, McHUGH J, et al. The Classification for Psoriatic Arthritis (CASPAR) criteria—a retrospective feasibility, sensitivity, and specificity study. *J Rheumatol.* 2012;39(1):154–156.
- González S, Queiro R, Ballina J. Actualización en la patogenia de la artritis psoriásica. *Reumatol Clínica.* 2012 Mar 1;8:1–6.
- Krueger J, Bowcock A. Psoriasis pathophysiology: current concepts of pathogenesis. *Ann Rheum Dis.* 2005 Mar;64(Suppl 2):ii30–ii36.
- Jacobson JA, Girish G, Jiang Y, Resnick D. Radiographic evaluation of arthritis: inflammatory conditions. *Radiology.* 2008;248(2):378–389.
- Helenius LMJ. Oral and temporomandibular joint findings in rheumatic diseases [Internet]. Helsinki University; 2005 [cited 2016 Jul 13]. Available from: <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/hamma/vk/helenius/oralandt.pdf>
- Hirahara N, Kaneda T, Muraoka H, Fukuda T, Ito K, Kawashima Y. Characteristic Magnetic Resonance Imaging Findings in Rheumatoid Arthritis of the Temporomandibular Joint: Focus on Abnormal Bone Marrow Signal of the Mandibular Condyle, Pannus, and Lymph Node Swelling in the Parotid Glands. *J Oral Maxillofac Surg.* 2017 Apr 1;75(4):735–41.
- Kretapirom K, Okochi K, Nakamura S, Tetsumura A, Ohbayashi N, Yoshino N, et al. MRI characteristics of rheumatoid arthritis in the temporomandibular joint. *Dentomaxillofacial Radiol [Internet].* 2013 Apr [cited 2017 Dec 6];42(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3667508/>

Agradecimientos:

Dr. Guillermo Concha, Dra. María Cecilia Pesce, Dra. Josefina Saldivia, Dra. Paula Espinoza M., Dra. Francisca Montini, Dr. Fernando Hormazábal, Dr. Víctor Sanhueza

Hyperion X5 2D/3D

El primer sistema suspendido
3D/2D más compacto al mundo

22 programas 2D

Multipan

Tecnología Cone Beam 3D MultiFOV hasta **10x10 cm**



BOMM

Distribuidor Exclusivo

Tecnología para
profesionales de
avanzada

www.bomm.cl

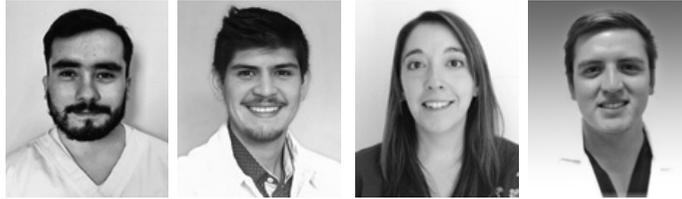
SANTIAGO: LUIS THAYER OJEDA Nº 0115 OF.28 / (TEL) 02 22340477 / 02 24211536 / (FAX) 0224211538

VIÑA DEL MAR: AVENIDA LOS LIMONARES Nº95 / (TEL) 032 2853028 / (FAX) 032 2852274

CONCEPCIÓN: PEDRO AGUIRRE CERDA Nº 1234 Depto B / (TEL) 041 2211160 / (FAX) 041 2211160

Caso Clínico

Quiste óseo simple en paciente con Trisomía 21



Felipe Hernández Olivares¹, Enzo Morety Rodríguez¹, Carolina Baltera Zuloaga²,
Cristóbal Araya Salas³, Benjamín Martínez Rondanelli³, Sergio González Providell³.

¹ Escuela de Odontología, Facultad de Ciencias, Universidad Mayor sede Santiago

² Área de Radiología Maxilofacial, Escuela de Odontología, Facultad de Ciencias, Universidad Mayor sede Santiago.

³ Departamento de Patología General y Oral, Escuela de Odontología, Facultad de Ciencias, Universidad Mayor sede Santiago

Resumen

El Quiste Óseo Simple (QOS) es considerado un pseudoquiste, constituyendo muchas veces un hallazgo radiográfico entre la primera y segunda década de vida.

Se reporta caso de paciente género masculino, de 17 años de edad, con trisomía 21, sin otro antecedente mórbido, con aumento de volumen en cara interna mandibular derecha cubierto por mucosa sana. Los dientes en relación a lesión se encuentran vitales.

Dentro de sus diagnósticos diferenciales se consideró ameloblastoma, queratoquiste, así como también con granuloma central de células gigantes.

Palabras claves: Pseudoquiste, quiste óseo simple.

Abstract

The Simple Bone Cyst (SBC) is considered a pseudocyst, which many times is a radiographic finding between the first and second decade of life.

The present case report corresponds a male patient, 17 years old, with trisomy 21, without another antecedent morbid, with an increase of volume in the internal face of the right mandibular covered by normal mucosa. Teeth related to injury are vital.

Within their differential diagnoses are ameloblastoma, odontogenic keratocyst and the central giant cell granuloma.

Keywords: Pseudocyst, simple bone cyst.

Introducción

El Quiste Óseo Simple(QOS) es considerado un pseudoquiste, ya que se presenta como una cavidad sin recubrimiento epitelial el cual puede tener contenido hemorrágico, seroso o no presentar contenido. Es clasificado por la Organización Mundial de la Salud como una lesión asociada a hueso¹. Se observa durante la primera y segunda décadas y no presenta predilección por género^{4,8}. Se presenta con mayor frecuencia en los huesos largos como húmero y fémur. Su etiología es desconocida, pero se asocia a traumas, necrosis isquémica de la medula ósea, alteraciones en el metabolismo óseo, obstrucciones del drenaje venoso, alteraciones del metabolismo del calcio, entre otros⁹.

Se presenta como una lesión asintomática, pero en algunos pacientes puede presentarse aumento de volumen y dolor asociado a la lesión (10 a 30% de los pacientes)¹⁰.

Reporte de Caso

Paciente género masculino de 17 años de edad con trisomía 21, sin otro antecedente mórbido, presenta aumento de volumen en cara interna mandibular derecha cubierto por mucosa sana. Los dientes en relación a lesión se encuentran vitales. La radiografía panorámica muestra lesión radiolúcida unilocular, de límites difusos, con extensión en cuerpo y rama mandibular desde zona apical de diente 4.4 a zona media de rama, que ha producido una leve expansión y adelgazamiento del borde basilar y posterior de la mandíbula (Figura 1). Se solicita tomografía computada de haz cónico (TCHC) donde se observa lesión bilobulada en zona anterior (Figura 2), con leve expansión de tablas óseas y adelgazamiento de las corticales (Figura 2). Se realizó biopsia de tipo incisional y durante la cirugía se observa una cavidad vacía. El estudio histopatológico mostro trabeculado óseo de aspecto normal sin presencia de recubrimiento epitelial ni de tejido conectivo al interior de la cavidad. (Figura 3)



Figura 1: Radiografía Panorámica de agosto 2014. Hallazgo radiográfico realizado en el Instituto de ortodoncia con el cual se realiza derivación.

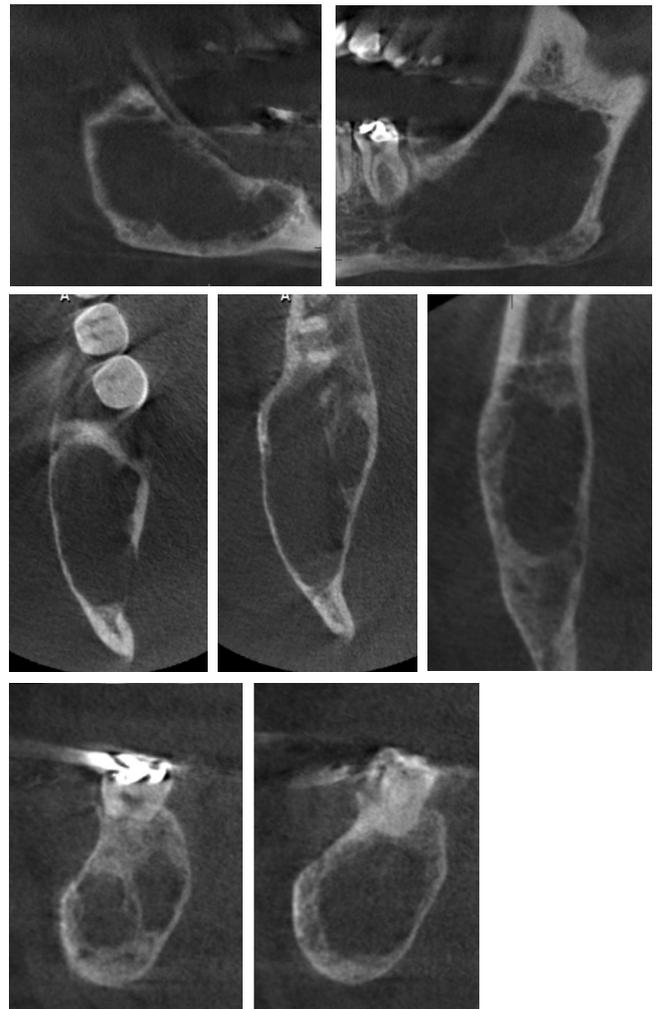


Figura 2: Cortes Sagitales, donde se observan los límites difusos de la lesión. Cortes axiales de craneal a caudal donde se observa la expansión y adelgazamiento de las corticales lingual y vestibular. Cortes coronales donde se observa el aspecto bi-lobulado de la lesión en zona de diente 4.4.

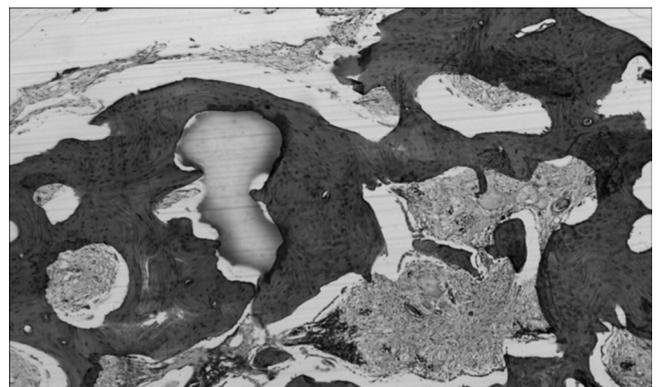


Figura 3: Aumento 4x de imagen histológica donde se observa cavidad vacía, compuesta por paredes óseas. El trabeculado óseo de aspecto normal. No se observa recubrimiento epitelial al interior de la cavidad ni tejido conectivo.

Luego de 6 meses de realizada la biopsia se realizó una radiografía panorámica de control, donde se observa el área con una menor radiolucidez, lo que sigue radiográficamente un proceso de reparación ósea. (Figura 4).



Figura 4: Radiografía Panorámica de enero 2015.

Discusión

El quiste óseo simple corresponde a una lesión que muchas veces es un hallazgo radiográfico que se realiza entre la primera y segunda década, debido a que la mayoría de los pacientes se encuentra asintomáticos¹. Su etiología sigue siendo desconocida, sin embargo, algunos autores lo asocian a un traumatismo¹. Se localiza en mandíbula, más frecuentemente en la zona de premolares, rama mandibular y sínfisis. Se presenta radiográficamente como una lesión radiolúcida de límites bien definidos, en

ocasiones corticalizados y cuyos márgenes pueden ser fentoneados^{1,2,3,6}. Estas características radiográficas, así como también la ubicación, son compartidas con otras lesiones con las que debemos hacer diagnóstico diferencial como ameloblastoma, queratoquiste, así como también con granuloma central de células gigantes^{3,4,6}.

A diferencia del quiste óseo simple, el ameloblastoma suele presentar expansión y adelgazamiento de corticales, además de rizálisis de los dientes asociados a la lesión. El queratoquiste presenta un crecimiento transversal en el hueso, pudiendo provocar desplazamiento de los dientes. El granuloma central también corresponde a una lesión radiolúcida de límites definidos o parcialmente definidos, de crecimiento expansivo que se presenta entre la segunda y tercera décadas, que puede provocar desplazamiento y rizálisis de los dientes asociados^{2,11}.

El tratamiento del quiste óseo simple consiste en la exploración quirúrgica y curetaje de la lesión para inducir la reparación ósea, la cual debería ocurrir entre 6 a 24 meses. Por este motivo se recomiendan controles radiográficos entre 6 a 12 meses posterior a la cirugía, con el fin de controlar el proceso de neoformación ósea⁹.

