



ADM ESTUDIANTIL EDITOR

Dr. Rolando Peniche Marcín

EDITORES ASISTENTES

Dr. Juan Carlos González Calderón y Zavala

O.P.S.S. Marisol Gamboa Solís

O.P.S.S: Carolina Gutiérrez Pastrana

EDITORES ASOCIADOS ENDODONCIA

Dr. Javier Ortiz Sauri

Dr. Rene Bolio Vales

Dr. Eduardo Gutiérrez Peniche

ODONTOPEDIATRÍA

Dr. Armando González Solís

Dra. Diana Canto Cervera

Dra. Adriana Flores Chapa

CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL

Dra. Yolanda Valero Princet

Dr. Leopoldo Andrade Góngora

Dra. Elizabeth Castillo Sánchez

Dr. Fernando Sandoval Vernimmen

ORTODONCIA

Dr. Francisco Kú Carrillo

Dr. Fernando Jorge Hernández Tello

Dr. Mauricio González Balut

IMPLANTOLOGÍA DENTAL

Dr. Ricardo Peniche Rodríguez

Dr. Roberto Sosa Milke

ODONTOLOGÍA DE MÍNIMA INTERVENCIÓN

Dr. Armando Hernandez Ramirez

PERIODONCIA

Dra. Kendra Mendoza Hijuelos

Dr. Mauricio González Reyes

REHABILITACIÓN BUCAL Y ODONTOLOGÍA RESTAURADORA

Dr. Rafael Domínguez Cervera

Dr. Daniel Pérez Domínguez

COORDINACIÓN EDITORIAL, DISEÑO Y PUBLICIDAD

Dra. Alma Gracia Godínez Morales

COMISIÓN ESTUDIANTIL

Dr. Edgar Hugo Trujillo Torres

EPIDEMIOLOGÍA, SALUD PÚBLICA Y ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

Dra. Hortencia Castillo Castillo

PATOLOGÍA Y MEDICINA BUCAL

Dr. Jose Luis Castellanos Suárez

Dra. Laura Díaz Guzmán

Dra. Beatriz Aldape Barrios

INNOVACIÓN Y EMPRENDEDURISMO EN ODONTOLOGÍA

Mtra. Regina Garza Roche

MERCADOTECNIA EN ODONTOLOGÍA

Mtra. Claudia Sánchez de Mier

ODONTOLOGÍA LEGAL Y FORENSE

Dra. Adriana Sánchez Murillo





ADM ESTUDIANTIL EDITOR

Dr. Rolando Peniche Marcín

EDITORES ASISTENTES

Dr. Juan Carlos González Calderón y Zavala

O.P.S.S. Marisol Gamboa Solís

O.P.S.S: Carolina Gutiérrez Pastrana

EDITORES ASOCIADOS ENDODONCIA

Dr. Javier Ortiz Sauri

Dr. Rene Bolio Vales

Dr. Eduardo Gutiérrez Peniche

ODONTOPEDIATRÍA

Dr. Armando González Solís

Dra. Diana Canto Cervera

Dra. Adriana Flores Chapa

CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL

Dra. Yolanda Valero Princet

Dr. Leopoldo Andrade Góngora

Dra. Elizabeth Castillo Sánchez

Dr. Fernando Sandoval Vernimmen

ORTODONCIA

Dr. Francisco Kú Carrillo

Dr. Fernando Jorge Hernández Tello

Dr. Mauricio González Balut

IMPLANTOLOGÍA DENTAL

Dr. Ricardo Peniche Rodríguez

Dr. Roberto Sosa Milke

ODONTOLOGÍA DE MÍNIMA INTERVENCIÓN

Dr. Armando Hernandez Ramirez

PERIODONCIA

Dra. Kendra Mendoza Hijuelos

Dr. Mauricio González Reyes

REHABILITACIÓN BUCAL Y ODONTOLOGÍA RESTAURADORA

Dr. Rafael Domínguez Cervera

Dr. Daniel Pérez Domínguez

COORDINACIÓN EDITORIAL, DISEÑO Y PUBLICIDAD

Dra. Alma Gracia Godínez Morales

COMISIÓN ESTUDIANTIL

Dr. Edgar Hugo Trujillo Torres

EPIDEMIOLOGÍA, SALUD PÚBLICA Y ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

Dra. Hortencia Castillo Castillo

PATOLOGÍA Y MEDICINA BUCAL

Dr. Jose Luis Castellanos Suárez

Dra. Laura Díaz Guzmán

Dra. Beatriz Aldape Barrios

INNOVACIÓN Y EMPRENDEDURISMO EN ODONTOLOGÍA

Mtra. Regina Garza Roche

MERCADOTECNIA EN ODONTOLOGÍA

Mtra. Claudia Sánchez de Mier

ODONTOLOGÍA LEGAL Y FORENSE

Dra. Adriana Sánchez Murillo





ADM ESTUDIANTIL EDITOR

Dr. Rolando Peniche Marcín

EDITORES ASISTENTES

Dr. Juan Carlos González Calderón y Zavala

O.P.S.S. Marisol Gamboa Solís

O.P.S.S: Carolina Gutiérrez Pastrana

EDITORES ASOCIADOS ENDODONCIA

Dr. Javier Ortiz Sauri

Dr. Rene Bolio Vales

Dr. Eduardo Gutiérrez Peniche

ODONTOPEDIATRÍA

Dr. Armando González Solís

Dra. Diana Canto Cervera

Dra. Adriana Flores Chapa

CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL

Dra. Yolanda Valero Princet

Dr. Leopoldo Andrade Góngora

Dra. Elizabeth Castillo Sánchez

Dr. Fernando Sandoval Vernimmen

ORTODONCIA

Dr. Francisco Kú Carrillo

Dr. Fernando Jorge Hernández Tello

Dr. Mauricio González Balut

IMPLANTOLOGÍA DENTAL

Dr. Ricardo Peniche Rodríguez

Dr. Roberto Sosa Milke

ODONTOLOGÍA DE MÍNIMA INTERVENCIÓN

Dr. Armando Hernandez Ramirez

PERIODONCIA

Dra. Kendra Mendoza Hijuelos

Dr. Mauricio González Reyes

REHABILITACIÓN BUCAL Y ODONTOLOGÍA RESTAURADORA

Dr. Rafael Domínguez Cervera

Dr. Daniel Pérez Domínguez

COORDINACIÓN EDITORIAL, DISEÑO Y PUBLICIDAD

Dra. Alma Gracia Godínez Morales

COMISIÓN ESTUDIANTIL

Dr. Edgar Hugo Trujillo Torres

EPIDEMIOLOGÍA, SALUD PÚBLICA Y ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

Dra. Hortencia Castillo Castillo

PATOLOGÍA Y MEDICINA BUCAL

Dr. Jose Luis Castellanos Suárez

Dra. Laura Díaz Guzmán

Dra. Beatriz Aldape Barrios

INNOVACIÓN Y EMPRENDEDURISMO EN ODONTOLOGÍA

Mtra. Regina Garza Roche

MERCADOTECNIA EN ODONTOLOGÍA

Mtra. Claudia Sánchez de Mier

ODONTOLOGÍA LEGAL Y FORENSE

Dra. Adriana Sánchez Murillo



4

EDITORIAL

Dra. Martha Carolina
Rodríguez García
Presidente del Consejo de Certificación

6

LA IMPORTANCIA DE LA ADMINISTRACIÓN EN LA CURRÍCULA DE ODONTO-ESTOMATOLOGÍA UNA RESPUESTA AL DOLOR DEL DENTISTA

MASS. LÓPEZ RAMÍREZ EDITH.
Docente, Facultad de Estomatología,
Universidad Autónoma de Puebla

DE JESUS ROJAS JUAN.
HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ LUIS ENRIQUE.
REYES GARCÍA OSIRIS LOREA.
Alumnos de 6° cuatrimestre de Licenciatura en Estomatología

11

PROPUESTA PARA IDENTIFICAR EL LÍDERAZGO DOCENTE EN EL LOGRO DE COMPETENCIAS CLÍNICAS EN UNA LICENCIATURA DE ODONTOLOGÍA

R. Carlos A. Robles Bonilla
Maestro en Educación
Candidato a Doctor En Liderazgo y dirección de instituciones or
Coordinador de la Licenciatura en Médico Cirujano Dentista
UNIVERSIDAD ANÁHUAC

16

QUISTE DENTÍGERO Y SU POTENCIAL DE TRANSFORMACIÓN AMELOBLÁSTICA UNIQUÍSTICA: REVISIÓN DE LITERATURA

Belinda Beltrán Salinas
Profesora de Tiempo Completo de la
Facultad Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Residencia de Cirugía Oral y Maxilfacial del Hospital
Metropolitano "Dr. Bernardo
Sepulveda" SSNL tran-Salinas

Profesora Titular de la Residencia de Cirugía Oral y
Maxilfacial del Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo
Sepulveda" SSNL

Natalia Parada González*
Tatiana Valencia Omaña*

Estefany Vargas Tobacía*
Estudiante de odontología, Universidad
El Bosque, Bogotá, Colombia



Dra. Martha Carolina
Rodríguez García
Presidente del Consejo de Certificación

Algunas veces a lo largo de la vida se reciben honores y hoy es uno de esos días, ya que me es muy grato a través de este medio digital dirigirme a los jóvenes estudiantes de Odontología. Es muy importante tener una Revista Estudiantil en donde ustedes se puedan expresar a través de un artículo de interés o algunos de los protocolos de investigación que estén desarrollando.

¿Por qué digo que es importante?

Porque ustedes son el futuro del país ahora en las aulas y pronto en diferentes campos de actividad, ya sea en instituciones gubernamentales, en la práctica privada y aún convertirse en los sucesores de sus actuales maestros y en sus manos está el cuidado, prevención y sano mantenimiento del sistema estomatognático.

