

Diagnósticos quirúrgicos de cirugía bucal*

Carlo Eduardo Medina Solís,¹
José Luis Córdova González,²
María Alejandra Zazueta Hernández,³
Alejandro José Casanova Rosado⁴

¹Facultad

de Odontología

²Departamento de Cirugía

Bucal y Maxilofacial,

Hospital General de Zona

con Unidad de Medicina

Familiar 1,

Instituto Mexicano

del Seguro Social,

Campeche

³Profesor investigador asociado C

⁴Coordinador del Área de Posgrado e Investigación

Los autores 1, 3 y 4 están

adscritos a la Facultad

de Odontología,

Universidad Autónoma

de Campeche

Comunicación con:

Carlo Eduardo

Medina Solís.

Tel.: (01 981) 811 0215.

Fax: (01 981) 816 8924.

Dirección electrónica:

cemedinas75@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: determinar la frecuencia y distribución de los diagnósticos quirúrgicos que se presentaron en el Departamento de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 1, Instituto Mexicano del Seguro Social en Campeche.

Material y métodos: estudio transversal, retrospectivo con datos obtenidos de las hojas diarias de registro de pacientes (4-30-6), libretas de programación quirúrgica y expedientes clínicos; se excluyeron expedientes incompletos o ilegibles. Las variables incluidas fueron diagnóstico prescrito, edad, sexo, tipo de anestesia y calidad de aseguramiento. Para el análisis se empleó un paquete estadístico computarizado.

Resultados: fueron incluidos 1611 pacientes. Diagnósticos quirúrgicos más frecuentes: terceros molares incluidos (56.5 %), fracturas maxilofaciales (9.4 %), patologías que requirieron exodoncia quirúrgica (7.3 %) —restos radiculares, dientes fracturados, dientes que se opusieron a una exodoncia normal, excluyéndose terceros molares—, quistes de retención mucosa (4.6 %), dientes supernumerarios (3.3 %), caninos incluidos (2.4 %), anquiloglosias (1.8 %), exostosis (1.7 %), fibromas (1.4 %) y papilomas (1.3 %).

Conclusiones: más de 50 % de los diagnósticos correspondió a terceros molares. La investigación y vigilancia epidemiológica son esenciales para la toma de decisiones en la elaboración de programas de atención odontológica y la asignación de recursos.

SUMMARY

Objective: To determine frequency and distribution of diagnoses at Oral and Maxillofacial Surgery Department of the HGZ/UMF-1 "Abraham Azar Farah" at the IMSS, Campeche, Mexico.

Methods: A cross-sectional, descriptive and retrospective study, between January 1994 and December 1999 was carried out. Information was obtained from daily registries, surgical lists and charts. The variables included were diagnosis, age, sex, anesthesia, and assured quality. We report the results of the descriptive analysis only of cases. Data were captured and processed in SPSS. We report the results of the descriptive analysis only of cases.

Results: We found 1611 surgery diagnoses, the main diagnoses were: third molar included (56 %), maxillofacial fractures (9.4 %), complicated exodontias (7.3 %) —roots, tooth fracture, tooth opposed common exodontia (except third molar)—, mucous retention cysts (4.6 %), teeth supernumeraries (3.3 %), impacted canines (2.4 %), ankyloglossia (1.8 %), exostosis (1.7 %), fibroma (1.4 %), papilloma (1.3 %).

Conclusions: The results of this study showed that the major diagnosis found were impacted third molar included. Epidemiologic surveillance and research are essential to support decision-making in the development of dental care programs and recourse assignation.

*Presentado en 80th General Session and Exhibition, de International Association for Dental Research (San Diego, California), para su discusión (IADR 2002), 6 a 9 de marzo de 2002.