Se han reportado casos en la literatura de resoluciones espontáneas de estas lesiones, sin embargo, debido a que existen múltiples posibles diagnósticos de manejo más complejo, cuya presentación radiográfica y clínica es similar, no se recomienda mantener una conducta expectante.

Referencias

- 1.- I. Cortell; R. Figueiredo; L Berini; C. Gay. Traumatic bone cyst: A retrospective study of 21 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009; 14 (5): 239-43.
- 2.- M. Copete, DDS, MS, a Akitoshi Kawamata, DDS, PhD, b and Robert P. Langlais, Solitary bone cyst of the jaws, Radiographic review of 44 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 85: 221-5.
- 3.- A Suomalainen; S Apajalahti; M Kuhlefelt; J Hagstro. Simple bone cyst: a radiological dilemma. *Dentomaxillofacial Radiology* 2009; 38: 174-177.
- 4.- P. Saquete; T. de Santana; V. Cavalcanti; J. Silva; E. de Souza; L. Ferreira. Traumatic bone cyst of the mandible: a review of 26 cases. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2012; 78(2): 16-21.
- 5.- R. Mathew; G. Omami; D. Gianoli; A. Lurie. Unusual cone-beam computerized tomography presentation of traumatic (simple) bone cyst: case report and radiographic analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2012; 113: 410-413.
- 6.- S. Matsumura; S. Murakami; N. Kakimoto; S. Furukawa; M. Kishino; T. Ishida; H. Fuchihata. Histopathologic and radiographic findings of the simple bone cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 85: 619-25.
- 7.- Y. Suei; A. Taguchi; K. Tanimoto. Simple Bone Cyst of the Jaws: Evaluation o Treatment Outcome by Review of 132 Cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2007; 65: 918-923.
- 8.- L. Barnes; J. Eveson; P. Reichart; D. Sidransky (Eds). *World Health Organization Classification of Tumours, Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours*. IARC Press; Lyon 2005. 283-327.
- 9.- Sanyura Lopes Dias. Simple Bone cyst: a case report and review of literature. *J health SCI Inst*. 2012;30(3)295-8.
- 10.- S. Manshomal; S, Bhavin ; AAnil. Simple bone cyst- case report with 6 month follow up. *JOOO*. 2016;2(2).105-109.
- 11.- Alfaro L, Martínez B. *Atlas de Patología de los maxilares*. 1ª Edición (Madrid); Ripano S.A. 2011;242-47.

Veraview X800

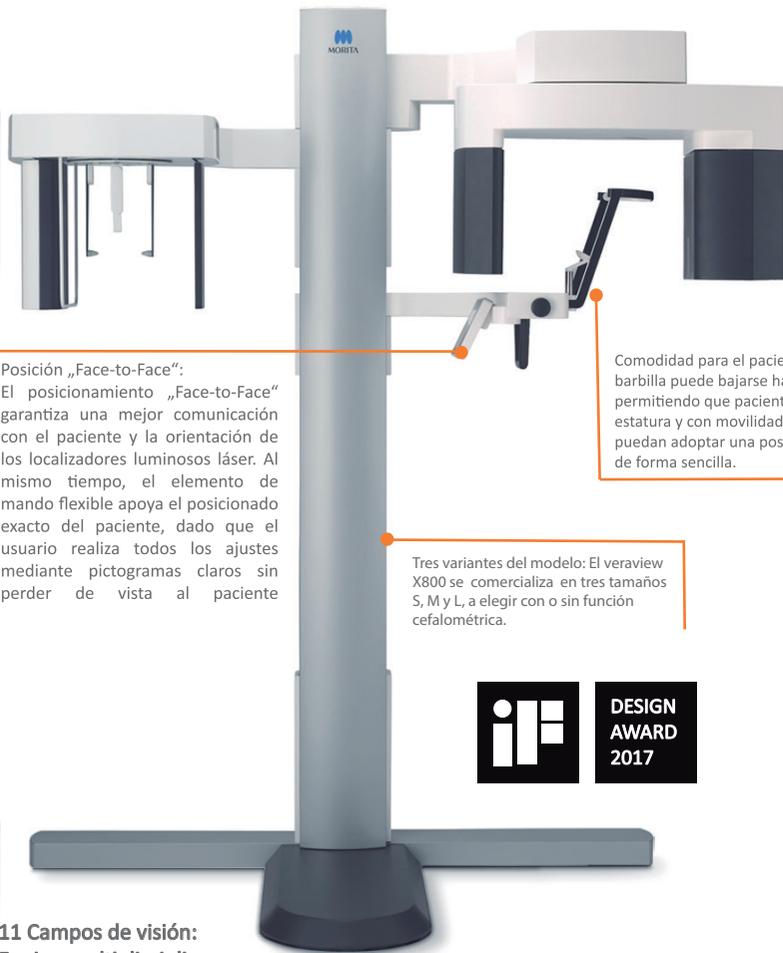
Precisión hasta el último detalle. Para un diagnóstico fiable.



La empresa nipona Morita hace gala de su lema Thinking ahead. Focus on life con su nuevo sistema de diagnóstico de imágenes 2D/3D, Veraview X800.

El sistema de diagnóstico por imagen dental Veraview X800 saca a la luz cada detalle con absoluta nitidez. Con máxima resolución gracias a un tamaño de vóxel de 80 µm y funciones innovadoras, el sistema proporciona la base perfecta para un diagnóstico absolutamente seguro. Esta técnica presenta numerosas ventajas, entre ellas una dosis menor de radiación en comparación con las técnicas tradicionales protegiendo la salud del paciente. Esto lo demuestra el sistema combinado para radiografías panorámicas, cefalométricas y tridimensionales, p. ej. con once volúmenes de exposición diferentes que garantizan siempre la dosis más baja con la mejor calidad de imagen.

- Imágenes al detalle y exposición mínima a la radiación.
- No tendrás que desplazarte de un centro a otro, puedes trabajar en forma remota.



Posición „Face-to-Face“:
El posicionamiento „Face-to-Face“ garantiza una mejor comunicación con el paciente y la orientación de los localizadores luminosos láser. Al mismo tiempo, el elemento de mando flexible apoya el posicionado exacto del paciente, dado que el usuario realiza todos los ajustes mediante pictogramas claros sin perder de vista al paciente

Comodidad para el paciente: El apoya barbilla puede bajarse hasta 1,005 mm, permitiendo que pacientes de cualquier estatura y con movilidad reducida puedan adoptar una postura cómoda de forma sencilla.

Tres variantes del modelo: El veraview X800 se comercializa en tres tamaños S, M y L, a elegir con o sin función cefalométrica.



11 Campos de visión: Equipo multi disciplina.

| Campo de visión (FOV) | Tamaño de Voxel | Modo 180° | Modo 360° | S | M | L |
|-----------------------|-----------------|-----------|-----------|---|---|---|
| Ø 40 × H 40 High Res | 0,080 mm | | | | | |
| Ø 40 × H 40 | 0,125 mm | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Ø 40 × H 80 | | | | | | |
| Ø 80 × H 40 | 0,125 mm | ✓ | ✓ | – | ✓ | ✓ |
| Ø 80 × H 50 | | | | | | |
| Ø 80 × H 80 | | | | | | |
| R 100 × H 40 1 | 0,125 mm | ✓ | – | – | ✓ | ✓ |
| R 100 × H 50 1 | | | | | | |
| R 100 × H 80 1 | | | | | | |
| Ø 150 × H 50 2 | 0,320 mm | – | ✓ | – | – | ✓ |
| Ø 150 × H 75 2 | | | | | | |
| Ø 150 × H 140 3 | | | | | | |

Calidad de imagen única:

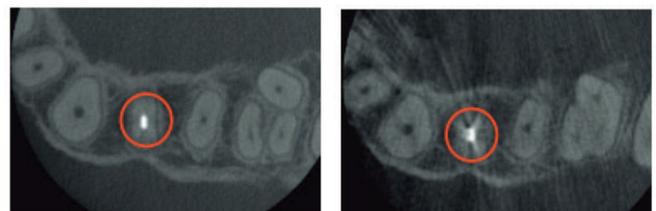
El Veraview X800 convence con radiografías tridimensionales excelentes y ofrece la posibilidad de procesarlas posteriormente. Además, el sistema ofrece una serie de nuevas funciones panorámicas, como p. ej. el Adaptive Focal Point (AFP) o la Adaptive Gray Scale (AGS). Las mejores condiciones para un perfecto y completo diagnóstico.



Precisión en su funcionamiento:

Valores máximos de 80µm y 2,5 LP/mm Precisamente aquí convence el Veraview X800 con rendimientos absolutamente excepcionales y se muestra con una nitidez incomparable: así, el tamaño de vóxel para imágenes con el campo de visión (FOV) Ø 40 × H 40 es, realmente, de 80 µm y, con ello, consigue una resolución excepcional con 2,5 LP/mm.

Con la función de transferencia de modulación (MTF) existe la posibilidad de evaluar objetivamente la resolución del par de líneas e indicar cuántos pares de líneas todavía se pueden diferenciar y en que nivel de contraste. En general, con un valor MTF del 10 % a simple vista se pueden diferenciar con un mayor nivel de contraste. La resolución espacial no solo depende del tamaño de vóxel.



Caso Clínico

Quiste botrioide, Reporte de caso



Sáez Raúl¹, Pinto Daniel², Tripina Diego³

¹ Cirujano y Traumatólogo BMF, Universidad de Chile, Académico Universidad de Chile.

² Radiólogo Dentó Máxilo Facial Universidad de Chile, Académico Universidad de Chile y Universidad Finis Terrae.

³ Cirujano Dentista, Estudiante de la Especialista en Radiología DMF, Universidad de Chile.

Abstract

The report of a case of Botryst Cyst in atypical location is shown and how was its evolution in the treatment time established, the controls were made using Convencional and volume imagery to observe its evolution and behavior. The Clinical Imaging integration is fundamental for the interpretation of the Diagnosis, treatment and control of the injuries.

Introducción

Los hallazgos radiográficos son frecuentes en la profesión odontológica, el diagnóstico por imagen es indispensable mas una cuando se observan lesiones no prevalentes y que no son del manejo del odontólogo general. Establecer un diagnóstico adecuado es lo imperante ya que de este depende el éxito del tratamiento instaurado, el caso clínico que se desarrollara es reflejo de el trabajo integrado de distintas especialidades para lograr un diagnóstico certero y buscar dar la salud a nuestro paciente.

Reporte de Caso

Paciente de iniciales A.C.Y de 48 años, sexo femenino, de Ocupación Vendedora, consulta Derivada por aumento de volumen intra oral zona geniana izquierda, de 3 meses de evolución, al Examen físico general paciente es mesomorfa. No se observa asimetría facial. Al examen bucal se observa aumento de volumen de consistencia dura en relación a fondo de vestíbulo de dientes 11 a 14, sin movilidad de piezas dentarias, dientes vitales asintomáticos. Expansión vestibular, recubierto por mucosa de aspecto normal. Paciente no refiere malos hábitos o presentar alergias.

Al examen radiográfico intra oral retroalveolar se observa Área radio lúcida multilocular, de límites netos y definidos no corticalizados, proyectada en zona apical y radicular de diente 10 a diente 13. Sin signos de rizálisis o de desplazamiento de dientes. Debido a la característica de la lesión, se solicita examen de Tomografía Computada Cone Beam, este examen se observa lesión hipo densa, locular, de límites definidos que festonea porciones radiculares, compromete cortical de piso nasal.

Se realiza cirugía para la toma de muestra de dos zonas de la lesión, en donde se observa Muestra 1 membrana quística delgada en parte recubierta por epitelio no queratinizado, sin papilas, en varias partes desprendido del corion, con dos a tres capas, estrato basal cúbico, y en varias zonas engrosamiento y arremolinamiento de dichas células epiteliales con algunas alargadas y de citoplasma claro. Muestra 2 Se observan varias zonas con epitelio no queratinizado, desprendido del corion, con dos capas, y también con engrosamientos, y estrato basal cúbico. También con cápsula de tejido conjuntivo laxo

El diagnóstico histopatológico indica ser un Quiste periodontico lateral Botrioide, El tratamiento Instaurado fue la realización de endodoncia de dientes involucrados en la lesión y descompresión de esta.