De algún modo es imprescindible llegar a los jóvenes millennials y aún más a los jóvenes de la generación Z llamados "nativos digitales", que hoy se encuentran en las facultades de Odontología.

Estos jóvenes de hoy tienen la infraestructura y tecnología que yo no imaginé ni leyendo los libros de Julio Verne. Parafraseando al Dr. Agustín Zerón Gutiérrez de Velasco que dice que los profesores que conviven con estas generaciones aprendieron en el S.XX conceptos del S.XIX y enseñan en el S.XXI. Por supuesto que esto debe ocasionar una gran confusión.

¿Qué nos espera la siguiente década?

De ahí que tendrán que estar recibiendo educación continua más allá de las aulas universitarias, deben formar parte de un Colegio y después CERTIFICARSE, en el proceso de calidad que se lleva a cabo en el Consejo de **Certificación de la Asociación Dental Mexicana**.

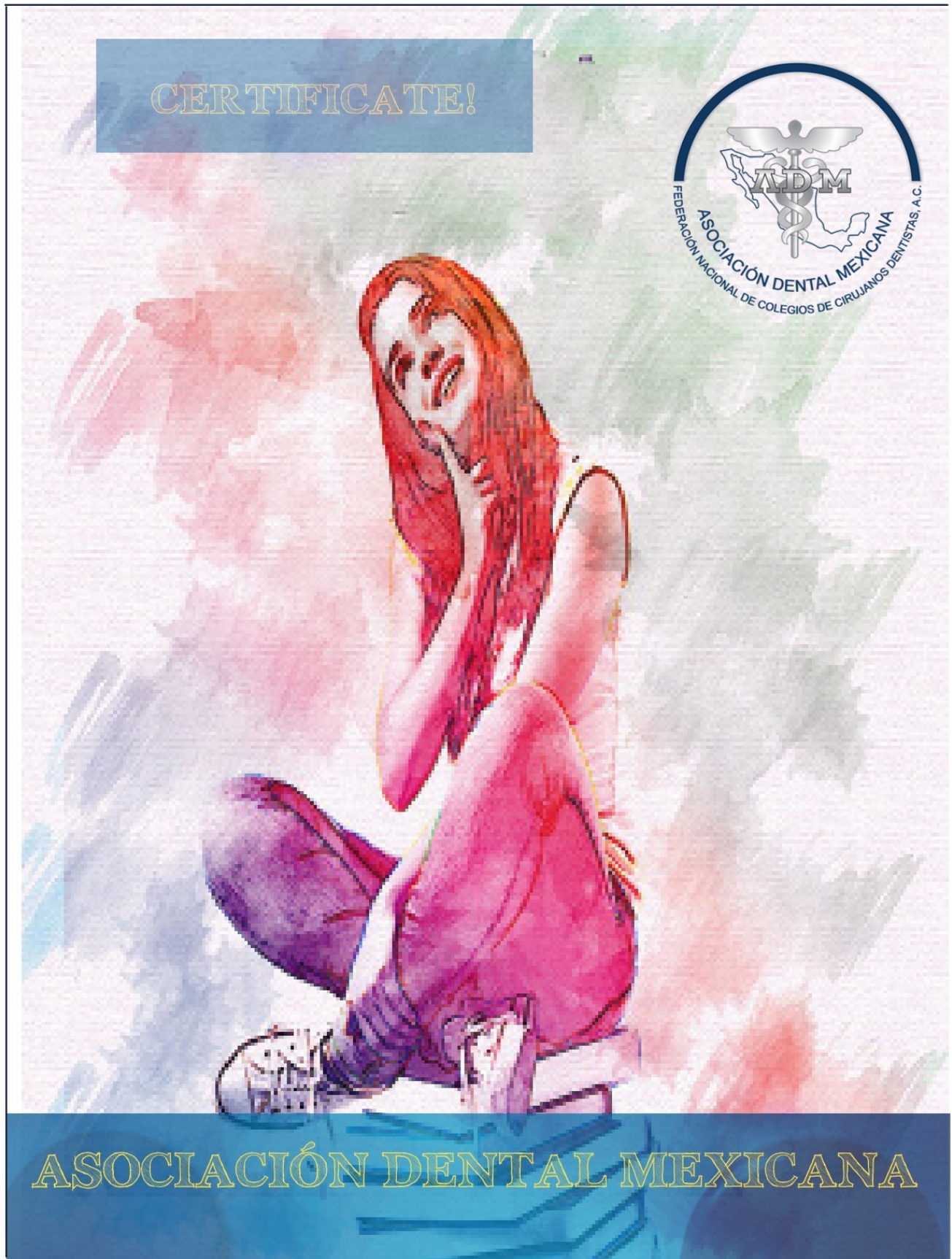
Se requiere gente calificada y que la población tenga la certeza de estar en buenas manos, la tecnología es una herramienta extraordinaria pero hay que estar a la vanguardia en el conocimiento científico.

Futuros odontólogos los invito a formar parte de ADM y a ¡CERTIFICARSE!

Dra. Martha Carolina Rodríguez García



Editorial





MASS. LÓPEZ RAMÍREZ EDITH.
Docente, Facultad de Estomatología,

DE JESUS ROJAS JUAN,
HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ LUIS ENRIQUE,
REYES GARCÍA OSIRIS LOREA.

Alumnos de 6° cuatrimestre de Licenciatura en Estomatología

RESUMEN

Este es un artículo de reflexión acerca de la importancia de la asignatura de administración de servicios de salud, como herramienta importante durante la formación del cirujano dentista, odontólogo o estomatólogo. La administración tiene una relación cercana con los servicios de salud y el proceso administrativo brinda una nueva visión que apoyará de manera importante el desarrollo de la práctica profesional privada o institucional del egresado.

INTRODUCCIÓN

La asignatura de administración de los servicios de la salud en la currícula de la licenciatura de odontología y/o estomatología se ha insertado desde aproximadamente hace diez años en las diferentes universidades del país; tomando en cuenta las características del modelo de salud de México, solo un 5% de los egresados podrá insertarse en un campo público laboral, por lo que dadas las características del perfil de egreso, el profesional va a insertarse al mercado laboral, construyendo su propia empresa.

Anteriormente el plan de estudios de la carrera de licenciatura en la facultad de estomatología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, al igual que otras instituciones nacionales e internacionales, sólo apoyaban la formación técnica profesional; por lo que al egresar, el estomatólogo tenía que enfrentarse a la formación de su empresa sin conocimientos de los procedimientos administrativos, así como del marco legal, normativa de la disciplina y mucho menos estrategias de marketing.

Administración de los servicios de salud

Actualmente en el país, los servicios de salud a nivel público o privado han ido creciendo constantemente debido a la demanda de la población, representando un desafío para la administración pública. Los sistemas de salud se establecen para resolver las necesidades de la sociedad estableciendo niveles de prevención

y atención para dar solución a los problemas de salud de la población. El proceso administrativo a través de la planeación, dirección, organización, integración de personal, dirección y control, sirve para que los sistemas de salud sean efectivos, eficientes y eficaces: de calidad.

En la administración de los servicios de salud se necesita una armonía entre conocimientos, habilidades y técnicas con el único fin de llevar a cabo secuencias de acciones que permitan alcanzar objetivos.

Un administrador en salud debe tener una visión holística e integral del sistema; por ello, su visión y quehacer rebasa la administración de una clínica, hospital, unidad médica o centro de salud. Debe ser capaz del diseño (planeación), desarrollo (operación), sistematización (orden y registro), evaluación y retroalimentación (análisis y reorientación de acciones y metas) de los planes y programas de trabajo de los mismos.

Esta asignatura proporciona los conocimientos básicos del proceso administrativo con la finalidad de que el estudiante pueda construir a través del curso, un plan de negocios que lo apoyen en el momento de emprender o iniciar su proyecto empresarial.

Marketing en odontología y/o estomatología

En el área de odontología o estomatología existe aún cierto desacuerdo que los profesionales de la



Promoción a la salud:

Podemos ofrecer consultas preventivas a bajo costo, induciendo a los pacientes a visitar al dentista no sólo cuando haya dolor.

Seguimiento de pacientes:

Se refiere a estar monitoreando a nuestros pacientes constantemente durante y después del tratamiento dental, con el objetivo de que el paciente quede convencido de lo importante que es para nosotros.

Souvenirs para los pacientes:

Se pueden dar algunos obsequios a los pacientes más leales o con más antigüedad en ciertas temporadas. Un ejemplo, en el mes del cumpleaños de un paciente, podríamos obsequiarle una proflaxis sin costo, además de kits de higiene oral que no afecten las ganancias de la clínica (podremos utilizar los productos de las marcas que lleguen a promocionarnos al consultorio o las que nos obsequien en los congresos).

Seguimiento de pacientes:

Se refiere a estar monitoreando a nuestros pacientes constantemente durante y después del tratamiento dental, con el objetivo de que el paciente quede convencido de lo importante que es para nosotros.

Recomendaciones entre pacientes:

Un usuario satisfecho es la mejor recomendación.

Aplicaciones de teléfonos inteligentes

El uso de una aplicación (app) para los Smartphone, puede ser útil para agilizar tiempos, organizar y planear entre otras cosas. Esta aplicación podría usarse para agendar una cita dental, para tener registro de la historia clínica, ordenar radiografías y registrarlas digitalmente, como un recordatorio de citas, la receta digital para seguir las indicaciones del dentista, e incluso un recordatorio de modo alarma para tomar en tiempo y forma los fármacos que el médico

haya recetado.

Es importante, como se dijo anteriormente, que nuestras estrategias de marketing vayan de acuerdo a las necesidades y posibilidades del grupo de individuos al que va a ir dirigido nuestro servicio.