Palabras clave

- ✓ odontología
- ✓ cirugía maxilofacial

Key words

- ✓ odontology
- ✓ maxillofacial surgery

Introducción

La realización de tratamiento quirúrgico en un paciente implica riesgos inherentes al proceso, los cuales aumentan cuando el cirujano no tiene experiencia y habilidad. La cirugía bucal y maxilofacial debe realizarse de manera precisa y sin provocar traumatismos innecesarios; la capacitación produce experiencia quirúrgica.¹⁻³

Por todo ello se considera que en la práctica sólo se podrá obtener una imagen parcial de la morbilidad real.⁴

Para documentar la prevalencia y la incidencia de los padecimientos bucodentales y maxilofaciales, es muy importante apelar a todas las fuentes posibles de información, incluso la información epidemiológica que se encuentra contenida en fuentes no epidemiológicas. Uno de los elementos para determinar las necesidades de atención de una enfermedad es su morbilidad (proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo), con el fin de diseñar programas de salud que cubran las necesidades de la población. Es notable la ausencia de estudios epidemiológicos que ayuden a establecer cuáles son los requerimientos de entrenamiento del personal que egresa de las escuelas y facultades de odontología en México, para poder hacer frente a las complejas necesidades de atención y tratamiento en la población.⁵

Al igual que en muchos otros estudios, en éste se utilizó la información con que cuenta el servicio en sus archivos.

Debido a la demanda por parte de la población derechohabiente, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 1 “Abraham Azar Farah” del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Campeche, se inició el servicio de cirugía bucal y maxilofacial desde octubre de 1990. A partir de esa fecha se comenzó a dar atención a los derechohabientes provenientes de todas las unidades de medicina familiar del estado.

Además de la caries dental y las parodontopatías —las cuales constituyen las enfermedades bucodentales más frecuentes—, existen diversas patologías estomatológicas de trascendencia y magnitud por los días de incapacidad que generan. Con base en los escasos reportes que se tienen en México sobre morbilidad por padecimientos en cirugía bucal y maxilofacial, surgió la inquietud de determinar los principales diagnósticos quirúrgicos y su distribución por sexo y grupos de edad que se presentaron en el Departamento de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 1 “Abraham Azar Farah”, Instituto Mexicano del Seguro Social en Campeche.

Cuadro I
Distribución por edad y sexo, de 1611 pacientes que acudieron al Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 1, Campeche, Camp. (1994-1999)

Edad (años)	Sexo		Total	
	Masculino	Femenino	n	%
0 a 10	77	48	125	7.8
11 a 20	128	204	332	20.6
21 a 30	230	374	604	37.5
31 a 40	125	158	283	17.6
41 a 50	52	80	132	8.2
51 a 60	21	47	68	4.2
61 a 70	28	18	46	2.8
71 a 80	14	7	21	1.3
Total	675	936	1611	100.0

La morbilidad de la población puede estimarse básicamente por tres tipos de métodos: registros sanitarios, encuestas a la población y búsqueda del consenso entre profesionales. Los resultados obtenidos varían de forma considerable según la fuente que se utilice, debido fundamentalmente a tres factores:

- Umbral de tolerancia del paciente (morbilidad sentida o individualmente definida).
- Criterio del profesional médico (morbilidad asistida o clínicamente definida).
- Unanimidad en la definición de los sucesos registrados.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio transversal, observacional, retrospectivo, descriptivo y exploratorio, de derechohabientes provenientes de las unidades de medicina familiar del estado de Campeche, que fueron remitidos por estomatólogos o pasantes de estomatología al Departamento de Cirugía Bucal y Maxilofacial, y admitidos y egresados en el periodo comprendido de enero de 1994 a diciembre de 1999.

Dos cirujanos dentistas obtuvieron los datos de las hojas diarias y las libretas de programación quirúrgica del servicio. Se incluyeron expedientes de pacientes de uno y otro sexo que tuvieron un diagnóstico quirúrgico maxilofacial; se excluyeron las consultas que se utilizan para programar las cirugías, las consultas de control posquirúrgico, los padecimientos que no requirieron anestesia, al igual que los expedientes incompletos o los ilegibles. Los diagnósticos fueron dictaminados por el cirujano bucomaxilofacial del servicio.