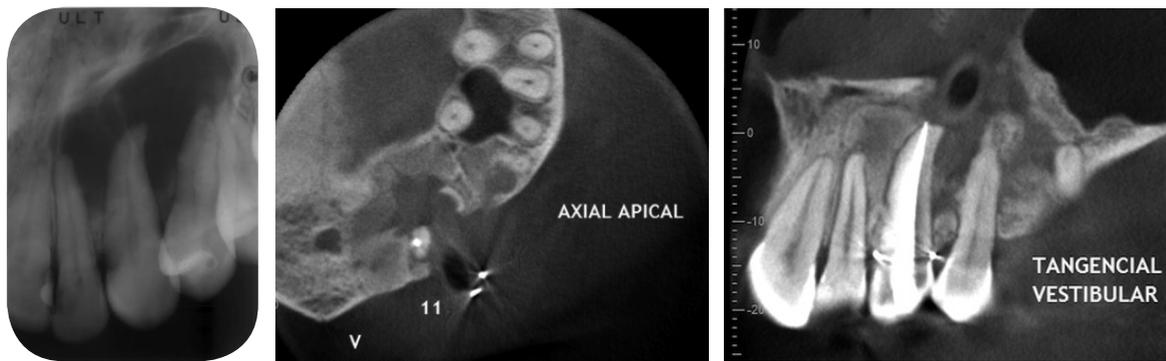


Figura 1. Imagenología Inicial del caso 2015, Radiografía Retro alveolar, Corte Axial y Sagital reorientado

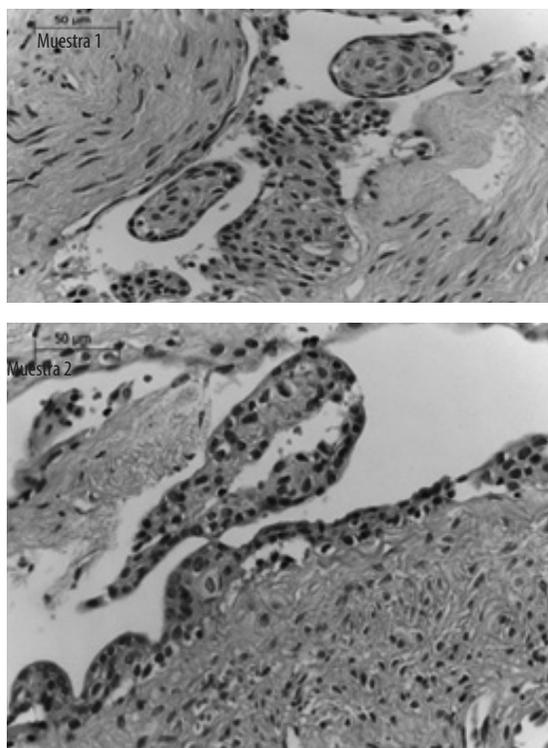


Figura 2. Fotografía de corte Histopatológico de la lesión.

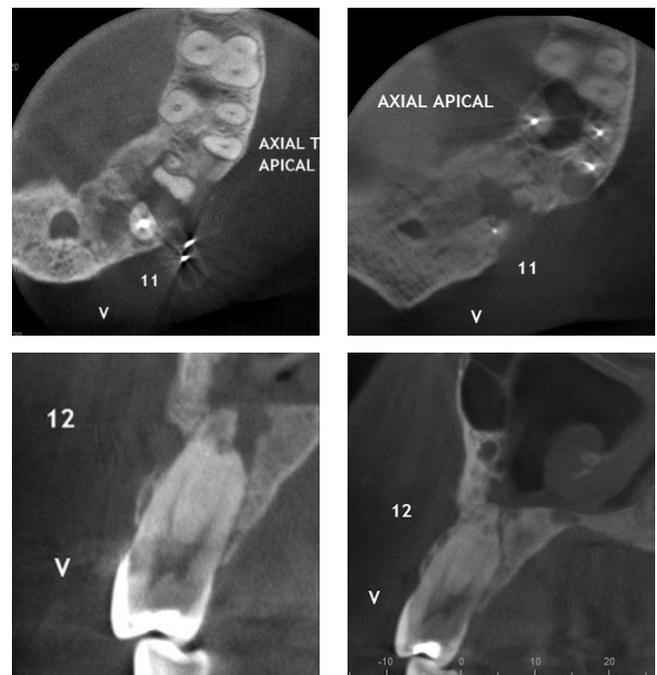


Figura 4. Control Imagenológico de Tratamiento 2015 2016 mediante tomografía computada Cone Beam, se observa corte axial y trasversal, disminución de la lesión y signos de neo formación ósea.



Figura 3. Controles Imagenológico de Tratamiento 2015-2016 en radiografía retro alveolar.

Discusión

El quiste periodontal lateral es un tipo de quiste odontogénico del desarrollo que se localiza a lo largo de la superficie Radicular del diente. Sus posibles orígenes serían:

- Proveniente de un quiste dentígero, al erupcionar el diente el quiste asume una posición lateral.
- A una proliferación de restos de Malassez en el ligamento periodontal, se desconoce el factor de esta estimulación

Sus principales características son presentar una Incidencia del 4% durante la 6ª y 7ª década con un leve predominio en mujeres (54%), de Localización preferente

Table 3. General characteristics of recurrent botryoid odontogenic cyst reviewed cases. M: male. F: female.

| Author | Number of recurrence | Median time of recurrence (years) | Median Age | Gender | Location | Radiographic appearance |
|-------------------------|----------------------|-----------------------------------|--------------|------------------------|----------------------------------|--|
| Kaugars (6) | 1 | 9 | 56 | F | Mandible | Multilocular |
| Greer et al. (10) | 3 | 9 | 45 | 1 (F) 2 (M) | 2 mandible 1 maxilla | 2 unilocular 1 multilocular |
| Phelan et al I. (11) | 1 | 3 | 23 | F | Mandible | Multilocular |
| Heikinheimo et al. (9) | 1 | 4 veces en 9 años | 51 | F | Mandible | Multilocular |
| Lindh et al. (13) | 1 | 13 | 35 | F | Mandible | Multilocular |
| de Sousa et al. (14) | 1 | 7 | 54 | M | Mandible | Multilocular |
| Gurol et al. (15) | 2 | No disponible | 54,5 | 2 (M) | 2 Mandible | 1 multilocular 1 not available |
| Ramer et al. (8) | 2 | 4,5 | 55 | 1 (F) 1 (M) | 2 Mandible | All multilocular |
| TOTAL | 12 | 7,8 | 47,75 | 6 (F) 6 (M) | 11 mandible 1 maxilla | 9 multilocular 2 unilocular 1 not available |

Figura 6 obtenida de *Botryoid odontogenic cyst: clinical and pathological analysis in relation to recurrence*. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*; 1;12(8)594-598.

en Mandíbula en zona de incisivos y premolares, se expresa en forma asintomática y con crecimiento lento, pudiendo generar expansión corticales, su hallazgo es casi siempre imagenológico

La visualización imagenológica de las lesiones es compleja, observar correctamente los signo de su comportamiento en los distintos exámenes existentes es de competencia de un especialista, estudios de prevalencia e incidencia son un aporte para orientar la hipótesis diagnóstica, pero este siempre es determinado con el estudio histopatológico. Este caso clínico en donde su ubicación y comportamiento no característico, es muestra de ello

Conclusiones

- El quiste periodontal lateral en su variante botrioideo es una lesión poco frecuente en la patología quística de los maxilares.
- El tratamiento de elección es quirúrgico, consistiendo en la enucleación, con altas tasas de éxito. Aunque existe un alto porcentaje recidiva debido a su naturaleza multilocular.
- Se reafirma la importancia del diagnóstico clínico histopatológico, para evitar un posible tratamiento incorrecto

Referencias

- Formoso-Senade MF, Figueiredo R, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C (2008). *Lateral periodontal cysts: A retrospective study of 11 cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. May 1;13(5):E313-7.*
- Méndez P, Junquera L, Gallego L, Baladrón J (2007). *"Botryoid odontogenic cyst: clinical and pathological analysis in relation to recurrence". Med Oral Patol Oral Cir Bucal; 1;12(8)594-598.*
- Frei M, Buettner M. (2014). *"Diagnosis and interdisciplinary treatment of a botryoid odontogenic cyst in the posterior mandible: Report of a case". Quintessence international (Berlin, Germany : 1985). 45. 233-7.*

Caso Clínico

Uso de Bite Blocks para tratamiento de mordida abierta anterior

Dr. Dantón Moreno N.¹; Dra. Daniela Ledezma R.²; Dra. Ru-Harm Chang³

¹Ortodoncista servicio de especialidades odontológica Hospital Barros Luco.

²Estudiante post grado Ortodoncia y Ortopedia- u. de los Andes.

³Estudiante post grado Ortodoncia y Ortopedia- U. de Chile.

Abstract

The anterior open bite is a dentomaxillary anomaly that consists of the lack of vertical superposition of the upper and lower incisors. Its etiology is usually multifactorial, and could be produced by a combination of skeletal, dental or soft tissue-associated factors.

Introducción

La mordida abierta anterior es una anomalía dentomaxilar que consiste en la falta de superposición vertical de los incisivos superior e inferiores. Su etiología es generalmente multifactorial, y podría ser producida por una combinación de factores esqueléticos, dentales o asociado a tejidos blandos¹.

Dentro de los factores etiológicos de la mordida abierta anterior podemos incluir: Patrones de crecimiento desfavorables, hábitos de succión, hipertrofia de tejido linfático asociado a respiración bucal, la herencia y otros malos hábitos orales funcionales¹.

La prevalencia oscila entre el 17% y el 18% de los niños en la dentición mixta (2-4). Cuando se asocia con hábitos de succión, la prevalencia aumenta hasta el 36,3%².

Individuos con mordida abierta anterior presentan una o más de las siguientes características: Ángulo goníaco, mandibular y del plano oclusal aumentados, mandíbula y rama mandibular pequeña, altura facial inferior aumentada, altura facial superior disminuida, mandíbula retruida, altura facial posterior disminuida, tendencia a clase II esquelética, divergencia de planos cefalométricos base de cráneo anterior empinada y un inadecuado cierre labial¹.

El tratamiento de esta maloclusión es difícil. Debido a su etiología multifactorial, se han utilizado múltiples tipos de tratamiento para la corrección de la mordida abierta anterior, los cuales buscan eliminar la etiología y corregir los cambios dentofaciales¹.

Dentro de los tipos de tratamientos utilizados podemos encontrar aparatos ortopédicos funcionales, aparatos ortodónticos removibles y fijos, o en algunos casos más severos, tratamientos ortodóntico-quirúrgicos¹.

Biteblocks son bloques acrílicos de mordida pasivos, utilizados como opción de tratamiento no quirúrgica para la mordida abierta anterior^{5,6,8}.

El mecanismo de tratamiento consiste en la intrusión de las piezas molares posteriores, mediante el uso de estas placas acrílicas durante los movimientos funciones mandibulares (sobre todo la masticación), provocando una rotación anterior de la mandíbula, disminución de la altura facial anterior, y el consecutivo cierre de la mordida abierta anterior^{5,6,7,8}.

Por otro lado, el uso de Bite blocks tendría efectos beneficiosos a nivel articular, estimulando en el crecimiento condilar^{6,9}. Tal efecto sería concebible a través de la descompresión de las articulaciones y/o protusión de los cóndilos mandibulares durante el uso de los aparatos. El mayor crecimiento condilar vertical, produciría una rotación mandibular, tendiendo a cerrar la mordida. El máximo efecto de la terapia con bite-blocks se lograría por la intrusión simultánea de los dientes posteriores y un aumento del crecimiento vertical posterior^{6,9}.

El presente trabajo tiene como objetivo presentar un caso clínico sobre tratamiento de mordida abierta anterior en paciente prepuberal con Biteblocks, para cierre de mordida anterior mediante intrusión de molares posteriores.

Presentación del Caso Clínico

Paciente femenino, 8 años, dentición mixta 1ra fase, clase I esquelética, dolicofacial, neutroclusión molar, mordida abierta anterior esquelética, sin malos hábitos asociados.

Al examen clínico se observa un paciente dolicofacial, con tercio facial inferior aumentado (Imagen 1).

Al examen intraoral observamos la presencia de mordida abierta anterior de premolar a premolar, presentando tope posterior en primeros molares definitivos (Imagen 2).

Se realiza estudio radiográfico de perfil para análisis cefalométrico lateral, las medidas obtenidas en este estudio se observan en la tabla 1 (Imagen 3).



Imagen 1: Examen extraoral.