Conclusión

El paso por esta materia nos permitió proyectar una visión de la empresa que queríamos construir al egresar de acuerdo a nuestras perspectivas personales, competencias profesionales y capacidad económica. De igual forma, en el proceso de organización comprendimos la importancia de la colaboración en equipo con la finalidad de trabajar juntos en la búsqueda de los objetivos organizacionales, con el fin de obtener la satisfacción del paciente a través de una práctica profesional de calidad. El conocimiento del marco legal nos permitió conocer la normativa que debemos cumplir en nuestra práctica profesional complementando los principios de ética y el sentido humanista que debe tenerse, buscando siempre un cambio positivo para prevenir, diagnosticar y solucionar los problemas de salud oral que el paciente requiera.

La administración en la odonto-estomatología y las tecnologías de la información y comunicaciones (TIC's) son herramientas que van de la mano para brindar ayuda al personal que en esta área se desempeña, debido a que teniendo el conocimiento indispensable de éstas. Se puede garantizar y agilizar una infinidad de operaciones que van desde la recepción personalizada del paciente apoyado de bases de datos las cuales nos ayudan a tener la información necesaria al alcance, hasta el llevar un correcto orden del expediente clínico y así mismo mejorar la calidad del servicio. Además de que nos ayudan a brindar servicios que mejoren la perspectiva del paciente hacia el servicio, brindándonos su confianza.

Referencias bibliográficas

[1] Patricia Pavón-León; Ma. del Carmen Gogeochea-Trejo (Enero-Junio 2004). La importancia de la administración en salud. Revista Médica de la Universidad Veracruzana, 4, 13-16.

- [1] Kotler, P., & Armstrong, G. (2003). Fundamentos de marketing. Pearson Educación.
- Caballero-Uribe, C. V., & Alonso, L. M. (2008). Marketing en salud. Salud Uninorte, 24(2), i-iii.
- Nava Salcedo Paula Maria. (2015). Marketing en Odontología. Revista Tamé, 4, 11.
- Arguello Fiallos, M. E. (2013). Marketing aplicado a la consulta odontológica.
- Cobra, M., Villamizar, G. A., & Rozo, A. N. (2000). Marketing de servicios: estrategias para turismo, finanzas, salud y comunicación. McGraw-Hill.



Dr. Carlos A. Robles Bonilla
Maestro en Educación

Candidato a Doctor En Liderazgo y dirección de instituciones
Coordinador de la Licenciatura en Médico Cirujano Dentista

INTRODUCCIÓN

La presente investigación pretende señalar el rol del liderazgo y los rasgos que deberá tener el docente clínico en la formación de las competencias profesionales en el alumno de odontología, principalmente aquellas que se encuentran enfocadas al logro del perfil profesional más allá de los saberes procedimentales o técnicos del ejercicio odontológico. Lo anterior, permitirá a la Licenciatura en Cirujano Dentista de la Universidad Anáhuac (y posiblemente a otras escuelas de odontología), contribuir en la mejora de la calidad de sus docentes y del proceso formativo de su alumnado a través del involucramiento transformador del profesor con el alumno, beneficiando así a los egresados de la carrera esperando con ello, una mejora en la apreciación y posicionamiento de los profesionales de la odontología en nuestra sociedad.

La mayor parte de la literatura revisada sobre liderazgo docente, se encuentra enfocada en describir principalmente los estilos y rasgos característicos que deben tener aquellos docentes que se encuentran en posiciones de dirección o de un nivel jerárquico dentro de sus organizaciones educativas, con enfoques diversos que van desde el modelaje (tutoría), la dirección (administrativa y/o académica), la investigación y los menos, sobre el desarrollo en el aula o la gestión de la enseñanza en la clínica dental. La investigación pretende enfatizar el liderazgo que tiene el docente clínico en la formación del alumno y medir su efectividad a partir de la respuesta de sus seguidores, logrando que los alumnos: 1) Sean más conscientes de la importancia que tiene su tarea para lograr mejores resultados; 2) permitan ser guiados para que sus intereses personales se encaminen hacia los intereses del grupo (profesión) y; 3) activen sus necesidades superiores, para lograr una mejor integración de las competencias y aptitudes que conforman el perfil profesional".

(Kouzes y Posner, citado en Kaufmann pag.166)

CONTEXTO GENERAL

La Licenciatura en Cirujano Dentista de la Universidad Anáhuac México Norte (UAMN), cuenta con un equipo docente enfocado a desarrollar el aprendizaje colaborativo, con el propósito de maximizar su propio aprendizaje entre sus pares y alumnos, incorporando estrategias activas de enseñanza para el desarrollo de las trece competencias profesionales establecidas en el plan de estudios y el modelo curricular de la licenciatura (Anáhuac U. ,



Plan de Estudios 2010, 2009), el cual se basa en la enseñanza por competencias (CEFAD, Modelo Anáhuac 2010, 2011).

El perfil del profesor se centra en la experiencia profesional, pues lo recomendable es que el docente transmita de forma directa su experiencia y asesore a los alumnos para el logro de las competencias profesionales clínicas. Se considera que la enseñanza conviene mostrarse en un ambiente similar a la realidad y que el alumno sea capaz de adaptar su conocimiento de forma inmediata a las mismas condiciones en las que deberá actuar en el ámbito laboral (Díaz Barriga, Aprendizaje Situado, 2006).

El desempeño de la labor docente del profesor que se encuentra al frente de estos alumnos, deberá enfocarse a contribuir de manera significativa al logro del perfil profesional del alumno, motivándolo a obtener no solamente el pleno

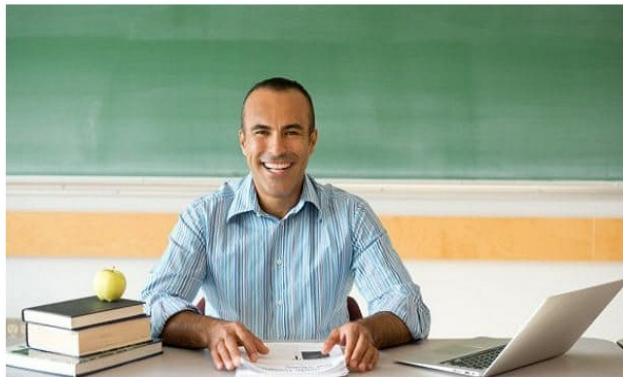
dominio de las competencias profesionales inherentes a la parte "técnica" de la profesión, sino también a concretar con éxito personal, la integración del desarrollo profesional con el humano, poniendo a la persona en el centro y como fin último de su vocación profesional.

Es así que queda manifiesto el papel significativo que tiene el docente como guía o acompañante para el logro de las competencias profesionales clínicas en el alumno. Su influencia intencionada y dirigida para que este último no sólo "ejecute" la instrucción, se convierte en un campo fértil y emprendedor para el alumno pues este acercamiento llega a ser una gran motivación que provoca confianza y seguridad en él mismo, animándolo a participar de manera activa en el proceso de su propio aprendizaje al tiempo que se logra estrechar la relación alumno-profesor.

Autores sobre liderazgo, consideran que se "debe medir la efectividad de un líder a partir de la respuesta de sus seguidores" (Bass 1995, Citado en Kauffmann, 1997), si estos manifiestan confianza, admiración, lealtad y respeto hacia el líder, se encontrarán motivados a realizar más tareas de las que se les pide. Dentro de los tipos o estilos de liderazgo se encuentra el de tipo transformador, en el cual los líderes evocan permanentemente respuestas emocionales de sus seguidores, modificando sus conductas cuando se encuentran ante resistencias evidentes, en un constante proceso de flujo y reflujo de su formación. (Kaufmann, 1997)

Bass también considera que existen 3 elementos fundamentales en el líder transformador:

- 1) Carisma, en el cual se evoca a los seguidores emociones fuertes, así como un intenso sentimiento de identificación;
- 2) Estimulación intelectual, entendiéndose como el incremento en la toma de conciencia de los problemas por parte de los seguidores y hacerles ver las cosas desde otra perspectiva y por último
- 3) la consideración individualizada, que incluye apoyo, estímulo y el fomento a lograr el desarrollo personal y profesional en sus seguidores". (Bass 1995, Citado en Kauffmann, 1997)



Haciendo un simil en educación, de acuerdo a lo descrito por Bass para poder llevar a cabo este proceso de transformación, el académico (el líder) tiene que identificar con claridad tres fases en el proceso de enseñanza-aprendizaje (organización):

- a) Reconocer la necesidad del cambio (adquisición de las competencias clínicas);
- b) crear una nueva visión (evaluación auténtica enfocada a evidenciar el logro de las competencias);
- c) institucionalizar el cambio (establecer el modelo de evaluación auténtica como modelo de evaluación de las competencias clínicas en los Practicum).

Con lo anterior, resulta necesario para el docente, comprender el estado actual de la formación del alumno en su desempeño clínico, describir el proceso de aprendizaje y elegir las estrategias adecuadas para insertarlo a la proximidad de las necesidades reales del ejercicio profesional de una forma constructivista e innovadora.

Por otro lado, en la Licenciatura en Cirujano Dentista de la Universidad Anáhuac, no se ha podido establecer una metodología de evaluación que permita evidenciar el logro de las competencias clínicas establecidas en cada uno de los ciclos en los que se imparten, utilizándose estrategias diversas que sólo estiman una parcialidad de las mismas, sin tener una evaluación clara y palpable del dominio de estas por parte del alumno, revelando gran inquietud y desconfianza entre ellos mismos, pues no se sienten seguros y preparados en el dominio de dichas competencias, lo mismo sucede con los profesores que recibirán a los grupos en los ciclos por venir, manifestando la misma inquietud.

Con la detección de ambas necesidades al interior de la licenciatura, resulta oportuno establecer una metodología de evaluación del Liderazgo Docente a través de la evaluación de las competencias clínicas en el alumno y que a su vez, se perfile como una herramienta que ayude a conformar el sello de identidad institucional de la propia licenciatura, alineada a la misión universitaria, centrada en el ser humano, transformadora y de liderazgo de acción positiva. Esta metodología podrá evidenciar la relación que existe entre el logro de la adquisición de las competencias clínicas por parte del alumno y los resultados de desempeño docente del profesor, como líder en la formación profesional dentro del proceso de enseñanza.