Los datos fueron capturados y procesados en una computadora. Se realizó una base de datos mediante un paquete estadístico computarizado que sirvió para el análisis estadístico, el cual consistió en determinación de frecuencias simples absolutas y distribución de las mismas. Las variables de este estudio fueron edad, sexo, diagnóstico, tipo de anestesia utilizada y calidad de aseguramiento (tipo de seguridad social). No se tomó en cuenta el lugar de procedencia de los sujetos para el análisis de los datos.

Resultados

Los resultados fueron obtenidos del análisis de 1611 pacientes quirúrgicos con el mismo número de diagnósticos, atendidos en el lugar y periodo referidos.

Perteneció al sexo masculino 41.9 % de la población. El rango de edad fue de un mes a 78 años y el promedio fue de 28.4 ± 14.3 años (mediana 26 RIQ 20 a 35 años). La distribución de la población por edad y sexo se observa en el cuadro I. En su mayoría los pacientes eran trabajadores asegurados (45.5 %); el resto era población asegurada por ser fa-

miliar del trabajador (cónyuge, 22.8 %; hijo, 26.9 %; padres, 3.7 %), pensionado o jubilado, 0.6 %, becario del seguro facultativo y niño bajo el programa Solidaridad, 0.5 %. Los procedimientos quirúrgicos se resolvieron en su mayoría (95 %) bajo anestesia local.

Carlo Eduardo Medina Solís et al.
Diagnósticos de cirugía bucal

Cuadro II
Distribución de terceros molares incluidos, según edad y sexo de pacientes que acudieron al Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 1, Campeche, Camp. (1994-1999)

Edad (años)	TMI		TMS		TMI y S		Total
	M	F	M	F	M	F	
0 a 10	-	-	-	-	-	-	-
11 a 20	43	95	5	20	10	2	175
21 a 30	139	271	9	39	4	6	468
31 a 40	61	95	6	16	-	1	179
41 a 50	20	29	2	6	-	-	57
51 a 60	3	9	-	3	-	-	15
61 a 70	9	1	1	3	-	-	14
71 a 80	2	-	-	-	-	-	2
Total	277	500	23	87	14	9	910

M = masculino

F = femenino

TMI = terceros molares inferiores

TMS = terceros molares superiores

Los diagnósticos más frecuentes fueron:

- *Terceros molares incluidos* (56.5 %), de los cuales 48.3 % fueron terceros molares inferiores, 6.8 % terceros molares superiores y 1.4 % terceros molares superiores e inferiores al mismo tiempo. Se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de 21 a 30 años, principalmente en mujeres (cuadro II).
- *Fracturas del esqueleto maxilofacial* (9.4 %): dentoalveolares, 2.5 %; del ángulo mandibular, 1.9 %; 5 % se distribuyó en el resto del esqueleto maxilofacial. El grupo de edad con mayor número de fracturas fue el de 21 a 30 años, predominando los hombres (cuadro III).
- *Restos radiculares, dientes fracturados y dientes que se opusieron a exodoncia normal*

(sin incluir TM), con los cuales se requirió exodoncia quirúrgica, (7.4 %). Los grupos de 21 a 30 y 31 a 40 años fueron los más afectados, principalmente el sexo femenino (cuadro IV).