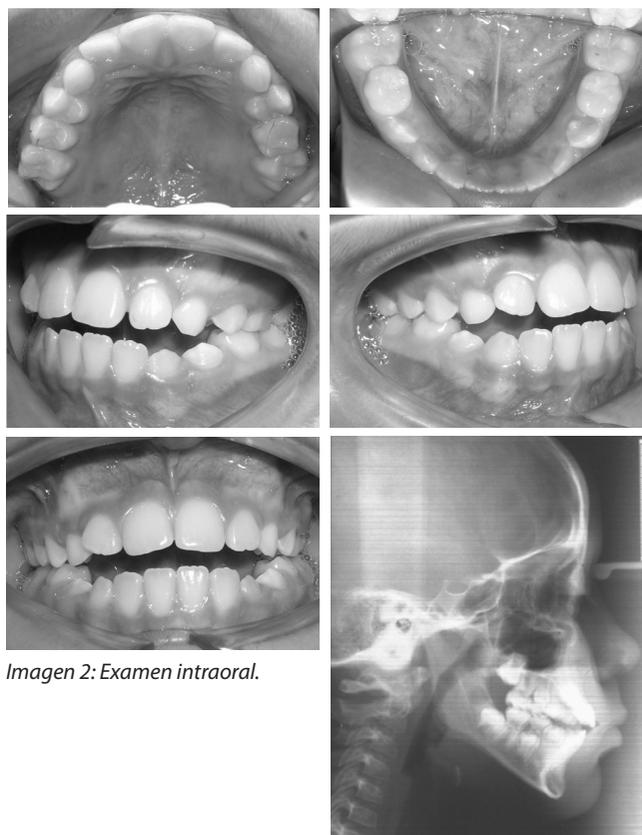


Imagen 2: Examen intraoral.

Imagen 3:
Telerradiografía de perfil inicial.

Tabla 1: Análisis cefalométrico: Inicial. Edad: 8 años 6 meses

Problema dentario:

| Medida | Valor | Media | Diferencia | Clase |
|----------------------|-------|-------------|------------|------------|
| Overjet | 3.5 | 2.5+/-2.5 | 1.8 | Normal |
| Overbite | -2.5 | 2.5+/-2.5 | -5 mm | Abierta |
| Extrusión II | 1.0 | 1.3+/-2.0 | -0.3 | Normal |
| Ángulo interincisivo | 110 | 132.0+/-6.0 | -22.0 | Disminuído |

Problema esquelético:

| Medida | Valor | Media | Diferencia | Clase |
|------------------------|-------|------------|------------|--------------|
| Convexidad | 4.5mm | 2.0+/-2.0 | 2.5 | Clase I Osea |
| Altura facial inferior | 51,5 | 47.0+/-4.0 | 4.5 | Dolicofacial |

Problema Dento-Esquelético

| Medida | Valor | Media | Diferencia | Clase |
|----------------|-------|-------------|------------|--------------|
| Protrusión II | 5.0 | 1.0+/-2.3mm | 4.0 | Protrusión |
| Inclinación II | 32.0 | 22+/-4.0 | 10.0 | Proinclinado |

Problema Determinante

| Medida | Valor | Media | Diferencia | Clase |
|-----------------------|-------|------------|------------|--------------|
| Profundidad facial | 89.1 | 87.5+/-3.0 | 1.6 | Mesofacial |
| Eje facial | 80.0 | 90.0+/-3.0 | -10.0 | Dolicofacial |
| Áng. Plano Mandibular | 34.2 | 25.6+/-4.0 | 8.6 | Dolicofacial |
| Profundidad Maxilar | 95.0 | 90.0+/-3.0 | 5.0 | Prognatia |

Estructura Interna

| Medida | Valor | Media | Diferencia | Clase |
|-----------------|-------|------------|------------|--------------|
| Arco mandibular | 19.0 | 26.7+/-4.0 | -7.7 | Dolicofacial |

Plan de tratamiento

Tratamiento ortopédico funcional con dispositivo Biteblok para intrusión de molares, auto-rotación mandibular y cierre mordida abierta.

Se indica uso continuo, 24 horas, debe comer con el aparato. Se realizan controles a los 6 meses y 12 meses. Interconsulta kinesiólogo.

Control 6 meses:

Se adjuntan fotografías extraorales e intraorales del control de tratamiento luego de 6 meses. (Imagen 4 y 5)



Imagen 4: Examen extraoral 6 meses.

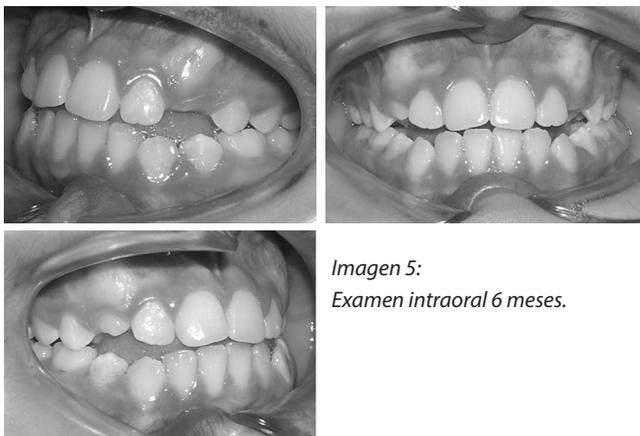


Imagen 5:
Examen intraoral 6 meses.

Tabla 2:

Análisis cefalométrico: Control 6 meses. Edad: 8 años 11 meses

Problema dentario:

| Medida | Valor | Media | Diferencia | Clase |
|----------------------|--------|-------------|------------|--------------|
| Overjet | 4.3mm | 2.5+/-2.5 | 1.8 | Normal |
| Overbite | 0.4mm | 2.5+/-2.5 | -2.1 | Normal |
| Extrusión II | 1.2 mm | 1.3+/-2.0 | -0.1 | Normal |
| Angulo Interincisivo | 121.5° | 132.0+/-6.0 | -10.5 | Biprotruidos |

Problema esquelético:

| Medida | Valor | Media | Diferencia | Clase |
|------------------------|-------|------------|------------|--------------|
| Convexidad | 1.5mm | 2.0+/-2.0 | -0.5 | Clase I Osea |
| Altura facial inferior | 43.8° | 47.0+/-4.0 | -3.2 | Mesofacial |

Problema Dento-Esqueletal

| Medida | Valor | Media | Diferencia | Clase |
|----------------|--------|-------------|------------|------------|
| Protrusión II | 3.4 mm | 1.0+/-2.3mm | 2.4 | Protrusión |
| Inclinación II | 24.7° | 22+/-4 | 2.7 | Normal |

Problema Determinante

| Medida | Valor | Media | Diferencia | Clase |
|-----------------------|-------|------------|------------|--------------|
| Profundidad facial | 93.5° | 87+/-3 | 6.5 | Braquifacial |
| Eje facial | 90.9° | 90+/-3 | 0.9 | Mesofacial |
| Áng. Plano Mandibular | 25.1° | 26+/-4 | -0.9 | Mesofacial |
| Profundidad Maxilar | 95.3° | 90.0+/-3.0 | 5.3 | Prognatia |

Estructura Interna

| Medida | Valor | Media | Diferencia | Clase |
|-----------------|-------|------------|------------|--------|
| Arco Mandibular | 29° | 26.0+/-4.0 | 3.0 | Normal |

Control 12 meses:

Se adjuntan fotografías extraorales e intraorales del control de tratamiento luego de 12 meses. (Imagen 6 y 7)



Imagen 6: Examen extraoral 12 meses.



Imagen 7:
Examen intraoral 12 meses.



Imagen 8:
Telerradiografía de perfil 12 meses.

Tabla 3:
Análisis cefalométrico : Control 12 meses. Edad: 9 años 9 meses

Problema dentario:

| Medida | Valor | Media | Diferencia | Clase |
|----------------------|-------|-------------|------------|--------------|
| Overjet | 3,5mm | 2.5+/-2.5 | 0.5 | Normal |
| Overbite | 1mm | 2.5+/-2.5 | -1.5 | Normal |
| Extrusión II | 0 mm | 1.25+/-2.0 | 1.25 | Normal |
| Angulo Interincisivo | 116° | 132.0+/-6.0 | -14 | Biprotruidos |

Problema esquelético:

| Medida | Valor | Media | Diferencia | Clase |
|------------------------|-------|------------|------------|--------------|
| Convexidad | 2mm | 2.0+/-2.0 | 0 | Clase I Osea |
| Altura facial inferior | 48° | 47.0+/-4.0 | 1 | Mesofacial |

Problema Dento-Esquelético

| Medida | Valor | Media | Diferencia | Clase |
|----------------|--------|-------------|------------|----------------|
| Protrusión II | 4.5 mm | 1.0+/-2.3mm | 3.5 | Protrusión |
| Inclinación II | 32° | 22+/-4 | 10 | Proinclinación |

Problema Determinante

| Medida | Valor | Media | Diferencia | Clase |
|-----------------------|-------|------------|------------|--------------|
| Profundidad facial | 94° | 87+/-3 | 7.0 | Braquifacial |
| Eje facial | 85° | 90+/-3 | -5 | Dolicofacial |
| Áng. Plano Mandibular | 28° | 26+/-4 | 2 | Mesofacial |
| Profundidad Maxilar | 96.5° | 90.0+/-3.0 | 6.5 | Prognatia |

Estructura Interna

| Medida | Valor | Media | Diferencia | Clase |
|-----------------|-------|----------|------------|--------|
| Arco Mandibular | 26° | 26.0+/-4 | 0 | Normal |

Tabla 4: Tabla comparativa: Controles 1-2-3

| Medida | Valor inicial | Valor 6 meses | Valor 12 meses |
|------------------------|---------------|---------------|----------------|
| Overjet | 3.5 | 4.3 | 3,5mm |
| Overbite | -2.5 | 0.4 | 1mm |
| Extrusión II | 1.0 | 1.2 | 0 mm |
| Angulo Interincisivo | 110 | 121.5 | 116° |
| Convexidad | 4.5mm | 1.5 | 2mm |
| Altura facial inferior | 51,5 | 43.8 | 48° |
| Protrusión II | 5.0 | 3.4 | 4.5 mm |
| Inclinación II | 32.0 | 24.7 | 32° |
| Profundidad facial | 89.1 | 93.5 | 94° |
| Eje facial | 80.0 | 90.9 | 85° |
| Áng. Plano Mandibular | 34.2 | 25.1 | 28 |
| Profundidad Maxilar | 95.0 | 95.3 | 96.5 |
| Arco Mandibular | 19.0 | 29.0 | 26° |

Discusión

El uso de bloques de mordidas o biteblocks para el tratamiento de mordidas abiertas anteriores es de gran ayuda, especialmente en pacientes en estadio de desarrollo activo, en los cuales es posible redirigir el crecimiento a favor del tratamiento.

En el caso clínico presentado en el presente trabajo podemos ver una mordida abierta anterior de origen esquelético, que presenta características propias tales como tercio inferior aumentado, rotación mandibular posterior, mordida abierta amplia con tope posterior, biotipo dolicofacial.

El tratamiento ortopédico con Biteblocks tiene como objetivo lograr intrusión de piezas molares posteriores, con el fin de producir una rotación mandibular anterior, disminución de la altura facial inferior, y lograr el cierre de la mordida abierta anterior.

Podemos ver los cambios producidos durante el tratamiento, mediante lo análisis cefalométricos de los controles a los 6 y 12 meses. (Tabla 3).

Se observa una disminución en el escalón de las piezas anteriores en relación al tiempo de uso de los aparatos, logrando ya al control de los 12 meses de tratamiento, un escalón positivo, lo que nos hablaría de un cierre de la mordida abierta anterior.

La altura facial inferior es una medida que no se modifica por la edad, por lo tanto podemos atribuir la disminución de su valor a la rotación anterior producida como efecto de nuestro tratamiento, además se observa una disminución del ángulo del plano mandibular, lo cual también nos hablaría de un avance y autorrotación mandibular.

Debemos tener presente el crecimiento craneofacial normal de nuestro paciente, por lo cual es recomendable siempre realizar controles y evaluar la efectividad del tratamiento. Otro punto importante a considerar será el control y

seguimiento de malos hábitos orales persistentes, los cuales puedan impedir el efecto biomecánico proporcionado por los aparatos, para lo cual se solicita la opinión profesional de fonaudiólogo y kinesiólogo antes, durante y después del tratamiento.