PROPUESTA

La importancia en el desarrollo de las competencias clínicas odontológicas desarrolladas por el alumno en gran medida corresponden a la cercanía y asesoramiento que el docente clínico tiene con el estudiante, pues las habilidades y técnicas que se aplican en los respectivos tratamientos

altamente motivados y convencidos por sustituir sus "viejas costumbres" por una "nueva visión" dentro de su organización.

Kouzes y Posner (citado en Kaufmann 1997, Pag. 166) realizaron investigaciones en diversos países, tratando de indagar cuales eran los rasgos más valorados en los jefes inmediatos (líderes), identificando 225 rasgos como los más significativos. Como resultado del estudio, se clasificaron las principales 7 cualidades con mayor frecuencia seleccionadas en orden de preferencia, las cuales fueron:

- 1°. Honestidad
- 2°. Proyección de futuro
- 3°. Intuitivo
- 4°. Competente
- 5°. Justo
- 6°. Que dé apoyo
- 7°. Amplio de Miras (Visión)
- 7°. Inteligente

Nota: Tomado de Tabla 2 : Características valoradas en los líderes (en porcentajes) de Kaufmann 1997, Pag. 170

De acuerdo a esta revisión de la literatura sobre las principales virtudes y rasgos que los líderes transformadores deben tener, en mi opinión, las siguientes son requeridas con el propósito de encuadrar el estudio sobre el efecto que tiene el liderazgo docente para el logro de las competencias clínicas:

Honestidad (Integridad y coherencia moral): Se considera importante que el docente sea coherente e íntegro entre su manera de actuar y pensar pues esto servirá de ejemplo al alumno en su comportamiento y desempeño.

Proyección de futuro (Experiencia profesional): Tener dominio y experiencia de su profesión, permite guiar al alumno de manera profesional en la adquisición de habilidades y conocimientos, de esta manera hará más conscientes a sus alumnos de la importancia que tiene cada una de las tareas o actividades que realizan para lograr mejores resultados y los guiará para que sean más exigentes con dichos resultados.

Competente (Vocación docente): Zabalza (2005), hace una explicación muy precisa sobre la diferencia entre la formación profesional y la identidad docente: "No basta contar con la preparación profesional en un área determinada y manejar de alguna forma por imitación muchas de las veces, ciertas habilidades o técnicas de enseñanza, pues desafortunadamente no llegará el mensaje correcto al emisor indicado, se requiere de muchas otras cosas más que "hacen" al docente,

el formador trascendente que está llamado a ser." (Zabalza M. , 2005)

Que dé apoyo (Identificación con el alumno): Empatía con el alumno, compromiso con él y del cumplimiento de la palabra, es decir mantenerse cercano en su acompañamiento y asesoría, esto brindará confianza en el alumno y lo alentará a realizar más actividades por sí mismo que antes no se atrevía a realizar.

Amplio de miras (Visión): No basta la experiencia propia para poder anticiparse a alguna situación en particular, es necesario contemplar el momento y el contexto en que se espera insertar al alumno para que se desempeñe con bastante seguridad y soltura.

Conclusiones

Queda manifiesto el papel significativo que tiene el docente como guía o acompañante para el logro de las competencias clínicas profesionales en el alumno de odontología. Su influencia intencionada y dirigida para que este último no solo "ejecute" la instrucción, se convierte en un campo fértil y emprendedor para el alumno pues este acercamiento llega a ser una gran motivación que provoca confianza y seguridad en él mismo, animándolo a participar de manera activa en el proceso de su propio aprendizaje al tiempo que se logra estrechar la relación alumno-profesor, desarrollando no solo la habilidad y destreza en el ejecución de los procedimientos clínicos y el entendimiento y comprensión del proceso para resolver de manera efectiva los problemas de salud que presente el paciente (saber-hacer); sino estimula al alumno de manera dirigida a integrar otros elementos intangibles que solo la presencia y el acercamiento con su maestro le pueden dar (Saber-Ser) como lo es la confianza en sí mismo, la proyección y la trascendencia.

La investigación se ha centrado en la identificación del liderazgo docente y la forma en que impacta en la transformación del alumno, sin embargo es importante considerar e investigar los diferentes motivadores intrínsecos y extrínsecos que existen en los alumnos, su posible resistencia o desinterés por participar de manera activa en su propia transformación así como el manejo o tratamiento que se le pueda dar a dichos alumnos. Por otro lado, considerar motivar a otros docentes de manera reflexiva, sobre la trascendencia de su participación en el proceso de enseñanza aprendizaje, no solo para la enseñanza y supervisión de los procedimientos o tratamientos dentales que son necesarios en el logro de las competencias clínicas en el egresado, sino para tener una participación activa y trascendente en la realización como personas en el logro del perfil profesional de sus alumnos.

QUISTE DENTÍGERO

Definición: Es clasificado por la O.M.S. en 1992 como una cavidad anormal que rodea la corona de un diente no erupcionado, respetando el área radicular del órgano dentario erupcionado involucrado. En 1996 la O.M.S describe los Quistes Dentígeros (QD), también llamados quistes foliculares, como quistes odontogénicos de formación y origen epitelial, o un quiste del desarrollo, según la clasificación de los tumores.[1, 9, 10, 51, 52]

Etiología

Existen varias teorías que tratan de explicar el origen de los quistes dentígeros. Aun cuando estas teorías no fueron propuestas recientemente, en la actualidad mantienen su vigencia y son consideradas las de mayor importancia.[9] El quiste dentígero, se origina según Gardner en el revestimiento de los folículos cuando el líquido se almacena dentro del epitelio folicular y la corona en desarrollo o diente no erupcionado. Suelen descubrirse por un estudio radiográfico de rutina. Los dientes ectópicos pueden generar quistes ya que el cuerpo reacciona a este tejido y a su posición no es común. Se han reportado únicamente 20 casos desde 1980 al 2012.[12]

Características clínicas

Los síntomas en el quiste dentígero son escasos y rara vez alcanzan grandes proporciones, cuando esto pasa se logra detectar clínicamente, puede llegar a producir expansión ósea y asimetría facial, sin embargo, en la mayoría de los casos es detectado como un hallazgo radiográfico.[9] Pueden originar expansión del hueso, asimetría facial, gran desplazamiento de los dientes y gran reabsorción radicular de los dientes adyacentes.[1]

Sitios de aparición frecuente

Suelen ocurrir en el maxilar inferior en mayor proporción respecto al maxilar superior. Los dientes más afectados suelen ser los terceros molares y los caninos en ambos maxilares.[1, 26, 41] La región posterior de la mandíbula es el sitio más frecuentemente afectado.[13,49] En el maxilar inferior a consecuencia de este quiste, en la zona molar puede llegar a producirse una reabsorción casi total de la rama ascendente, con el desplazamiento del molar. En el maxilar superior en la zona del canino produce expansión de la porción anterior y puede semejar una celulitis o a una sinusitis por invasión del antro sinusal. Puede también progresar hacia las fosas nasales y a la fosa pterigomaxilar produciendo dolor e infección y en ocasiones supuración y fistulas al exterior.[1] Cuando la lesión crece, pueden afectar el ancho de la cortical ósea, llevando a una pérdida de hueso con evolución rápida afectando tejidos dentales, y musculares.[14]

Prevalencia

Los quistes dentígeros suelen ser, después de los apicales y residuales, los de mayor incidencia entre los quistes odontogénicos, sólo los quistes radiculares son más comunes en la región maxilofacial. Suele haber mayor predominio en el sexo femenino sobre el masculino y una mayor incidencia de los 20 a 40 años de edad.[1, 7, 41]

Medios diagnósticos

Se puede utilizar como un medio diagnóstico la glicoproteína CD166 de la superfamilia de las inmunoglobulinas de moléculas de adhesión, que se han asociado con diferentes características agresivas y la recurrencia de los tumores Odontogénicos.[4]

Características Histológicas

Consiste en una pared fibrosa revestida por un epitelio delgado, no queratinizado, escamoso estratificado.[11] Pueden variar mucho dependiendo principalmente de la presencia de inflamación. En el quiste dentígero no inflamatorio, puede estar presente un revestimiento epitelial delgado con pared de tejido conectivo fibroso dispuesto libremente. Por su parte, en el quiste dentígero inflamatorio, el epitelio demuestra comúnmente crestas epiteliales hiperplásicas, y su pared se ve fibrosa mostrando un infiltrado inflamatorio, además hay fibroblastos jóvenes presentes en el estroma. El revestimiento de células puede mostrar cambios metaplásicos en forma de células productoras o células secretoras de moco, tales como las células calciformes.[18] También se describe un epitelio pseudoestratificado columnar ciliado. En raras ocasiones se observan glándulas sebáceas en las paredes. El contenido de la luz quística suele ser fluido acuoso de color amarillo fino y puede contener sangre en algunas ocasiones.[18] Pueden transformarse en una neoplasia benigna pero agresiva, como lo es el ameloblastoma.[9]

Características radiográficas

Radiográficamente se observa una zona radiolúcida redondeada y bien circunscrita asociada a la corona del diente no erupcionado[1, 16, 49,52] de tamaños variados y bordes escleróticos bien definidos.[17] La tomografía computarizada esclerótica es también una modalidad avanzada para el diagnóstico de quistes de gran tamaño.[49] La ortopantomografía de rayos X proporciona una visión general y completa de la lesión quística progresiva que se extiende. Deben analizarse en conjunto los resultados de la tomografía computarizada y los hallazgos clínicos, para obtener un buen diagnóstico.[7, 39]

Tratamiento

El más utilizado es la enucleación quirúrgica, pero existe la posibilidad de recurrencia si dicha remoción es incompleta dado su comportamiento quístico. El diagnóstico diferencial se realiza con ameloblastoma,



Universidad El Bosque, Bogotá Colombia

Belinda Beltran-Salinas

*Profesora de Tiempo Completo
Facultad de odontología de la UANL
Profesora Titular de la Residencia de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Metropolitano
"Dr. Bernardo Sepulveda" SSNL*

Natalia Parada González*

Tatiana Valencia Omaña*

Estefany Vargas Tobacia*

Estudiante de odontología, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

RESUMEN

Los quistes son cavidades patológicas que pueden llegar a presentar cambios mixoides o presencia de infiltrado inflamatorio crónico. Los quistes odontogénicos son localmente agresivos y proliferan rápidamente. Diferentes lesiones odontogénicas surgen desde el aparato de formación de dientes y pueden sufrir transformaciones, generando la aparición de tumores benignos como los Ameloblastomas. El objetivo de este artículo de revisión es realizar una íntegra descripción del quiste dentígero, así como su potencial de transformación ameloblástica uniuístico.