- *Quistes de retención mucosa* (4.6 %), de los cuales 75 fueron mucocelos y dos ránulas. El grupo de edad de 11 a 20 años representó el mayor porcentaje; respecto al sexo se distribuyeron en forma similar: 39 hombres y 38 mujeres (cuadro IV).
- *Dientes supernumerarios* (3.3 %). En el grupo de edad 0 a 10 y 11 a 20 años y en los hombres se presentaron con mayor frecuencia (cuadro IV).
- *Caninos incluidos* (2.4 %), principalmente en el grupo de 11 a 20 años de edad y en los hombres (cuadro IV).
- *Anquiloglosias* (1.8 %), con mayor número en el grupo de 0 a 10 años, afectando principalmente a hombres (cuadro IV).
- *Exostosis* (1.7 %), 21 en el maxilar inferior. El grupo más afectado fue el de 51 a 80 años, así como los hombres (cuadro V).
- *Fibromas* (1.4 %), con distribución uniforme en todos los grupos de edad, pero principalmente en las mujeres (cuadro IV).
- *Papilomas* (1.3 %), con predominio en los sujetos de 11 a 20 años de edad; en relación con el sexo, las mujeres fueron las que presentaron el mayor número (cuadro IV).

Con estos 10 diagnósticos principales se reportó a 89.8 % de los individuos analizados; el porcentaje restante lo constituyeron alrededor de 60 diferentes diagnósticos: hiperplasia gingival, procesos alveolares irregulares, comunicaciones oroantrales, dientes incluidos (exceptuando terceros molares y caninos inferiores), granulomas piógenos y falta de fusión de los procesos nasal medio y palatinos (labio y paladar hendidos), entre otros.

Discusión

Sin duda el presente trabajo tiene limitaciones que conviene tener en cuenta para su adecuada interpretación. La más importante estriba en las características de los sujetos incluidos, ya que este trabajo se basó en una población que utiliza los servicios de salud y que tiene seguridad social, por lo que las prevalencias encontradas seguramente difieren de los hallazgos de otros autores en estudios de población abierta.

En el servicio de cirugía bucal y maxilofacial examinado se atiende a derechohabientes de todo el estado de Campeche, por lo cual el nivel socioeconómico de la población es heterogéneo. Existen estudios que se basan sólo en un diagnóstico quirúrgico; en el presente se registran los 10 más frecuentes.

Cuadro III
Distribución de fracturas maxilofaciales, según edad y sexo de pacientes que acudieron al Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 1, Campeche, Camp. (1994-1999)

Sitio anatómico	Grupos de edad y sexo												Totales		Ambos sexos	
	1 a 10		11 a 20		21 a 30		31 a 40		41 a 50		+ 50					
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	n	%
Dentoalveolar	7	7	6	2	2	1	5	1	2	1	4	2	26	14	40	26.3
Ángulo mandibular	-	-	1	-	12	-	9	2	5	1	1	-	28	3	31	20.4
Cuerpo mandibular	2	-	1	-	6	1	8	-	-	1	1	-	18	2	20	13.2
Mentón	-	-	1	-	3	-	2	-	2	-	4	-	12	-	12	7.9
Cuello de cóndilo	-	-	-	1	-	1	2	3	-	-	-	-	2	5	7	4.6
Otras	1	-	4	1	14	4	6	-	5	3	4	-	34	8	42	27.6
Total	10	7	13	4	37	7	32	6	14	6	14	2	120	32	152	100.0

M = masculino

F = femenino

n = número

Diversas investigaciones han abordado el problema de los terceros molares incluidos, sobre todo de los inferiores.⁶⁻¹⁰ Nosotros encontramos que este diagnóstico es el más frecuente con 56.5 %, cifra por abajo de la registrada por Pérez y colaboradores: 67 % en 129 estudiantes universitarios.¹⁰ Igualmente en la distribución por sexos existió diferencia; en el presente estudio se encontró mayor prevalencia en las mujeres. Esta diferencia pudiera atribuirse al tipo de población o a que los hombres acuden menos a consulta pues su umbral de dolor es mayor.

Por su parte, las fracturas óseas son causadas es su mayoría por la violencia física interpersonal o los accidentes de tránsito.¹¹ Carbajal y colaboradores encontraron una prevalencia de 18.1 % de fracturas de la región maxilofacial en 1230 pacientes, prevalencia muy por arriba de la de este estudio.¹² Respecto a la razón por sexo, Carbajal señala cuatro hombres por cada mujer; aquí 3.7. En la distribución por grupos de edad indica mayor frecuencia en el grupo de 10 a 29 años, similar a nuestros hallazgos. Otro reporte similar es el de Kruger, quien menciona una proporción 3:1 hombre-mujer.¹¹ La diferencia entre los sexos puede atribuirse a diferencias en los estilos de vida.