Es de gran importancia, además, para lograr el éxito buscado en nuestro tratamiento, contar con un paciente cooperador, el cual utilice el aparato de manera constante y responsable.

Para finalizar, podemos concluir que el uso de los Biteblocks es de gran ayuda para el tratamiento precoz de anomalías dentomaxilares, como la mordida abierta anterior esquelética, especialmente en casos de pacientes comprometidos y cooperadores con crecimiento activo, debido a que nos permite evitar recurrir de tratamientos más complejos y someter a nuestros pacientes a procedimientos quirúrgicos tardíos cuando su potencial de crecimiento a finalizado.

Referencias:

1. Lentini-Oliveira DA, Carvalho FR, Ye Q, Luo J, Saconato H, Machado MAC, Prado LBF, Prado GF. Orthodontic and orthopaedic treatment for anterior open bite in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD005515. DOI: 10.1002/14651858.CD005515.pub2.
2. Cozza P, Baccetti T, Franchi L, Mucedero M, Polimeni A. Sucking habits and facial hyperdivergency as risk factors for anterior open bite in the mixed dentition. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 2005;128(4): 517–9.
3. Silva Filho OG. Prevalence of normal occlusion and malocclusion in schools of the city of Bauru (Sao Paulo): Part II [Prevalência de oclusão normal and má oclusão em escolares da cidade de Bauru (São Paulo): Parte II: Influência da estratificação sócio-econômica.]. *Revista de Odontologia da Universidade de Sao Paulo* 1989;4(3):189–96.
4. Tausche E, Luck O, Harzer W. Prevalence of malocclusions in the early mixed dentition and orthodontic treatment need. *European Journal of Orthodontics* 2004;26(3):237–44.
5. Ibitayo A.O.; Pangrazio-Kulbersh V., Berger J., Bayirli B. Dentoskeletal effects of functional appliances vs bimaxillary surgery in hyperdivergent Class II patients. *Angle Orthod.* 2011;81:304–311
6. Gazinelli de Barros R., Câmara P., Aloise A.C., Siqueira D., Paranhos L., Torres F. Anterior Open Bite Correction Using Bite Block: A Case Report. *Int. Journ. Orthod.* 2012; 23 (2): 11-15
7. Gurton A.U., Akın E., Karacay S. Initial Intrusion of the Molars in the Treatment of Anterior Open Bite Malocclusions in Growing Patients *Angle Orthod* 2004;74:454–464.
8. Işcan H., Akkaya S., Koralp E. The effects of the spring-loaded posterior bite-block on the maxillo-facial morphology. *Europ. Journ. Orthod.* 1992: 14: 54-60.
9. The effect of treatment of skeletal open bite with two types of bite-blocks. Kuster R., Ingervall B. *Europ. Journ Orthod.* 1992: 14: 489-499

Caso Clínico

Tratamiento de urgencia de Quiste Epidermoide sobreinfectado. Reporte de un caso clínico



Yévenes Souper, Francisco¹; Badilla Monasterio, Rodrigo²; Espinoza Domínguez, Leonel³

¹Cirujano Dentista, HUAP, Santiago, Chile.

²Cirujano Maxilofacial, HUAP, Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile.

³Radiólogo Maxilofacial Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile.

Resumen

El Quiste Epidermoide se presenta a nivel de tejido blando en relación a la piel, teniendo complicaciones como molestias y dolor al infectarse.

En este trabajo se expone unos casos de un paciente sexo masculino, de 51 años de edad, ASA I, que acude al Servicio de Urgencias Maxilofacial de Hospital Urgencias Asistencia Pública (HUAP) por aumento de volumen mandibular derecho que le ocasiona molestias, dolor y complicaciones diarias y que ya había presentado lesiones similares en otros lugares del cuerpo (cuello y espalda)

Abstract

Epidermoid cyst occurs at the level of soft tissue in relation to the skin, having complications such as discomfort and pain when infected.

In this work we report a case of a male patient, 51 years old, ASA I, who went to the Emergency Department of the Public Emergency Services Hospital (HUAP) for an increase in right mandibular volume that causes discomfort, pain and daily complications and that he had already presented similar injuries in other parts of the body (neck and back).

Introducción

La palabra Quiste proviene del vocablo griego "Kisty" que tiene por significado vejiga. Éstos se definen como una cavidad patológica que tiene un epitelio de revestimiento mayoritariamente y que poseen un contenido fluido o líquido, semilíquido o gaseoso¹. Se originan a partir de restos epiteliales que son estimulados por distintos factores y en su gran mayoría suelen ser hallazgos imagenológicos (pero siendo no menos importante la semiología clínica y signos característicos de éstos); poseen crecimiento lento y son asintomáticos a menos que se infecten².

Los Quistes dermoide son lesiones quísticas no odontogénicas³, las cuales se pueden presentar en el territorio maxilofacial y constituyen un bajo porcentaje de los quistes de cabeza y cuello, entre el 1.6% y 1.9 %⁴. Éstos se pueden clasificar en Quiste Epidermoide (revestido por una pared de Epidermis sin anexos cutáneos); Quiste Dermoide que sí presenta anexos cutáneos y Quiste Teratoide (se puede encontrar músculo, hueso, cartílago)⁵.

El quiste Epidermoide fue descrito por primera vez en 1807 por Pinzón³, el cual se presenta a nivel de piel a nivel del infundíbulo del folículo piloso, siendo estimulado el crecimiento por inflamación, o también se describe en la literatura por inclusión traumática o quirúrgica⁷. Dentro de sus lugares de mayor predilección para la aparición se encuentra cara, cuello cabelludo, cuello y espalda, siendo asociado al Síndrome de Gardner cuando se encuentran lesiones a repetición o en distintos lugares. Algunos autores relatan predilección en hombres vs mujeres en una proporción de 3:1 respectivamente y en una 2da y 3ra década, aunque estas características no son del todo claras.

A nivel clínico se presentan como nódulos o aumentos de volumen dérmico o subcutáneo de consistencia firme, diámetro variable que generalmente no supera los 5 cm; éstos se pueden desplazar, son usualmente asintomáticos a menos que se infecten y tiene un crecimiento más bien lento.

Como diagnóstico general según localización se describen procesos infecciosos, lipoma, tumores nodulares, ránula, quiste tirogloso, entre otros⁸. Usualmente su contenido es de Queratina.

En cuanto a la imagenología, el examen más indicado para un complemento diagnóstico es la Ecotomografía, la cual es una técnica no invasiva, de aplicación sencilla, que no utiliza radiación ionizante y se puede incorporar de buena manera a la práctica clínica. En esta imagen es común observar una lesión superficial, de tipo nodular, variando de Anecogénico a Hipoecogénico; zona característica de refuerzo acústico, lo cual es característico de lesiones con contenido líquido. Se deben identificar 3 principales características: Presencia de un trayecto dermoepitelial del conducto de salida llamado Punctu, aunque es inconstante; un refuerzo acústico posterior y sombras acústicas laterales.⁹

El tratamiento definitivo es quirúrgico convencional, con el fin de realizar la excéresis de esta lesión, donde generalmente no se presentan complicaciones.¹⁰

Reporte de caso

Paciente de sexo masculino, 51 años de edad, ASA I que acude al Servicio de Urgencia Odontológico de Hospital de Urgencias de Asistencia Pública (HUAP), por un aumento de volumen mandibular derecho que le provoca molestias, dolor y complicaciones diarias.

Al examen clínico se observa aumento de volumen aparentemente subcutáneo de aspecto nodular en relación a zona de ángulo mandibular derecho, de límites definidos, con zona eritematosa, doloroso y depresible a la palpación

y de consistencia blanda; con evolución desde Mayo del año 2017 (5 meses de evolución). Paciente relata haber tenido aumentos de volumen de características similares en piel en zona de espalda y cuello. (Imagen 1 y 2)



Imagen 1. Vista lateral paciente. Se observa aumento de volumen en zona mandibular derecha



Imagen 2. Vista frontal paciente. Se observa aumento de volumen eritematoso

Al analizar la imagenología se observa una lesión de 2 cms en su longitud mayor, superficial, de aspecto nodular, anecogénica, con un refuerzo acústico posterior (característico de lesiones con contenido líquido como se dijo anteriormente) y sombras laterales. En su interior se observan punteados ecogénicos con contenido. (Imagen 3)

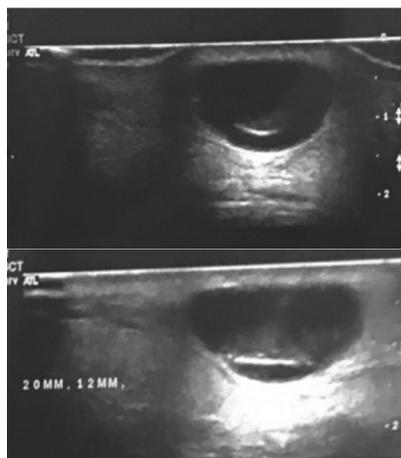


Imagen 3. Ecotomografía paciente. Zona superficial es superior e inferior zona profunda. Se observa lesión, límites más bien definidos, y característico bajo lesión, zona de refuerzo acústico posterior.

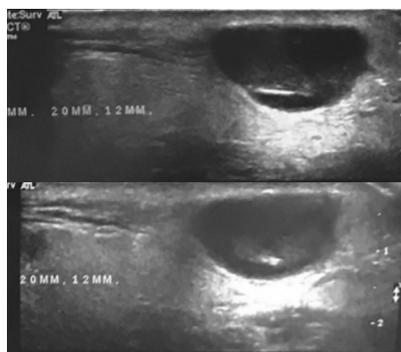


Imagen 3. Ecotomografía paciente.

Se realizó tratamiento de urgencia debido a infección secundaria que presenta esta lesión, bajo anestesia local perifocal de Lidocaína al 2% con vasoconstrictor (3tubos), se realiza incisión en polo inferior de lesión. En relación a plano cutáneo se realiza debridamiento con pinza curva de masters; obteniendo abundante colección de aspecto grumoso amarillento-blanquecino homogénea y cantidades variables de secreción hemopurulenta; para posteriormente instalar cánula de drenaje en piel perilesional sana e irrigación con solución fisiológica.

Se le informo oportunamente a paciente que este no es tratamiento definitivo, y dentro de indicaciones pertinentes se le indica descartar Poliposis Adenomatosa Familiar.

Discusión

Se presenta un caso de un paciente de 51 años de edad, con un diagnóstico presuntivo de Quiste Epidermoide sobreinfectado, el cual presenta dolor, molestia e impotencia funcional en paciente.

La etiopatogenia de esta lesión no es del todo clara, ya que hay autores que la atribuyen a una condición congénita, por una alteración en implantación del Ectoderma en el cierre de Cresta Neural en la embriogénesis; y otros atribuyen a una causa adquirida como lo es por inclusión post traumática o quirúrgica.

Estas lesiones son poco frecuentes en niños y por lo general afectan con una mayor incidencia entre la 2da y 3ra década, por lo que se escapa de esta norma este caso reportado.

Este tipo de quistes por lo general es una lesión única, pero en pacientes con Síndrome de Gardner pueden ser múltiples, o a repetición como es el caso de este paciente, con antecedente de lesiones de similares característica a nivel de espalda y cuello años anteriores, y siendo tratado por la excéresis de éstos por el malestar que causan en distintas actividades diarias como fonación masticación y deglución entre otras.¹⁰

Este caso clínico se presentó en zona cutánea y subcutánea, infectándose en el curso de su evolución, causando dolor y molestia; es por esta consulta del paciente que se decide realizar tratamiento de urgencia de infección con el correspondiente drenaje de contenido. Es importante tener en consideración y de forma importante que tratamiento realizado a paciente de caso reportado no es tratamiento definitivo; sin embargo se hace importante tratar urgencia en vista de dolor que padecía paciente.

Conclusión

El Quiste Epidermoide no se clasifica como quiste odontogénico, sin embargo se puede presentar en territorio maxilofacial; por lo que es importante conocer semiología de la lesión y evaluar de manera adecuada imagenología necesaria para descartar otros posibles diagnósticos.