INTRODUCCIÓN

Se definen los quistes como cavidades patológicas de contenido líquido, semilíquido, sólido o gaseoso, revestidas de epitelio en su cara interior y por tejido conectivo en el exterior.[1]

Histopatológicamente el folículo dental incluye la presencia de tejido fibroso conectivo parcial o completamente revestida por epitelio cilíndrico o cúbico, lo que representa el epitelio reducido del órgano del esmalte. Puede llegar a presentar cambios mixoides y tener algunos cambios reactivos y de hiperplasia del epitelio sin atipia celular o presencia de calcificaciones focales.[2,11]

El proceso de odontogénesis es prolongado y complejo y los tumores derivados de epitelio, ectomesenquima o elementos mesenquimales que son, o han sido, parte del aparato odontogénico se denominan tumores odontogénicos.[3]

Según Andisheh y Cols. Los quistes odontogénicos son localmente agresivos y proliferan rápidamente, mostrando además una alta tasa de recurrencia después de su eliminación.[4] Las manifestaciones clínicas de una lesión quística se acompañan por dolor y salivación excesiva, otros síntomas son parestesia, desplazamiento y movilidad, sin embargo estos no son los únicos determinantes para tomar una decisión de tratamiento.[5]

Diferentes lesiones odontogénicas surgen desde el aparato de formación de dientes, y sus derivados presentan una variación histológica y un comportamiento clínico diferente.[4]

Así mismo, es necesario tener en cuenta que el epitelio de los quistes odontogénicos, como en este caso el quiste dentígero, puede sufrir transformaciones, generando la aparición de tumores odontogénicos benignos tales como los Ameloblastomas.[6,7,37] Las lesiones incluyen ameloblastomas, quiste radicular, quiste dentígero, tumor odontogénico queratoquístico, granuloma central de células gigantes, lesión firo-ósea, y osteoma.[7, 49]

A pesar de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de los tumores odontogénicos, se han encontrado ocasionalmente lesiones odontogénicas únicas con características histológicas combinadas.[3, 50] De esta manera, Stoelinga enuncia que las neoplasias más comunes originadas de la cápsula de los quistes son tumores odontogénicos benignos.[34] Stanley y Diehl estiman que el 17% de los ameloblastomas surgen de quistes dentígeros.[8] Teniendo en cuenta lo anterior el presente artículo de revisión tiene como objetivo realizar una íntegra descripción del quiste dentígero, así como su potencial de transformación ameloblástica.

salud oral tienen sobre marketing. En décadas anteriores la práctica odontológica privada era menos compleja, un ejemplo es que los dentistas con mayor tiempo en la práctica pudieron necesitar poco de esta herramienta e incluso en sus inicios no se contaba con los avances tecnológicos con los que contamos en la actualidad, y por lo tanto ahora lo ven innecesario. Actualmente, la era de la comunicación digital, los avances tecnológicos en salud, el incremento de profesionistas, la introducción de los nuevos enfoques de la calidad en los servicios de salud y los nuevos entornos, exigen un abordaje diferente para lograr una práctica profesional exitosa.

Phillip Kotler, un economista y mercadólogo estadounidense, define el marketing como "un proceso social y administrativo por el cual los grupos e individuos satisfacen sus necesidades al crear e intercambiar bienes y servicios." Entonces el marketing en odonto-estomatología va más allá de simplemente crear publicidad, sino que es un proceso completo que abarca procedimientos administrativos: desde el establecimiento de la misión y visión, hasta la organización y el correcto funcionamiento del servicio del que una clínica o consultorio dental ofrezca.

El proceso de marketing al que hace referencia la asignatura nos permitió una toma de decisiones con mayor grado de certidumbre al identificar primero el grupo poblacional al que queríamos dirigir nuestros servicios de acuerdo a características sociodemográficas como capacidad económica, nivel sociocultural, edad, entre otras; para establecer las estrategias de marketing. Por lo tanto es de gran importancia para el emprendedor, en este caso el estomatólogo, que establezca un segmento del mercado en donde haya necesidad de ubicar un consultorio dental.

Se debe hacer un análisis completo, primero, de la zona en donde se quiera poner el consultorio o clínica dental; evaluar ciertos puntos que harán que la empresa tenga éxito. Por ejemplo; la cercanía de zonas de mayor frecuencia (centros comerciales, zonas turísticas, hospitales), las vías de acceso vehicular, la disponibilidad de contar de preferencia un lugar en donde puedan estacionarse los vehículos, la facilidad en que personas con capacidades diferentes puedan tener acceso al consultorio o clínica dental, pero sobre todo la demanda de otros posibles consultorios dentales que existan en la zona.

Simulación de Marketing en estomatología

Marketing y publicidad son palabras que generalmente llegamos a confundir pensando que tienen el mismo significado, pero ambas palabras se definen de manera diferente. Por un lado, el "marketing" es una palabra del inglés y se puede traducir como mercado o

mercadotecnia. Se define como la disciplina que se dedica a hacer un análisis del comportamiento tanto de los mercados como de los consumidores con el objetivo de mejorar la comercialización de un producto o de un servicio. Por otra parte, la publicidad es una herramienta del marketing que se caracteriza por ser técnicas creativas de promoción o comunicación cuyo objetivo es dar a conocer e informar sobre algún producto o algún servicio a través de algún medio de comunicación, como la radio, la televisión, medios impresos o en la actualidad el uso del internet y las redes que en él podemos utilizar.

El uso del marketing a través del internet ha ido evolucionando las formas en las cuales nosotros podemos comercializar nuestros productos o servicios. Mucho se habla de marketing viral, el cual se refiere a las técnicas del marketing que tiene por objeto la promoción a un alto nivel de difusión y transmisión de uno o varios mensajes, principalmente a través de las redes sociales, que hoy en día son el medio de comunicación electrónico más utilizado en todo el mundo.

En la asignatura de administración de los servicios de salud, se propuso hacer un plan de negocios personal para tener una idea a futuro de qué se debe hacer para emprender un consultorio o clínica dental.

Se trató básicamente de establecer una empresa dedicada a la salud oral (clínica o consultorio) en donde se trabajó primero, desde darle un nombre a la empresa, es decir, debemos buscar un nombre corto, fácil de recordar, que de preferencia tenga relación con la estomatología; un ejemplo, "Consultorio Dental Sonrisas"; ahora bien, ¿Cuántos consultorios tendrán este nombre en el país?, se debe investigar si ya existen empresas que operen bajo este mismo nombre, principalmente para no confundir las empresas, incluso legalmente no puede existir sociedad que tenga el mismo nombre de otra.

La ubicación de la empresa es fundamental, ya que se debe pensar hacia qué tipo de gente será dirigido principalmente el servicio; no podemos tener las mismas oportunidades y herramientas si nosotros establecemos la empresa en una zona con una plusvalía alta, que si nos ubicamos en una comunidad rural en donde existen carencias materiales, tecnológicas e incluso económicas, tomando en cuenta siempre que la calidad del servicio prestado será el mismo. De otra manera influye también el nivel sociocultural de la población, conocer las costumbres y tradiciones de las comunidades donde podríamos establecer la empresa. En este ejercicio se propuso hacer el plan de negocios de una clínica dental llamada "Clínica Dental Siglo XXI" con un grupo de especialistas dedicados al cuidado de la salud oral.

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

L., B. E. (1997). Una propuesta para la educación del futuro. México: Fondo de Cultura Económica.

Cabrera, K. D., & González, L. E. (2006). Currículo Universitario Basado en Competencias. (C. Universidad del Norte, Ed.) Barranquilla: Uninorte.

CEFAD. (2011). Modelo educativo Anáhuac 2010 . México: Universidad Anáhuac...

Covey, S. (2013). El liderazgo centrado en principios. Barcelona: Paidós..

Alfonso-Roca, M. T. (2005). El aprendizaje de la Medicina en la Universidad de Castilla la Mancha. Una experiencia educativa basada en el aprendizaje de las competencias profesionales. Educación Médica , 8 (2), 5-12.

Anáhuac, U. (2009). Plan de Estudios 2010 Licenciatura en Cirujano Dentista. Plan de Estudios 2010 Licenciatura en Cirujano Dentista . México, Huixquilucan, México.

Boyer, E. (1997). Una propuesta para la educación del futuro. México: Fondo de Cultura Económica.

Díaz Barriga, F. (2006). Aprendizaje Situado. Mexico: Interamericana.

Díaz-Barriga, F. (2006). Enseñanza situada, Vínculo entre la escuela y la vida. Mexico: Mc Graw-Hill Interamericana.

Espinosa-Vázquez, O., Martínez-González, A., & Díaz-Barriga Arceo, F. (2013). Formas de enseñanza y evaluación utilizadas por los docentes de odontología: resultados y clasificación psicopedagógica. Investigación en educación médica , 184-186.