La prevalencia de restos radiculares, de dientes fracturados y dientes que se opusieron a una exodoncia normal fue de 7.3 %. La proporción hombre-mujer de 1:1.5 indica que las complicaciones al realizar una exodoncia se observan con mayor frecuencia en las mujeres.

Los quistes de retención mucosa no presentaron predominio por sexo. La mayor frecuencia (65 %) se encontró en las dos primeras décadas de vida, similar a los hallazgos de Robinson, quien observó que de 125 casos 65 % se presentó durante la primera década de vida.¹³ Por su parte, de 250 casos Ramanathan identificó 85 % en el mismo periodo.¹⁴ Los quistes son causados por ruptura traumática del conducto de una glándula salival, con extravasación de sialomucina en la submucosa. La superficie mucosa del labio inferior es el sitio más común de presentación, seguido por la bucal, el piso de la boca, la parte ventral de la lengua y el paladar.

En la bibliografía se reporta que el diente supernumerario más frecuente es el mesiodentes; le siguen en frecuencia los incisivos maxilares supernumerarios, los cuartos molares y los premolares mandibulares.¹³ Por las limitaciones que implica el realizar estudios como el nuestro, no se pudo identificar la ubicación de los dientes supernumerarios.

Cuadro IV
Distribución de siete diagnósticos odontológicos, según edad y sexo de pacientes que acudieron al Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 1, Campeche, Camp. (1994-1999)

Edad (años)	EQ		QRM		Sp#		Cnl		AnqG		Fb		Ppl	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
0 a 10	8	3	8	11	14	8	3	-	11	5	1	1	3	1
11 a 20	3	9	18	13	14	7	14	11	2	3	-	4	2	6
21 a 30	13	14	9	7	-	3	5	2	4	3	-	3	-	4
31 a 40	12	15	2	2	-	5	-	3	-	-	-	2	-	-
41 a 50	5	14	2	2	1	1	-	2	1	-	1	3	-	1
51 a 60	1	12	-	-	-	-	-	1	-	-	-	4	-	2
61 a 70	3	2	-	3	-	-	1	-	-	-	1	2	1	-
71 a 80	2	3	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-
Total	47	72	39	38	29	24	23	19	19	11	3	19	7	14

EQ = exodoncia quirúrgica
Cnl = caninos incluidos
Ppl = papilomas

QRM = quistes de retención mucosa
AnqG = anquilosias
M = masculino

SP# = dientes supernumerarios
Fb = fibromas
F = femenino

Después de los terceros molares, los caninos incluidos fueron los dientes que con mayor frecuencia mostraron problemas de erupción. Se presentaron en 2.4 % de los pacientes y a edades tempranas, lo cual pone de manifiesto que es importante el diagnóstico precoz (antes de los 12 años) empleando radiografías panorámicas o laterales de cráneo.¹⁵ La prevalencia aquí hallada está por debajo de la indicada por Ugalde y González, quienes encontraron 5.8 % en 601 pacientes.¹⁶ También la distribución por sexo es diferente, ya que ellos identificaron 40 % en hombres, mientras que en nuestro estudio, 55 %. Estas diferencias probablemente se deben a que el trabajo de Ugalde y González se efectuó en una clínica de ortodoncia, donde los pacientes acuden por posición anormal generalizada de los dientes.

ción por sexos fue similar ya que en ambos estudios se observó principalmente en los hombres, aunque con razones de 1.7:1 hombre-mujer en el nuestro, y 2.6:1 en el de Messner.