Bibliografía

1. L. Alfaro Lira y B. Martinez Rondanelli, *Atlas de Patologías de los Maxilares*, 2010.
2. B. Neville, D. Damm, C. Allen y J. Bouquot, *Oral and Maxilofacial Pathology*, Saunders, Elsevier, 2009.
3. M. e. a. Correa, «Lingual Epidermoid Cyst,» *Pediatric Dentistry*, vol. 25, pp. 591-3, 2003.
4. B. Jham, G. Duraes, A. Jham y C. Santos, «Epidermoid Cyst of the Floor of the Mouth. A case report,» *JCDA*, vol. 6, nº 73, pp. 525-28, 2007.
5. T. Kandongan, K. Murat, E. Vardar, E. Seleky y O. Sezgin, «A Case Reports,» *Journal of Medical*, vol. 87, nº 1, 2007.
6. C. Shetty, P. Rai y V. Jain, «Post traumatic Epidermoid inclusion Cyst of the orbit,» *International Journal of Radiology Image*, vol. 16, nº 1, pp. 135-7, 2006.
7. O. Venegas R, B. Martinez R, B. Olivos B, C. Vallejos M y M. Zambra R, «Quiste epidermoide en la región preauricular: Reporte de un caso,» *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello*, vol. 71, nº 2, pp. 167-70, 2011.
8. J. Vieira, P. Muniz, C. Ferreira, K. Alves y A. Lopes, «Epidermoid Cyst in Tongue's Ventral Face,» *Ver Brás Otorrinolaringol*, vol. 74, nº 3, p. 476, 2008.
9. R. Ruiz Valverde y J. C. Ruiz Carrascosa, «Ecografía de los tumores benignos más frecuentes,» *de Ecografía en Dermatología y Dermoestética*, 2014, pp. 69-74.
10. L. & c. Esquivel Pedraza, «Quiste Epidermoide de la cavidad bucal. Descripción de dos casos,» *ADM*, vol. 64, nº 3, pp. 116-20, 2007.



XII Congreso Latinoamericano de Radiología Dento Maxilofacial

II Congreso de la Asociación Mexicana de Radiología Oral y Maxilofacial (AMROM) ALARID



México

7, 8 y 9 Junio 2018

2018



www.alarid2018.com

Resúmenes casos clínicos presentados en 1er Congreso de la Sociedad de Radiología Oral y Maxilo Facial de Chile.

Durante el Primer Congreso de la Sociedad de Radiología Oral y Máxilo Facial de Chile se realizó, como es costumbre en nuestra Sociedad, un Taller de Casos Clínicos que fue muy bien recibido y organizados por el Dr. Leonel Espinoza

Domínguez, permitiendo a los asistentes ejercitarse en el Dx radiológico de diferentes patologías del territorio, máxilo facial, entregamos a continuación los resúmenes de casos y listado de posters presentados en esa ocasión.

1.-Fibroma Cemento Osificante asociado a Quiste Óseo Aneurismático, Reporte de un caso.

Autor: Antonieta Balmaceda Santander

Co-Autores: Carla Sciaraffia Rubio, Michelle Pizarro Hernández, Rodrigo Benavides Ureta, Luis Araneda Silva

Introducción: De las asociaciones reportadas en la literatura, entre lesiones fibroósas benignas y lesiones quísticas, la más frecuente es Quiste Óseo Simple con Displasia Cemento Ósea y la segunda asociación más habitual es Quiste Óseo Aneurismático con Displasia Fibrosa. En la literatura sólo se ha reportado un caso de Fibroma Cemento Osificante (F.C.O) asociado a Quiste Óseo Aneurismático (Q.O.A).

Reporte de caso: Hombre, 22 años, consulta por dolor intermitente en área mandibular en relación a los dientes 31 y 32, una semana de evolución. Al examen intraoral presenta aumento de volumen duro en la zona. Se solicitó ortopantomografía y TAC que revelan un área extensa, definida, de densidad mixta, expansión de corticales y destrucción. Se realiza biopsia incisional y estudio histopatológico. Diagnóstico: F.C.O asociado a Q.O.A.

Discusión: F.C.O es una neoplasia benigna compuesta de tejido fibroso y cantidades variables de tejido mineralizado (semejante a hueso o cemento). Incidencia rara, presentándose en mandíbula a nivel de premolares-molares y generalmente, a diferencia de nuestro caso, en mujeres entre 30-40 años. Su imagen radiológica

normalmente se observa como una lesión bien definida, unilocular, radiolúcida o mixta, dependiendo de su evolución, y puede presentar expansión de cortical bucolingual, desplazar raíces o generar rizálisis

El Q.O.A es un pseudoquiste: cavidad patológica sin cápsula epitelial que consiste en espacios vasculares llenos de sangre. Es una lesión osteolítica benigna de rápido crecimiento, expansiva y localmente destructiva, con clínica y radiografía similar a la de quistes verdaderos. Su imagen radiológica habitual muestra una lesión radiolúcida uni o multilocular con expansión y destrucción de cortical, en TAC se observan múltiples lagunas de aspecto vascular.

Conclusiones: No son comunes las asociaciones entre lesiones fibroósas benignas y lesiones quísticas. Los exámenes complementarios son fundamentales, la radiología e histología son clave para el diagnóstico diferencial, pudiendo orientar estrategias de tratamiento.

2.- Fibroma ameloblástico: reporte de un caso.

Autor Oriana Valenzuela Rivera

Co-Autores: Tamara Paz Contreras Huerta, Carlos Humeres Sigala.

Introducción: El fibroma ameloblástico es un tumor mixto, se presenta en pacientes jóvenes, sin predilección por sexo(2). Representa un 2% de los tumores odontogénicos(1) (2). Su ubicación más frecuente es en la mandíbula (80% a 90%), en la región posterior, asociado en ocasiones a un diente incluido(2)(3).

Tanto el fibroma ameloblástico como el fibro odontoma ameloblástico son considerados como un mismo proceso que varía sólo por la presencia de un odontoma(2).

Clínicamente es un tumor de crecimiento lento, asintomático que provoca expansión de tablas óseas(1).

Radiográficamente se observa como un área radiolúcida unilocular con un límite periférico, esta apariencia hace difícil distinguirlo de un quiste dentígero o de un ameloblastoma unilocular cuando se desarrolla en relación a un diente incluido(1).

Caso clínico: Se presenta un caso de un paciente sexo femenino de 2 años que acude al Servicio Dental para evaluación radiológica con diagnóstico de retardo en la erupción

de diente 8.1, en la anamnesis no relata historia de trauma y el examen clínico confirma la ausencia de la pieza 8.1 en boca.

Radiográficamente se observa el diente 8.1 incluido, en posición vertical, con su saco pericoronario ensanchado, hacia apical se sobreproyecta la corona del diente 4.1. Los antecedentes clínicos y radiológicos orientan a la presencia de un quiste dentígero o un fibroma ameloblástico asociado al diente incluido. Se indica la exodoncia del diente 8.1 incluido con su saco pericoronario, para estudio histopatológico. El informe histopatológico fue compatible con un "fibroma ameloblástico".

Discusión: La inclusión dentaria está asociada generalmente a dentición definitiva, la presencia de dientes temporales incluidos constituye un fenómeno poco frecuente, presentándose con mayor frecuencia en el segundo molar temporal inferior.

Conclusión: Aún cuando la incidencia de este tipo de casos es muy poco frecuente, este trabajo realza la importancia del diagnóstico precoz de estas patologías.

3.- Osteosarcoma condroblástico: reporte de un caso.

Autor : Nicole Sabelle Herrera

Co-Autores: Begoña Moreno Fluxa, Valentina Vergara Garate, Ximena Yunge Ruiz-Tagle, Nicolás Yanine Montaner

Introducción: Osteosarcomas son neoplasmas caracterizados por presencia de células mesenquimales que producen tejido osteoide. Entre los 10 y 25 años, predomina en hombres, más frecuente en mandíbula. El osteosarcoma condroblástico subtipo que se caracteriza por diferenciación cartilaginosa. Se expresa poco a nivel maxilofacial. Clínicamente presenta dolor, inflamación, desplazamiento y/o pérdida de los dientes adyacentes, espasmos, parestesias y obstrucción nasal.

Objetivo: Reportar caso de osteosarcoma condroblástico.

Reporte de caso: Paciente género masculino, 25 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta por aumento de volumen palatino progresivo y asintomático de 6 meses de evolución asociado a desplazamiento de incisivos centrales superiores. Al examen clínico presenta discreto aumento de volumen de consistencia dura en zona retroincisiva de dientes 8 y 9, sin compromiso de mucosa e indoloro a la palpación. El CBCT muestra área de densidad media, heterogénea, no corticalizada y de márgenes pobremente definidos que se extiende desde la pieza 8 hasta la zona mesial de la pieza 11 y desde

la cresta alveolar hasta el tercio superior del maxilar, comprometiendo parcialmente la espina nasal y el conducto naso palatino. En sentido antero-posterior compromete la totalidad del trabeculado óseo, interrumpiendo la cortical vestibular y palatina y sobrepasando los límites de éstas. Se observa desplazamiento hacia mesial y palatino de la raíz de la pieza 9 y hacia distal y palatino de la pieza 10. Rizálisis parcial del tercio apical de piezas 9 y 10. Diagnóstico Osteosarcoma condroblástico.

Discusión: La edad y sexo del paciente concuerdan con las características reportadas en la literatura, no así su ubicación más probable. Es importante el uso de los exámenes complementarios y la biopsia para poder determinar el diagnóstico a tiempo.

Conclusión: Es una neoplasia maligna rara en los maxilares. Resultados con mejor pronóstico, cuando existe diagnóstico precoz. Es una lesión de rápida progresión y muy agresiva, donde diagnosticarla a tiempo representara una mayor sobrevida para el paciente.

4.- Neurofibroma intraóseo: reporte de un caso.

Autor: Begoña Moreno Fluxa

Co-Autores: Guillermo Moreno Zárate, José Moreno Zárate, Pauline Morgan Romero.

Introducción: El Neurofibroma es un tumor de células nerviosas periféricas de etiología desconocida. Generalmente se presenta como una lesión solitaria con más frecuencia que como una lesión o múltiples en la neurofibromatosis. Es de naturaleza benigna pero la intervención temprana evita la pérdida de sensibilidad de la zona y permite una mejor recuperación de parte del paciente.

Objetivo: Realizar una descripción clínico-radiográfica e histopatológica de un caso clínico de un Neurofibroma intraóseo.

Reporte del caso: Paciente de sexo femenino de 14 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por aumento de volumen doloroso en zona mandibular izquierda.

Al examen clínico se observa aumento de volumen en zona de piezas 30, 31 y 32, las cuales no se encuentran en boca. La paciente tiene sensibilidad conservada de la zona. En el estudio radiográfico inicial con Técnica Extraoral Panorámica (Ortopantomografía) se observa un área de menor densidad, radiolúcida, de límites definidos corticalizados con adelgazamiento de corticales en la cual se observan incluidas y desplazadas las piezas 30

y 31, y la pieza 32 desplazada en etapa de calcificación coronaria. Se solicitan estudios radiográficos complementarios con Técnicas Radiográficas Intraorales Periapicales de la zona, Técnicas Oclusales y Tomografía Computada de Alta Resolución, Cone Beam con las cuales se comprueba la conservación del recorrido del conducto dentario inferior izquierdo, (canal mandibular), el adelgazamiento y conservación de las tablas óseas.

Se realiza la biopsia exploratoria con cortes seriados solicitándose técnicas de inmunohistoquímica. El estudio anatómo patológico determina el diagnóstico de Neurofibroma Intraóseo.

Diagnósticos diferenciales: Tumores de los maxilares. Fibroma Ameloblástico

Tratamiento: enucleación de la lesión.

Conclusión: Los estudios radiográficos son de vital importancia para la pesquisa y análisis de lesiones intraorales. Complementan el examen clínico realizado y permiten acercarse a un diagnóstico certero. Sin embargo, la importancia del estudio histopatológico es fundamental para determinar la naturaleza de la lesión existente.

5.- Displasia Fibrosa cráneo facial y displasia cemento- osea periapical en mujer de 64 años. Presentación de caso.

Autor: María Ignacia Rusque

Co-Autores: Guillermo Concha S.

Introducción: Las patologías fibro-oseas es un grupo de patologías en las cuales el tejido óseo es reemplazado por una proliferación de fibroblastos, con el consecuente depósito de colágeno, proliferación de osteoblastos y depósito de una cantidad variable de hueso inmaduro (osteoide). Un aspecto importante de estas lesiones es su variable comportamiento clínico, pronóstico y tratamiento, pero de histopatología semejante, por lo que su diagnóstico siempre debe complementarse con exámenes imagenológicos e información clínica. Por otra parte, las displasias cemento-óseas también se caracterizan por el reemplazo del tejido óseo por tejido fibroso, pero son lesiones displásicas y reaccionales que posiblemente derivan del ligamento periodontal.