García-Cabrero, C., & Loredó, J. (2008). Análisis de la práctica educativa de los docentes; pensamiento; interacción y reflexión. (R. E. Educativa, Ed.) Retrieved 20 de Mayo de 2011 from <http://redie.uabc.mx/NumEsp1/contenido-garcialoredocarranza.html>

Kaufmann, A. E. (1997). REIS. (R. E. Sociológicas, Ed.) Retrieved 13 de Octubre de 2015 from REIS: <http://www.reis.cis.es/>

Moreno, T. (16 de Julio de 2015). La Educación por competencias. Seminario Temas selectos en Educación . Huixquilucan, México, México: Doctorado en Liderazgo y Dirección de Instituciones de Educación Superior.

Uribe, M. (Julio de 2005). El liderazgo docente en la construcción de la cultura escolar de calidad: un desafío de orden superior. PIRELAC: UNESCO .

Zabalza, M. (9 de Febrero de 2005). Competencias Docentes. Cali, Colombia.

Características radiográficas

Radiográficamente el ameloblastoma ofrece una imagen radiolúcida, pudiendo presentar patrones variables. El más frecuente es el multilocular, donde la apariencia es en pompas de jabón; los límites de la imagen pueden ser lisos o presentar ciertas irregularidades. Otras veces la imagen es unilocular o asociada a un diente retenido, teniendo un aspecto muy semejante a un quiste dentígero o a otras entidades similares, lo que explica que su imagen radiográfica no sea patognomónica. En el examen radiográfico de un posible ameloblastoma, deben ser considerado algunos parámetros como la localización, la relación eventual con piezas dentarias incluidas y forma de la lesión.[43]

Tratamiento:

Una opción de tratamiento como se referencia en el estudio de Zemann y cols., consiste en reconstruir inmediatamente con el uso de injertos microvasculares o bien de la escápula o hueso de cresta iliaca, y la colocación de los implantes dentales después de la eliminación del material de osteosíntesis, obteniendo resultados satisfactorios tanto estéticos como funcionales, y además se evidencia que no se presentaron casos de recurrencia del tumor durante el seguimiento. Korneckil, destaca dentro de las ventajas de la microcirugía y el uso de estos injertos la reconstrucción primaria con elevado porcentaje de éxito, menor número de complicaciones, flexibilidad del diseño, aumento de la resecabilidad tumoral, mínima secuela estética y funcionalidad en la zona donante. De la misma manera Navarro-Vila et al, enuncian que la superioridad de la reconstrucción primaria y de los colgajos microquirúrgicos sobre los métodos tradicionales, unidos a los implantes osteointegrados, permiten proporcionar una adecuada calidad de vida (estética y función) a los pacientes mandibulectomizados. [27,45,47]

Los autores por lo tanto recomiendan "eliminación completa del tumor con la preservación del borde inferior de la mandíbula siempre que sea posible". Se informó de que la recurrencia no implica fracaso porque por lo general hay regeneración de una cantidad significativa de hueso; la recurrencia se limita a un área pequeña que puede ser re intervenido en "cirugía conservadora". Por otra parte, la recurrencia puede ser un término equivocado, mientras que la persistencia es probablemente un mayor reflejo exacto del problema, debido a una extirpación incompleta del tumor con la cirugía "conservadora" inicial.[28, 48]

QUISTE DENTÍGERO Y SU POTENCIAL DE TRANSFORMACIÓN AMELOBLÁSTICA UNQUIÍSTICA.

Definición : Los quistes y tumores odontogénicos son entidades distintas y presentan una ocurrencia común en los huesos de la mandíbula, así como una apariencia clínica y radiográfica similar.[35,37] Son lesiones

individuales resultantes del aparato odontogénico con diferentes patogénesis. El revestimiento de los quistes odontogénicos muestra un potencial para la transformación neoplásica de tumores malignos no odontogénicos como carcinoma de células escamosas y el carcinoma mucoepidermoide, y también de tumores odontogénicos benignos como el ameloblastoma y el tumor odontogénico adenomatoide. Sin embargo, en muy pocos casos se ha informado de tumores derivados de los quistes odontogénicos.[29]

El ameloblastoma es un tumor con una propensión a la recurrencia, especialmente cuando el foco ameloblástico penetra en el tejido adyacente a la pared del quiste.

La capacidad de predecir esta potencial ocurrencia antes de la cirugía mejoraría en gran medida las estrategias terapéuticas para reducir la incidencia del mismo.[38] Los subtipos de esta presentación del ameloblastoma incluyen: simple, con proliferación intraluminal, simple con proliferación intraluminal e intramural y simple con proliferación intramural.

Etiología: Los tumores odontogénicos y quistes pueden ocurrir en cualquier etapa de la odontogénesis. El mismo origen embrionario es compatible con una interrelación estrecha con varias lesiones odontogénicas.[30]

De vez en cuando puede transformarse en tumores odontogénicos, en carcinoma de células escamosas, carcinoma epidermoide o incluso mucoepidermoide, o ameloblastoma de o en asociación con un quiste dentígero.[7, 8,18]

Características Clínicas

Como complicación seria del quiste dentígero (odontogénico), está la formación de ameloblastoma, derivado del epitelio de revestimiento o de los restos epiteliales odontogénicos en la pared quística, se manifiesta como un engrosamiento nodular en la pared. Destructivo e indoloro.[46]

Prevalencia: Los ameloblastomas unquísticos representan el 5-15% de todos los casos. La edad media de aparición de casos es de 16 años y se asocian a un diente no erupcionado. Es poco común que estos tumores se producen simultáneamente en la mandíbula de un paciente[34]

El Ameloblastoma, especialmente la variante unquística, se observa en la segunda y tercera década de la vida, y debe incluirse en el diagnóstico diferencial. [32] Algunos subtipos de Ameloblastomas unquísticos tienen un mejor pronóstico que los ameloblastomas sólidos o multiquísticos, y la enucleación simple parece ser el tratamiento adecuado.[11, 36]

requieren de una supervisión rigurosa. Más allá de la verificación y la cualificación del procedimiento, es necesario "guiar" el arte de la profesión para lograr el desarrollo del perfil esperado. Bajo esta óptica, es importante identificar el papel que juega el docente y los rasgos que debe tener para que su presencia y asesoramiento sea significativo e impacte "vivencialmente" en el alumno para el desarrollo de su formación profesional.

Al hacer la revisión sobre metodologías de la evaluación clínica y el desarrollo de competencias profesionales, la mayoría de los autores consultados hacen referencia de la experiencia recogida para el área de la medicina la cual es vasta e innovadora (Alfonso-Roca M. T., 2005), encontrando poca información que describa los casos pertinentes al área odontológica. Se han hecho también revisiones



sobre los perfiles que caracterizan a los profesores, las competencias que deben dominar en su labor como docentes (competencias docentes) (Zabalza M., 2005) así como literatura referente a la evaluación de su desempeño (García-Cabrero & Loredó, 2008), ámbitos que confluyen y que deben ser tomados en cuenta para abordar en el debido contexto la problemática. Al investigar, pero que no se hace una clara mención sobre su papel como líder para el desarrollo de las competencias clínicas y su aportación para el desarrollo del perfil profesional en el alumno. Sobre estos ámbitos, Uribe (Uribe, 2005) define la escuela del siglo XXI como "una organización abierta a la comunidad, en consecuencia no pueden sus directivos y profesores sólo administrar o gestionar la institución escolar sin darle una orientación y visión a mediano y largo plazo". Gestión y liderazgo son dos métodos de actuar diferentes y complementarios.

Parra (citado en González, O. 2012), define al líder como "aquella persona con capacidad de optimizar el uso de las técnicas y métodos para el trabajo pedagógico, en beneficio del mejoramiento de la calidad educativa, ejerciendo funciones de guía-facilitador con un pensamiento sistémico, que induzca cambios en los objetivos, valores, necesidades, aspiraciones y creencias". Para ello debe tener competencia como

facilitador de la interacción entre los miembros del medio académico y la comunidad.

Kaufmann (1997) define el liderazgo transformador como "un proceso en el cual los líderes evocan permanentemente respuestas emocionales de sus seguidores, modificando sus conductas cuando se hallan ante resistencias evidentes, en un constante proceso de flujo y reflujo" (Kaufmann, 1997). Ante lo anteriormente citado infiero de manera personal, que la evaluación del resultado del desempeño docente se considera altamente efectivo cuando está alineado con el desempeño efectivo de las competencias clínicas en el alumnado.

Si bien se ha hecho una revisión en la literatura sobre los diferentes y novedosos modelos que pueden existir hoy en día sobre la evaluación de las competencias profesionales (clínicas) en la práctica, sigue siendo un tema muy difícil de resolver. Existe mucho desconocimiento por parte de los académicos sobre el tema y aunque exista un interés por buscar un modelo acorde y pertinente solo logramos una parcialidad de ello.

Ante lo expuesto, cabe preguntarse ¿De qué manera se encuentra involucrada la asesoría o guía del docente para el logro de las competencias clínicas? ¿El desempeño del alumno podrá ser directamente proporcional a este involucramiento? ¿Cuál debe ser el papel preponderante del docente para el logro de estas competencias en el alumno?, ¿Se encuentran preparados los docentes para asumir este rol de guía o líder para el desarrollo de las competencias clínicas en los alumnos? ¿Las instituciones se encuentran preparadas para propiciar el ambiente necesario para que se logren estos objetivos?

Se ha comentado ya con anterioridad sobre la posible relación que existe entre el logro de la adquisición de las competencias clínicas por parte del alumno y el resultado del desempeño docente del profesor, como guía formador en el proceso de enseñanza pero no de manera precisa, el rol de liderazgo que tiene el Docente. Lo anterior se puede sustentar si se considera lo comentado por Bass en 1985, quien considera que la efectividad de un líder se debe medir a partir de la respuesta de sus seguidores (Kaufmann, 1997), si estos manifiestan confianza y se encuentran motivados a realizar más tareas de las que se les pide.