En nuestro estudio se presentaron 21 torus linguales, seis palatinos y un sujeto con ambos, para una prevalencia de 1.7 %, por debajo de la reportada por Rodríguez y colaboradores, quienes encontraron una prevalencia de exostosis en una población rural de 40.3 %.²⁰ Esta diferencia se debe al tipo de población en estudio; respecto a la distribución por sexos los resultados son similares: mayor frecuencia en los hombres. Lo mismo sucedió con la edad: mayor prevalencia en el grupo de 66 a 78 años de edad; en nuestro estudio, en el grupo de 51 a 70 años.

Se identificaron 22 fibromas en total, que representaron 1.4 %. En la literatura se reporta poco la frecuencia de fibromas.²¹ Nuestros resultados difieren del informe de Waldron quien indica que de 125 papilomas más de la mitad los presentaban individuos entre 20 y 50 años de edad, no estableciéndose diferencia respecto al sexo;²² nosotros hallamos más de 75 % en las primeras tres décadas de vida y principalmente en las mujeres. Kohn y colaboradores encontraron una relación hombre-mujer de 3:1 y nosotros una relación de 2:1, pero con mayor frecuencia en las mujeres.¹⁷ Bhaskar y Jones han sugerido que forman parte de alrededor de 8 % de todos los tumores orales de la infancia.²²

Cuadro V
Distribución de las exostosis, según edad y sexo de pacientes que acudieron al Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 1, Campeche, Camp. (1994-1999)

Edad (años)	Lingual		Palatina		Mixta		Total
	M	F	M	F	M	F	
0 a 10	-	-	-	-	-	-	-
11 a 20	-	-	-	-	-	-	-
21 a 30	-	2	-	-	-	-	2
31 a 40	5	1	-	1	-	-	7
41 a 50	-	1	-	-	-	-	1
51 a 60	3	3	1	2	-	-	9
61 a 70	6	-	-	1	-	1	8
71 a 80	-	-	1	-	-	-	1
Total	14	7	2	4	-	1	28

Mixta = lingual y palatina M = masculino F = femenino

Por su parte, la anquiloglosia limita el movimiento de la lengua afectando el habla, la posición de los dientes, el tejido periodontal, la nutrición, la deglución y ciertas actividades sociales.^{17,18} La prevalencia de anquiloglosia encontrada fue menor a la reportada por Messner y colaboradores (4.8 %) en un estudio realizado en California.¹⁹ Sin embargo, en la distribu-

Conclusiones y sugerencias

La frecuencia de los diferentes padecimientos encontrados varió según la edad y sexo de los pacientes incluidos. Los 10 principales diagnósticos quirúrgicos cubrieron 89.8 % de los padecimientos atendidos en el Departamento de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 1 en Campeche. Siempre es importante difundir entre los estudiantes de pregrado las tendencias en la morbilidad y los aspectos de la fisiopatología de los padecimientos que son más comunes.

Se sugiere realizar estudios epidemiológicos de cada uno de los padecimientos encontrados en este estudio, que influyan en la formación de los odontólogos y que sirvan para desarro-

llar programas de atención en el área de la salud odontológica. De igual manera, se sugiere efectuar estudios transversales y longitudinales para conocer la historia natural, los indicadores y factores de riesgo que nos permitan conocer más acerca de estas patologías para comparar su prevalencia en población abierta, que pudiera variar debido a que este estudio se realizó con sujetos que utilizan los servicios de cirugía bucal y maxilofacial. La investigación y la vigilancia epidemiológica son esenciales para la toma de decisiones, tanto en la elaboración de programas de atención odontológica como en la asignación de recursos para la salud.

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y a la Fundación "Pablo García" del gobierno de Campeche, por su apoyo.