Presentación de caso: Paciente de sexo femenino, 64 años de edad, acude a la clínica de Especialidad de Rehabilitación Oral en el Centro de Salud de la Universidad de los Andes, San Bernardo. Su motivo de consulta era una evaluación para tratamiento

rehabilitador en base a implantes. Se realizó ficha clínica completa, la cual no arrojó datos de importancia y examen clínico completo. Se solicitaron exámenes radiográficos, dentro de los cuales se solicitó un CBCT para la evaluación volumétrica de los maxilares. En la visualización volumétrica, se observa patrón de vidrio esmerilado en huesos maxilar, mandíbula, esfenoides y cigomáticos. También se observan áreas hiperdensas, con halo hipodenso en relación al periápice de incisivos anteroinferiores remanentes. Ante los resultados de los exámenes imagenológicos, se solicita radiografía de huesos largos y exámenes serológicos, con los cuales se descarta la presencia de otras lesiones.

Conclusión: La presentación de ambas patologías en un individuo no es común, por lo que es curioso cómo pudieron observarse en este caso. Cabe mencionar que, a pesar de la historia odontológica de la paciente, esto no había sido diagnosticado anteriormente.

Posters presentados en el 1^{er} Congreso Sociedad de Radiología Oral y Máxilo Facial de Chile

- 1.- Estimación de la Edad Dental en radiografías Panorámicas, en edades comprendidas de 7 A 17 Años mediante el método de Demirjian, en el Centro Radiológico "Innova" en Cuenca, Ecuador en el periodo 2012-2014.**
Autor: Rocio Magdalena Molina Barahona
Co-Autor: Valeria Romero Rodríguez, Verónica Verdugo Tinitana, Arturo Fuentes Salazar, Karen Muñoz Orellana.
- 2.- Determinación de la Influencia de la proximidad de las lesiones periapicales al piso del seno maxilar con la aparición de sinusopatías maxilares inflamatorias.**
Autor: Marisa Elizabeth Romero
Co-Autor: Veloso Carlos Maria
- 3- Molar root incisor malformation (MRIM.) Nueva anomalía dentaria.**
Autor: M. Consuelo Fresno
Co-Autores: Sandra Rojas, Carolina Osorio, Sylvia Osorio, Fabiano Jeremías
- 4.- Fibro-odontoma ameloblástico. Reporte de un caso.**
Autor: Valentina Vergara Garate
Co-Autores: Nicole Sabelle Herrera, Begoña Moreno Fluxa, Ximena Yungue Ruiz-Tagle, Nicolás Yanine Montaner.
- 5.- Histiocitoma fibroso benigno en maxilar. Reporte de un caso.**
Autor: Nicolás Pino Sáez
Co-Autor: Alejandro Shilling Quezada, Bernardo Venegas Rojas, Marcelo Sánchez Astorga, César Celis Contreras.
- 6.- Fibroma osificante juvenil agresivo**
Autor : Daniela Rosas Langevin
Co-Autor: Daniela Orellana Lobos
- 7.- Xantoma central de la mandíbula**
Autor: María Jesús Thompson Lopez
Co-Autor: Claudia Sedano Vergara
- 8.- Mixoma Odontogénico. Presentación de un caso clínico**
Autor: Pamela Marambio Paniagua
Co-Autores: Carolina Contreras Escobar, Teresa Loyola Lobos, Nayade Carrillo Godoy, Patricia Tobar.
- 9.- Fibrohistiocitoma maligno en mandíbula**
Autor: Claudia Andrea Sedano Vergara
Co-Autor: María Jesús Thompson López
- 10.- Prevalencia de lesiones maxilares en clínica de medicina oral entre 2001-2016**
Autor: Marcela Farías Vergara
Co-Autores: María Teresa Bulnes, Guillermo Donoso, Paulina Vilches, Raúl Sáez.
- 11.- Confección de afiche educativo para el proceso de Toma Radiográfica en niños**
Autor : Milton Ramos Miranda
Co-Autores: Carla Sciaraffia Rubio, Leonel Espinoza Domínguez, Fernanda Cortes Sylvester
- 12.- Análisis bibliométrico de la Revista Anuario de la Sociedad de Radiología Oral y Máxilo Facial de Chile (2003-2016)**
Autor: Miguel Quintanilla
Co-Autores: Paula Quezada, Alejandro Hidalgo
- 13.- Simulación del movimiento mandibular: Una nueva perspectiva en la evaluación de la articulación témporo-mandibular**
Autor: Luis Alberto Cueva Príncipe
Co-Autores: Andrés Agurto Huerta, Luis Díaz Alvarado.
- 14.- Uso de la tomografía computarizada de haz cónico en San José, Costa Rica. Estudio preliminar.**
Autor: Lucía Barba Ramírez
Co-Autores: Ana Luisa Berrocal Domínguez, Alejandro Hidalgo Rivas.

15.- Quiste óseo simple, Características predictivas en comportamiento agresivo

Autor: Kevin Ludwing Madrid

Co-Autores: Carolina Letelier Cáceres, Guillermo Concha Sánchez

16.- Radiación en parótida durante las técnicas radiográficas de la bisectriz y paralelismo con colimador circular y rectangular.

Autor: Luis Alberto Sáez Ortega

Co-Autores: Fernanda Morales G., Elisa Parraguez L., Luis Araneda Silva.

17.- Diagnóstico diferencial de lesiones calcificadas en la región nasosinusal. Revisión bibliográfica.

Autor: Luis Alberto Sáez Ortega

Co-Autores: José Vicente Sánchez Domínguez, Guillermo Concha Sánchez, Javiera Urrejola Almazara.

18.- Relato de casos de alteraciones en los huesos temporales de individuos con fisura labiopalatinas en TC de haz cónico.

Autor: Cristina Berrocal Salazar

Co-Autores: Emilio Gabriel Ferro Schneider, Eduardo Boaventura Oliveira, Otavio Pagin, Bruna Centurión Pagin.

19.- Mixoma odontogénico maxilar: Reporte de un caso.

Autor: Nicole Sabelle Herrera

Co-Autores: Valentina Vergara Garate, Begoña Moreno Fluxa, Ximena Yungue Ruiz-Tagle, Nicolás Yanine Montaner.

20.- Granuloma central a células gigantes agresivo: Presentación de un caso

Autor: Susana Amigo

Co-Autores: Miguel Quintanilla, Francisco Quintanilla, Miguel Toledo, Alejandro Hidalgo.

21.- Importancia del diagnóstico radiológico precoz: Hemangioma endotelioepitelioideo.

Autor: Begoña Moreno Fluxa

Co-Autores: Nicole Sabelle Herrera, Valentina Vergara Gárate, Ximena Yungue Ruiz Tagle, Nicolás Yanine Montaner.

22.- Quiste ciliado maxilar: Reporte de un caso

Autor: Begoña Moreno Fluxa

Co-Autores: Nicole Sabelle Herrera, Valentina Vergara Garate, Ximena Yungue Ruiz Tagle, Nicolas Yanine Montaner.

23.- Realidad aumentada aplicada en la educación de radiología oral y máxilofacial

Autor Luis Alberto Cueva Príncipe

Co-Autores: Andrés Agurto Huerta, Luis Diaz Alvarado, Andrés Córdova

24.- Precisión diagnóstica de erosiones en ATM. con tomografía computarizada de haz cónico. Revisión bibliográfica

Autor Bárbara Medina

Co-Autores: Juan Schilling, Alejandro Hidalgo.

25.- Evaluación de la imagen radiográfica obtenida con técnica de la bisectriz modificada con colimador rectangular

Autor: César Rojas Giovanelli

Co-Autores: Marco Vidal, Eliza Parraguez, Luis Araneda.

26.- Neoplasia benigna oral, aporte de la imagenología

Autor: Marcela Farias Vergara

Co-Autores: Angélica Burgos, Daniel Salvo, Jorge Pinares.

Revista de Revistas



Dr. Luis Aranedo Silva

Docente de Radiología
Universidad de Chile, Universidad Mayor y Universidad San Sebastián

Se presenta a continuación una breve reseña a algunos artículos de divulgación científica recientemente publicados y que de una u otra manera son relevantes conforme a la realidad nacional de nuestro quehacer especializado.

Caries

Caries Dental

Nigel B. Pitts, Domenick T. Zero, Phil D. Marsh, Kim Ekstrand, Jane A. Weintraub, Francisco Ramos-Gomez, Junji Tagami, Svante Twetman, Georgios Tsakos and Amid Ismail, Londres, Reino Unido

Nature Reviews, Disease Primers, Vol 3; article number 17030; 2017 30: 1-16

Aun cuando el vertiginoso avance científico parece orientar las miradas de la investigación científica de nuestra profesión hacia diversos puntos más o menos tecnificados, la caries dental sigue siendo centro de la odontología y, por ello, es siempre conveniente revisar los conceptos que de ella se manejan, especialmente en tiempos en que

los criterios diagnósticos de manera extendida han migrado hacia ICDAS, incluidos por cierto la asociación con los hallazgos de imagen radiográfica asociados. Este artículo de revisión es un buen compendio de aquellos conceptos modernos que se manejan respecto de la cariología.

Enfermedad Periodontal

Comparación de los valores clínicos en la evaluación periodontal y de defectos infraóseos entre tomografía computada de haz cómico y radiografía intraoral convencional.

Supreda Suphanantachat, Keenna Tantikul, Suphot Tamsailom, Pasupen Kosalagood, Kanokwan Nisapakultorn and Kanoknadda Tavedhikul, Bangkok, Tailandia

Dentomaxillofacial Radiology (2017) 46, 20160461

Dado que es un hecho ya sabido que la tomografía computada puede entregar mayor información que las radiografías intraorales bidimensionales, este trabajo de investigación hace evidente que, además, existe una variación en la estimación de severidad

de la pérdida ósea marginal y, por tanto, modifica la determinación del pronóstico particularmente en lo referido a los defectos periodontales verticales, es decir, aquellos que se desarrollan bajo el margen alveolar.

Terceros molares

Signos radiográficos de patología que determinan remoción de terceros molares mandibulares impactados al evaluar radiografías panorámicas o exámenes de tomografía computada de haz cónico.

Louise H Matzen, Lars Schropp, Rubens Spin-Neto and Ann Wenzel, Ahrus, Dinamarca

Dentomaxillofacial Radiology (2017) 46, 20160330

El recurrente tema de la evaluación imagenológica de los terceros molares tiene, en esta investigación, como elemento adicional que la tomografía ha permitido determinar que aquellos terceros molares mandibulares mesioangulados u horizontales, que en radiografías panorámicas se encuentran parcialmente proyectados

sobre la superficie cervical o radicular distal del segundo molar, están más frecuentemente asociados a patología que puede visualizarse en tomografía computada de haz cónico, tales como pérdida de hueso marginal y rizalís, entregando mayor información que permite sustentar la decisión terapéutica de su remoción.

Calidad ósea

Análisis estructural para modelo de detección de osteoporosis usando radiografía dental panorámica.

Jae Joon Hwang, Jeong-Hee Lee, Sang-Sun Han, Young Hyun Kim, Ho-Gul Jeong, Yoon Jeong Choi and Wonse Park, Seúl Korea

Dentomaxillofacial Radiology (2017) 46, 20170006

La bastante investigada capacidad de las radiografías panorámicas de evidenciar los cambios asociados a la pérdida de masa ósea viene a ser decorada en esta oportunidad por un modelo de análisis que enfatiza la importancia del aspecto y densidad que adopta el margen

endostal de la cortical del borde basilar mandibular. Relevante si se considera el aumento sostenido de la población adulta mayor y lo cotidiano del uso de radiografías panorámicas en nuestro país en la actualidad.

Efecto de los Bifosfonatos

Hallazgos de imagen de osteonecrosis de los maxilares asociada a bifosfonatos caparados con osteoradionecrosis.

Kenichi Obinata, Shinichi Shirai, Hitoshi Ito, Motoyasu Nakamura, Marco Carrozzo, Iain Macleod, Andrew Carr, Yutaka Yamazaki and Kanchu Tei, Hokkaido, Japón

Dentomaxillofacial Radiology (2017) 46, 20160281

Las severas variaciones en el aspecto que exhibe el tejido óseo de ambas patologías en los exámenes radiográficos y tomográficos, en una época en que radioterapia y uso de bifosfonatos para pacientes con lesiones malignas es más bien común, realza la necesidad de poder distinguir tales condiciones. Este trabajo muestra que ambas tienen

en común la presencia de secuestros, inflamación del tejido medular, osteoesclerosis y osteolisis, pero distingue que la osteonecrosis asociada a bifosfonatos se caracteriza para la presencia de osteoesclerosis y reacción periosteal, a diferencia de la osteoradionecrosis que se relaciona con frecuencia con fracturas patológicas y áreas osteolíticas.