Autores como Covey (Covey, 2013), han comentado que la gestión transformacional es una tarea difícil pues fundamentalmente se logra a través de una formación continua que tiene como objetivo, sustituir las "viejas formas de hacer las cosas". Ambos autores coinciden en que los líderes transformadores, colaboran a que la gente acepte la necesidad del cambio, sin hacerlos sentir personalmente responsables por el fracaso pero si

Queratoquiste, carcinoma epidermoide o el carcinoma mucoepidermoide.[1, 7, 11] La marsupialización se puede utilizar ya sea como una única terapia para un quiste o como un paso preliminar en el tratamiento, posteriormente puede realizarse la enucleación. En la mayoría de los casos, la enucleación se realiza después de la marsupialización. En el caso de un quiste dentigero asociado a dientes permanentes incluidos, puede que no haya ningún quiste residual para eliminar una vez que los dientes entran en erupción en el arco dental.[7, 8, 18, 19,39]

AMELOBLASTOMA

Definición: Es un tumor benigno percibido como el primer tumor odontogénico en el siglo XIX. Se ha interpretado adecuadamente por Robinson como un tumor que parece ser generalmente unicéntrico, no funcional, irregular en el desarrollo y clínicamente persistente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1991 define ameloblastoma como un tumor benigno pero localmente agresivo con una tendencia a recurrir, por la proliferación de epitelio odontogénico en un estroma fibroso. Generalmente está presente en el hueso de la mandíbula, con una conducta agresiva y un potencial invasivo marcado que conduce a múltiples recidivas después de la enucleación y el curetaje.[4,19,21,34,41] Ackerson clasificó el ameloblastoma en tres grupos histológicos: ameloblastoma uniuquístico luminal, ameloblastoma plexiforme uniuquístico o intraluminal y ameloblastoma uniuquístico mural.[3, 11, 35]

Etiología

El tumor se origina a partir del epitelio residual del germen del diente, del epitelio escamoso estratificado de los quistes odontogénicos y del epitelio del órgano de esmalte. Zegarelli mostró que en ratones, el punto de origen del ameloblastoma eran las células embrionarias que comprenden la capa epitelial externa del órgano de esmalte. Smith, cree que el tumor surge de las células basales del epitelio oral de las células que se han sometido a la diferenciación en ameloblastos.[21,23]

Características clínicas: El Ameloblastoma clínicamente se presenta como un tumor odontogénico agresivo, sin evidencia de inflamación, este tumor normalmente es asintomático, pero debe tenerse en cuenta que al ser tan agresivo genera deformidad ósea. El ameloblastoma, en general, crece lentamente y de forma silente, sin signos precoces evidentes. Puede ser descubierto casualmente tras un examen bucal corriente. En las fases más avanzadas aparece como una lesión de lento crecimiento capaz de determinar una progresiva tumefacción del segmento óseo involucrado. Los signos y síntomas clínicos de presentación varían de un paciente a otro.[21, 43]

Sitios de aparición frecuente

Alrededor del 80% de los ameloblastomas ocurren en la mandíbula, principalmente la región molar y el 20% restante en el maxilar.[21,22,41,42,43]

Prevalencia

A pesar de que es un tumor localmente agresivo, con una alta tasa de recurrencia (50-72%), el hecho de que raramente produce metástasis explica por qué se considera benigno. La mortalidad del ameloblastoma ocurre tras la invasión de las estructuras vitales en cabeza, cuello, por sobre infección. Retrasos en el tratamiento pueden generar morbilidad significativa en cuanto a deformidad facial e infiltración a los tejidos adyacentes. La mortalidad puede ocurrir a partir de la invasión de estructuras vitales en cabeza y cuello, sobreinfección recurrente, e incluso metástasis a distancia. A pesar de su apariencia benigna, se han reportado algunos casos de ameloblastomas con metástasis. El pulmón es el sitio más frecuente de metástasis, que se produce en hasta el 88% de los casos de diseminación. Los siguientes sitios de metástasis más frecuentes son los ganglios linfáticos regionales, pleura, vértebra, cráneo, diafragma, el hígado y las glándulas parótidas.[20,22,26,42]

Medios diagnósticos

Para descartar todo tipo de diagnóstico, se les solicita a los pacientes múltiples exámenes como biopsia incisional, biopsia por aspiración y estudios de imagen.[22] Técnicas inmunohistoquímicas por ejemplo, facilitan el estudio de la proteína calretinina quien se expresa en una variedad de tejidos normales y tumorales. Su expresión en el epitelio odontogénico durante la odontogénesis y en los tejidos neoplásicos odontogénicos ha sido demostrada. En el caso del ameloblastoma uniuquístico, ésta se ha planteado como un reto diagnóstico, ya que su presentación histológica puede ser confundida con el tumor odontogénico queratoquístico. Según Anandani et al., en el ameloblastoma uniuquístico, la expresión positiva de la calretinina en el epitelio ameloblástico se aprecia algunas veces, observando reactividad tanto en el núcleo como en el citoplasma de las células en todos los casos inmunopositivos.[25] Características histológicas: En la última clasificación de tumores odontogénicos y quistes relacionados publicada por la OMS se describe que este tumor surge desde el aparato odontogénico, con un comportamiento histológicamente benigno, caracterizado por presentar un estroma fibroso maduro sin ectomesénquima.[3,15, 26]

Al establecer un consultorio o clínica dental se deben cumplir ciertos requisitos que pueden variar de acuerdo a las normativas de cada ciudad, estado o país en el que se quiera emprender este negocio. La apertura entonces de la clínica dental está condicionada por ciertos requisitos que deben cumplirse, en la Secretaría de Salud para el aviso de funcionamiento que se otorga previa presentación de título y cédula profesional, el alta a la Secretaría de Administración Tributaria (SAT), las especificaciones que Protección Civil requiera de acuerdo los requerimientos arquitectónicos, principalmente para el fácil acceso y salida de los usuarios, los avisos de funcionamiento ante la Comisión Federal de Electricidad (CFE) para la protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y por supuesto los permisos del gobierno a través de las Secretarías de Salud.

Algunas normas que establece la Secretaría de Salud en México son

- NOM-005-SSA3-2010 (Infraestructura y equipamiento para la atención ambulatoria)
- NOM-0178-SSA1-1998 (Infraestructura y equipamiento de consultorios de especialidad).
- NOM-001-SSA2-1993 (Requisitos arquitectónicos para el fácil acceso).
- NOM-013-SSA2-2006 (Para la prevención y control de enfermedades bucales).
- NOM-004-SSA3-2012 (del Expediente Clínico).
- NOM-087-ECOL-SSA1-2002 (Manejo de RPBI)

La ubicación de esta clínica es en un hospital privado, ubicado en una de las zonas de mayor plusvalía en la ciudad de Puebla, México, por lo que la condición económica de los posibles usuarios es alta. En el estudio de mercado se identificó la existencia de consultorios estomatológicos, pero no existe una clínica con diferentes especialidades.

La selección del personal tiene un peso importante para el establecimiento y buen funcionamiento de la empresa; desde el personal de mantenimiento hasta los compañeros estomatólogos tendrían que tener cualidades en común con las del emprendedor. Habrá gente a la que le guste asociarse y trabajar con los compañeros de la universidad, pero por el contrario, hay gente que prefiere trabajar con gente nueva y no involucrar amistades en nuevos proyectos.

La Imagen Corporativa

El diseño de un logotipo el cual es opcional, sirve para darle una imagen a la empresa. Con sólo ver la imagen o los colores de un logotipo se vincule directamente con la empresa. Se recomienda el uso de la teoría de color durante el diseño del logotipo, tratando de usar colores claros y evitar colores fuertes que resulten ser agresivos y se relacionen equivocadamente con la consulta dental. Es importante recordar que el logotipo debe ser de un diseño original y este debe registrarse para evitar plagio.

Dentro del plan de negocios se deben incluir la

misión y la visión de la empresa, que estos son conceptos fundamentales para dar respuesta a preguntas como ¿Quiénes somos? ¿A dónde vamos? ¿Con qué valores y ética lo hacemos?

La misión de una empresa hace referencia entonces a la razón de ser de la empresa; el motivo principal de la existencia de la misma. Por otro lado, el término de "visión" refiere a establecer los objetivos o metas a los cuales quiere llegar la empresa, cómo se visualiza en un futuro, cómo y con qué hará que estos objetivos se cumplan.

Estrategias de marketing

Las estrategias de marketing son entonces técnicas tales como dar a conocer un nuevo producto, aumentar las ventas o lograr una mayor participación en el mercado.



Puntos a considerar para establecer nuestras estrategias:

- Analizar nuestro grupo de personas objetivo.
- Analizar a la competencia.
- Tener una amplia gama de productos o servicios.
- Adicionar posibles servicios complementarios
- Ofrecer descuentos o precios especiales por temporada.
- Establecer estrategias de promoción o comunicación. Ejemplo de estrategias de marketing que podrían utilizarse en una clínica dental.

Publicidad en redes sociales:

El uso de las redes sociales en la actualidad para hacer publicidad es muy utilizado, ya que la mayoría de la gente tiene acceso a las mismas. Se puede crear una página de Facebook para promocionar la clínica o consultorio dental.

REFERENCIAS

Carvajal EE, Vázquez DJ, Gandini PC. Quiste dentigero: diagnóstico y resolución de un caso. Revisión de la literatura. *Avances en odontoestomatología*. 2008; 24: 359-364.

Meleti M, Van der Waal I. Clinicopathological evaluation of 164 dental follicles and dentigerous cysts with emphasis on the presence of odontogenic epithelium in the connective tissue. The hypothesis of "focal ameloblastoma". *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013; 18 (1): 60-4.