Referencias

1. D'Ambrosio JA, Raborn GW. Consideraciones diagnósticas en el paciente con problemas médicos complejos. En: D'Ambrosio JA, Fotos PG. Temas sobre diagnóstico bucal I. Clin Odontol N Am 1992;4:861-872.
2. Oviedo-Montes A, Ramblas-Ángeles MP. Enseñanza de la exodoncia complicada sobre modelo figurado. Rev ADM 1995;52(6):293-298.
3. Koener KR, Taylor SE. Consideraciones farmacológicas en el tratamiento de los pacientes con cirugía bucal, en la práctica odontológica general. En: Koener KR. Procedimientos básicos en cirugía bucal. Clin Odontol N Am 1994;2:217.
4. Sáenz-González M, González-Celador R, Valero-Juan L, Mirón-Canelo J. Morbilidad en el medio rural. Estudio comparado de dos métodos de obtención de datos. Rev Esp Salud Pública 1993; 67(6):485-495.
5. Maupomé-Cervantes G, Borges-Yáñez SA, Ledesma-Montes C, Herrera-Echauri R, Leyva-Huerta ER, Navarro-Álvarez A. Prevalencia de caries en zonas rurales y periurbanas marginadas. Salud Publica Mex 1993;35:357-367.
6. Cuestas-Camero R. Tercer molar inferior retenido. Actitud terapéutica. Hipervínculo <http://www.odontoweb.com.ar/cirurgia0300.html>. Consultado febrero de 2000.
7. Hicks EP. Third molar management: A case against routine removal in adolescent and young adult orthodontic patients. J Oral Maxillofac Surg 1999; 57(7):831-836.
8. Flick WG. The third molar controversy: Framing the controversy as a public health policy issue. J Oral Maxillofac Surg 1999;57(4):438-444.
9. Beeman CS. Third molar management: A case for routine removal in adolescent and young adult orthodontic patients. J Oral Maxillofac Surg 1999; 57(7):824-830.
10. Pérez-Zapata J, Zazueta-Hernández M. Frecuencia de retención de terceros molares y su distribución por edad y género en una población estudiantil en 1999. Memorias del V CENIO Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 2000.
11. Kruger GO. Cirugía bucomaxilofacial. Quinta reimpression de la quinta edición. Distrito Federal, México: Médica Panamericana; 1998.
12. Carbajal-Bello L, Remus-González F. Informe retrospectivo de 10 años de fracturas maxilofaciales. Rev ADM 1994;51(3):173-179.
13. Raspall G. Cirugía oral. Madrid: Médica Panamericana; 1994.
14. Shafe WG, Levy BW. Fenómeno de retención mucosa. Tratado de patología bucal. México: Interamericana; 1986. p. 575-576.
15. van-der-Zwan J, van-Beek H. The impacted upper cuspid. Ned Tijdschr Tandheelkd 1991;98(11):431-433.
16. Ugalde MF, González LR. Prevalencia de retenciones de caninos en pacientes tratados en la Clínica de Ortodoncia de la UNITEC. Rev ADM 1999; 56(2):49-58.
17. Kotlow LA. Ankyloglossia (tongue-tie): A diagnostic and treatment quandary. Quintessence Int 1999;30(4):259-262.
18. Notestine GE. The importance of the identification of ankyloglossia (short lingual frenulum) as a cause of breast-feeding problems. J Hum Lact 1990;6(3): 113-115.
19. Messner AH, Lalakea ML, Aby J, Macmahon J, Bair E. Ankyloglossia: Incidence and associated feeding difficulties. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2000;126(1):36-39.
20. Rodríguez-Marín R, Zazueta-Hernández M. Prevalencia y distribución de exostosis bucales en una población rural en Campeche en 1999. Memorias del V CENIO Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 2000.
21. Vickers RA. Tumores mesenquimatosos (de partes blandas) de la región oral. En: Gorlin RJ, Goldman HN. Patología oral de Thomas. Barcelona, España: Salvat; 1981;20:945-995.
22. Waldron CA. Tumores orales epiteliales. En: Gorlin RJ, Goldman HN. Patología oral de Thomas. Barcelona España: Salvat; 1981;19:879-937. **rm**

**Carlo Eduardo
Medina Solís et al.
Diagnósticos
de cirugía bucal**