Nómina de Socios

Aguirre Sanhueza Mario
Alfaro Lira Luis
Alfaro Silva Isabel Margarita
Alfro Silva Luis
Alliendes Arancibia Alex
Altamirano Ulloa Danisa
Altamirano Ulloa Karina
Amigo Vásquez Susana
Andrews Nelson
Apara Alamo Karina
Araneda Silva Luis
Araya Javier
Arellano Parada Mirella
Avalos Queros Roberto
Avilés Olson Eugenio
Avilés Nahuelpan Felipe
Baltera Zuloaga Carolina Andrea
Barra Oviedo Roxana del Pilar
Barrera Sepúlveda Verónica
Barría Ricke Carolina Andrea
Barrientos Greenhill Marión
Bianchi Geisse Jorge
Blanco Bustos Francisco
Borie González Pablo
Borzone Garbarino Pio
Bravo Irma
Bravo Bravo Felipe
Briner Billard Andrés
Bruce Castillo Loreto
Bustos Contreras Cristian
Caballero Moyano María Eliana
Cabello Rodríguez Luz María
Calvo García Magdalena
Campillo Canto María José
Campos Bustos Bianca
Carmi Wehbi Claudia
Carrasco Andrea Paz
Carrasco Luis
Carrasco Paradis Susana
Carreño Escobar Verónica
Carrillo Godoy Náyade
Castro Donoso Nelty
Celis Cesar
Cisternas Alejandra
Cohen Szobel José
Collao Videla Pamela
Concha Sánchez Guillermo
Contreras Escobar Carolina
Contreras Meza Andrea
Contreras Eduardo
Córdova Tapia Gabriela
Cortes Sylvester María Fernanda
Crovo Valle Daniela
Díaz Armijo Gustavo
Embry Menanteaux David
Espinoza Dominguez Leonel
Estevez Marques Catalina
Faivovich Waissbluth Gregorio
Figueroa Navarro Camila
Figueroa Poblete Marcelo

Flores Morgan Gonzalo
Forno Grimaldi Graziana
Fuentes León Javiera
Gajardo Paulina
Garay Carrasco Ivonne
García Bachmann Eduardo
García González Gabriel
Glaría Bengoechea Ignacio
Gomez Bonilla Beatriz
Gómez Bonilla Irene
González Armijo José
González Gell Ana María
González Mario
González Jeria Soledad
Guerra Mendoza Yolanda
Haristoy Llano Alfredo
Haristoy Rodrigo
Henríquez Andrew Manuel
Heredia Jorge
Hidalgo Rivas Alejandro
Holmberg Pavez Magdalena
Jarufe Ximena
Jarufe Rojas Martha
Jerez Marcela
Jiménez Thomas Claudia
Labraña Pascual Gerardo
Lara Mauricio
Lara Muñoz Eddie
Lempert Barraza Jaime
Lemus Flores Karla
Letelier Cáceres Carolina
Lisboa Donoso Cristian
Lob de La Carrera Paulina
López Díaz Rita
Lozada Alfredo
Luna Vásquez Marisella
Ly Zuñiga Andrés
Mac-Lean Alejandra
Maldini Martínez María Angélica
Martínez Verónica
Martínez Díaz María Soledad
Mateluna Pilar
Melendez Rojas Patricio
Mendes Schwember Eliana
Mendoza Van der Molen Francisco
Montenegro Sidán Mauricio
Molina Antonio
Morales Consuelo
Moreno Zarate Guillermo
Muñoz Mirella
Naranjo Piñones Ramón
Niño de Zepeda Andrea
Novoa Valdés Florencia María
Obreque Briones Pilar
Olguin Riadi Marisol
Orozco Garcés Adelina
Ortega Schettino Catalina
Osorio Madrid Carolina
Osorio Muñoz Sylvia
Oyarzún Muñoz Marcela

Parraguez López Elisa
Pezoa Opazo Natalia
Pinares Toledo Jorge
Pincheira Sánchez Ana Paola
Pino Gamboa Cynthia Susana
Pinto Agüero Daniel
Pizarro Camposano Eduardo
Pliscoff Castillo Andrés
Quijada Angélica
Quintanilla Sfeir Miguel
Rabanal Vera Carolina
Rabi Rabi Gabriel
Ramos Miranda Milton
Rebolledo Carlos
Richa Jiménez Roxana
Richards Figueroa Ana Angelina
Ricke Hollstein Cecilia Banessa
Rivas Fuentes Carolina
Rodríguez Alvarez Diego
Rodríguez Casas Ana María
Rodríguez Francisco
Rodríguez Jara Ximena
Rudolph Rojas Mauricio
Salvo Villegas Natalia
Sanhueza Claudio
San Pedro Valenzuela Jaime
Sarmiento Francisca
Schilling Alejandro
Schilling Juan
Schlageter Dominique
Schott Borger Sebastián
Serey José Miguel
Serrano Clarisa
Sotelo Villanueva Cristina
Soto Krebs Patricia
Soto Rodolfo
Sylvester Ana María
Tagle Sepúlveda Sofía
Tapia San Martín Sergio
Torres Navarrete Daniel
Urrutia Oliva María Francisca
Urzúa Novoa Ricardo
Valencia Lorena
Valenzuela Calvo Patricio Rodrigo
Valenzuela Rivera Oriana
Varela Mendoza Juan Pablo
Vargas Angela
Vargas Obreque Rodrigo
Vásquez Pacheco Magaly
Véliz Claudio
Vergara Miranda Martín Roberto
Vial Letelier Josefina
Vial Molina Ximena
Villanueva Conejeros Rodrigo
Villarreal Cifuentes Marcela
Vivanco Mauricio
Von Krestschamann San Martín Daniela
Yates Vargas Leslie
Yungue Ximena
Yurgens Fernando

Instrucciones para Autores

El Anuario de la Sociedad de Radiología Oral y Maxilo Facial de Chile es una revista científica que tiene por finalidad publicar trabajos originales que comprendan temas relativos al diagnóstico por imágenes en el territorio oral y maxilofacial. La revista aceptará para su estudio y posible publicación todos aquellos manuscritos que no han sido publicados previamente, ni se encuentren pendientes para posible publicación. Los trabajos enviados deben ajustarse a los "Requisitos Uniformes para los Manuscritos Sometidos a las Revistas Biomédicas", establecidos por el International Committee of Medical Journal Editors en www.icmje.org.

Los trabajos serán revisados por el Director y miembros del Comité Editorial, quienes solicitarán la opinión de otros expertos. De esta manera el Comité Editorial resolverá si el trabajo puede ser publicado, publicado con modificaciones o rechazado.

Es responsabilidad de los autores obtener autorización por escrito para incorporar en sus trabajos fotografías que identifiquen a personas y para incluir material que haya sido publicado previamente, por ejemplo: tablas y figuras.

Debe acompañarse una carta solicitando la publicación en la revista Anuario, dirigida al Director y firmada por todos los autores.

Los trabajos deberán ser enviados a:

Prof. Dr. Milton Ramos Miranda

e-mail: anuariosromfch@gmail.com

FORMATO DE MANUSCRITOS:

Deben enviarse texto e ilustraciones por separado en un disco compacto PC compatible (Word) adjuntando original completo (con ilustraciones y respectivas leyendas) a doble espacio, en páginas escritas por una sola cara, con margen a la izquierda y numeradas correlativamente.

I Trabajos Originales

Deberán ajustarse al siguiente esquema:

Página del título: 1) título breve y representativo del contenido (en español e inglés); 2) nombre de el o los autores, identificándolos con su profesión, nombre de pila, apellido paterno e inicial del materno; 3) nombre de la o las instituciones a las que debe darse crédito por la ejecución del trabajo; 4) nombre y dirección del autor con quien establecer contacto, también su teléfono y correo electrónico.

Resumen y palabras claves: Resumen de no más de 250 palabras en español e inglés. Debe considerar: objetivos, métodos, resultados, conclusiones. Seleccionar hasta 7 palabras claves.

Introducción: Presentar en forma resumida el problema a investigar y el objetivo que persigue el estudio.

Material y métodos: Describir el grupo de estudio y control, si hubiese. Especificar la metodología, equipamiento, software y procedimientos realizados con detalle suficiente como para que puedan ser reproducidos por otros investigadores.

Resultados: Deben ser presentados en una secuencia lógica con tablas e ilustraciones. Sin interpretar las observaciones efectuadas.

Discusión: Realizar una interpretación crítica de los resultados obtenidos, contrastándolos con la información contenida en la literatura científica mundial. Deben enfatizarse los aspectos nuevos e importantes del estudio. En el último párrafo referirse brevemente a las conclusiones obtenidas.

Agradecimientos: Sólo mencionar a personas o instituciones que hayan contribuido en forma significativa a la realización del trabajo.

Bibliografía: Numerar las referencias o citas bibliográficas correlativamente por el orden que se citen por primera vez en el texto, identificándolas mediante números arábigos colocados entre paréntesis. Comenzar con el listado de autores, en el caso que el número sea mayor que seis señalar los primeros seis y agregar "et al". A continuación debe indicarse el título completo del artículo en su idioma original, el nombre de la revista (abreviado según el estilo usado por el Index Medicus), año de publicación, volumen (número). Finalmente se señala la primera y la última página de la cita. Pueden ser incorporados artículos en prensa en la lista de referencias, también textos completos o capítulos de libros.

Ejemplo de artículo: Gijbels F, Jacobs R. Uso de equipos radiográficos digitales extraorales en la clínica dental. Anuario Sociedad de Radiología Oral y Maxilo Facial de Chile 2004; 7 : 39-42.

Ejemplo de artículo en prensa: Duffo S, Maupome G, Diez-de-Bonilla J. Caries experiencia in a selected patient population in Mexico City. Community Dent Oral Epidemiol (en prensa).

Ejemplo de libro completo: Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. Histological typing of odontogenic tumours (2nd edn). Berlin: Springer Verlag, 1992.

Ejemplo de capítulo en libro: DelBaso AM, Ellis GE, Hartman KS, Langlais RP. Diagnostic imaging of the salivary glands and periglandular regions. En: DelBaso AM (ed). Maxilofacial imaging. Philadelphia, PA: WB Saunders, 1990, p 409-510.

Ejemplo de artículos en formato electrónico: Vidal A, Ubilla C, Duffau G. Control de asma en adolescentes. Rev Méd Chile 2008; 136: 859-866. Disponible en: www.scielo.cl [Consultado el 14 de Agosto de 2008].

Para otros tipos de publicaciones atégase a los ejemplos dados en el Annals Of Internal Medicine 1997; 126 : 36-47. Los autores son los responsables de sus referencias.

Tablas: Enviarlas en hojas separadas y a doble espacio, con títulos explicativos e identificadas con números romanos, especificando en el pie de la página el significado de las abreviaturas utilizadas.

Figura: Corresponden a cualquier ilustración que no sea una tabla. Identificarlas con números arábigos, formato JPEG o TIFF, resolución 300 dpi o superior. Incorporar texto explicativo e indicar su ubicación en el texto. Ilustraciones a color serán de costo del autor. Las fotografías de pacientes deben cubrir parte de su rostro para proteger su anonimato.

Extensión: Los trabajos originales tendrán una extensión máxima de 20 páginas, escritas por una sola cara.

Correspondencia: Todos los trabajos deben indicar la dirección del autor, señalando institución, calle, comuna, ciudad, e-mail y código postal. Incorporar una foto digital del autor principal, tamaño pasaporte.

II Artículos de revisión

Su estructura será esquematizada de acuerdo a las pautas estipuladas para los trabajos originales, omitiéndose aquellos puntos que no corresponda. Las revisiones pueden tener una extensión de hasta 25 páginas, pudiendo enviarse fotos.

III Casos Clínicos y Radiológicos

Tendrán una extensión máxima de 8 páginas escritas por una sola cara. Es indispensable enviar fotografías de buena calidad. Debe adecuarse al siguiente esquema: Título. Resumen. Palabras Claves. Introducción. Presentación del Caso Clínico. Discusión. Bibliografía.