Wadhwan V, Sharma P, Bansal V. A rare case of hybrid odontogenic tumor: Calcifying epithelial odontogenic tumor combined with ameloblastoma. *Journal of oral and maxillofacial pathology: JOMFP*. 2015; 19:268-268

Andisheh-Tadbir A, Gorgizadeh A. CD166 expression in dentigerous cyst, keratocystic odontogenic tumor and ameloblastoma. *Journal of clinical and experimental dentistry*. 2016; 8:e236.

Lee, J. H., Kim, S. M., Kim, H. J., Jeon, K. J., Park, K. H., & Huh, J. K. Characteristics of bony changes and tooth displacement in the mandibular cystic lesion involving the impacted third molar. *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 2014; 40(5), 225-232.

Holmlund A, Anneroth G, Lundquist G, Nordenram A. Ameloblastomas originating from odontogenic cysts. *Journal of oral pathology & medicine : official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology*. 1991; 20: 318-321.

Singh V, Dasgupta D. Ameloblastomatous transformation in dentigerous cyst: A case report. *Journal of Pierre Fauchard Academy (India Section)*. 2015; 29:82-86.

Eversole LR, Sabes WR, Rovin S. Aggressive growth and neoplastic potential of odontogenic cysts: with special reference to central epidermoid and mucoepidermoid carcinomas. *Cancer*. 1975; 35:270.

Tamy-Maury, I; Lopez, T; Moustarih Y; Moretta N; Montilla G; Rivera H. Quiste Dentigero Revisión Bibliográfica y presentación de un caso. *Acta Odontológica Venezolana* V.38 N.2 Caracas jun.2000

Mihailova H, Nikolob V, Slavkov S. Diagnostic imaging of dentigerous cyst of the mandible. *J IMAB* 2008; 8: 8-10.

Gardner DG. Plexiform unicystic ameloblastoma: a diagnostic problem in dentigerous cysts. *Cancer*. 1981; 47: 1358-1363.

Kasat VO, Karjodkar FR, Laddha RS. Dentigerous cyst associated with an ectopic third molar in the maxillary sinus: A case report and review of literature. *Contemporary Clinical Dentistry*. 2012; 3: 373-376.

Anderson DW, Evans D. Dentigerous cyst of mandible presenting as sepsis. *The American journal of emergency medicine*. 2014; 32: 1561.e3-1561.e4.

Cakarar S, Selvi F, Isler SC, Keskin C. Decompression, enucleation, and implant placement in the management of a large dentigerous cyst. *The Journal of craniofacial surgery*. 2011; 22: 922

Browne RM. The pathogenesis of odontogenic cysts: a review. *Journal of oral pathology*. 1975; 4:31.

DISCUSIÓN

Los quistes y tumores odontogénicos son un grupo de lesiones que surgen del sistema de formación dental o de sus restos. Pueden generarse a partir del epitelio y/o del ectomesénquima odontogénico según diversos grados de interacción con tejido inductivo, por lo cual el aspecto variable de estas lesiones puede conducir a dificultades y confusión en el correcto diagnóstico de las mismas.[1] De la misma forma, en el caso de tumores híbridos que involucran quistes dentígeros y ameloblastomas, Waghwan et al, enuncian que los ameloblastomas comúnmente exhiben más de un tipo histológico en una lesión única, por lo tanto, en tales casos, el término "híbrido" es en realidad un nombre inapropiado. Sin embargo, ya que el comportamiento a largo plazo de estas neoplasias híbridas particulares, sigue siendo desconocida, el enfoque más adecuado aún no se ha determinado.[3]

Según la Tab. 1 El ameloblastoma uniuquístico se presenta con mayor frecuencia en la mandíbula con una prevalencia del 80%[13,26, 34, 41]

De igual manera se describe la mayor prevalencia en las edades de 20 - 30 años 9,13,11, 37, 52], seguido de los 16 - 20[11,16, 34] y de los 30 - 50

años[26,32] mostrando una menor prevalencia de los 30 a los 40 años.[41] Los quistes dentígeros son más comunes en la edad adulta temprana. Según Anderson et al, pueden llegar a presentarse en un rango de edad entre 15 y 65 años.[13] Browne RM, refuta lo anterior indicando que una prevalencia creciente hasta la quinta década de vida.[15] Aunque se enuncia su aparición en los niños pero son pocos los casos reportados.[17] Son más comunes en los hombres[11, 35] sin embargo otros autores no coinciden y se cree que no hay una predilección de género para estas lesiones.[26,38]

En cuanto a la evaluación de las lesiones y su correcto diagnóstico, se hace necesario evaluar periapicalmente a un paciente con tratamiento endodóntico previo, esto es clave para un buen control, pues se reportan casos en los cuales se evidencian quistes a nivel de ápice y en muchas ocasiones estas imágenes radiolúcidas pueden estar involucradas con una patología.[17] Aunque la OMS describe el ameloblastoma como una lesión con tendencia a recurrir, Carlson et al, enuncian que etiquetar el tumor persistente como enfermedad recurrente es un fallo del cirujano para reconocer su falta de criterio en la selección y ejecución inicial terapia quirúrgica.[21, 28]

CONCLUSIONES

En este artículo se realizó una revisión bibliográfica de 52 artículos que presentaban 889 casos sobre lesiones odontogénicas, notando que 83 de los mismos presentaban transformación ameloblástica. En el 67% de los artículos revisados se encontró una mayor proporción de estas lesiones en la mandíbula, y a su vez una mayor proporción en hombres con un 44%, el 21% en mujeres y 8% afirma que no hay predilección por un género, aunque, estas lesiones se pueden dar tanto en hombres como en mujeres, puede llegar a presentarse en cualquier edad y con una mayor prevalencia en la mandíbula. Los tratamientos que se pueden llevar a cabo son la enucleación, marsupialización o descompresión y en casos más complejos la resección completa. [19, 39, 40, 49]

Para evitar complicaciones en el manejo de lesiones como el quiste dentígero y el ameloblastoma, es necesario realizar un diagnóstico correcto, ágil y oportuno, así como la combinación de examen clínico, radiográfico, e histopatológico para conseguir un plan de tratamiento acertado.[24] Además, dado que estos cambios neoplásicos pueden esconderse desde el punto de vista clínico y radiográfico, se recomienda que todos los quistes odontogénicos sean removidos y examinados microscópicamente.[8] Es de gran importancia conocer y realizar un adecuado diagnóstico diferencial, logrando identificar si es un quiste dentígero o un ameloblastoma, con el fin de ejecutar el tratamiento adecuado.[37]

Finalmente, el ameloblastoma uniuquístico es poco frecuente, Oliveira Neto y Cols. sugieren que esta lesión exhibe un comportamiento biológico menos agresivo que los Ameloblastomas sólidos o multiquísticos. Además teniendo en cuenta un buen pronóstico de estas lesiones, algunos autores abogan solamente por la enucleación quirúrgica; mientras que otros autores, por su parte recomienda la enucleación conservadora (resección parcial o completa de la mandíbula).[40]

s

- Parrini S, Chisci G, Capuano A. Pigmented dentigerous cyst. *The Journal of craniofacial surgery*. 2013; 24: 2212
- Saravana GHL, Subhashraj K. Cystic changes in dental follicle associated with radiographically normal impacted mandibular third molar. *British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*. 2008; 46: 552-553.
- Mhaske S, Raju RT, Doshi JJ, Nadaf I. Dentigerous cyst associated with impacted permanent maxillary canine. *Peo J Sci Res* 2009; 2: 17-20.
- Garg, Kavita, Shaleen Chandra, Vineet Raj, Wamiq Fareed, and Muhammad Zafar. "Molecular and Genetic Aspects of Odontogenic Tumors: A Review." *Iranian Journal of Basic Medical Sciences* 18.6 (2015): 529-36.
- Johnson NR, Gannon OM, Savage NW, Batstone MD. Frequency of odontogenic cysts and tumors: a systematic review. *J Investig Clin Dent*. 2014 Feb;5(1):9-14.
- Masthan KM, Anitha N, Krupaa J, Manikkam S. Ameloblastoma. *J Pharm Bioallied Sci*. 2015; 7: 167-170.
- Etetafia MO, Arisi AA, Omoregie OF. Giant ameloblastoma mortality; a consequence of ignorance, poverty and fear. *BMJ case reports*. 2014; 2014: bcr2013201251-bcr2013201251.
- Sehdev, M. K., Huvos, A. G., Strong, E. W., Gerold, F. P., & Willis, G. W. (1974). Ameloblastoma of maxilla and mandible. *Cancer*, 33(2), 324-333.
- Chhimwal, P., Shrivastava, H., Shah, N., & Bhavasar, R. Dentigerous cyst associated with impacted permanent maxillary canine: a case report. *International Journal of Recent Scientific Research* Vol. 7, Issue, 4, pp. 10496-10498, April, 2016.
- Anandani C, Metgud R, Singh K. Calretinin as a diagnostic adjunct for ameloblastoma. *Patholog Res Int*. 2014; 2014: 308240.
- Fomete B, Adebayo ET, Ogbeifun JO. Ameloblastoma: Our clinical experience with 68 cases. *J Orofac Sci* 2014; 6: 17-24.
- Zemann W, Feichtinger M, Kowatsch E, Kärcher H. Extensive ameloblastoma of the jaws: surgical management and immediate reconstruction using microvascular flaps. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*. 2007; 103:
- Carlson ER, Marx RE. The Ameloblastoma: Primary, Curative Surgical Management. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2006; 64:484-494.
- Moosvi, Zama, S.Amsavardani Tayaar, and G. S. Kumar."Neoplastic potential of odontogenic cysts." *Contemporary clinical dentistry* 2.2 (2011): 106.
- Rathod, V., Saluja, S., Gondhalekar, R., Pundir, S., Dixit, S., & Agrawal, S. (2014). Hybrid odontogenic lesion of the mandible: a rare case report with literature review. *International Journal of Oral-Medical Sciences*, 12(4), 245-250.
- Kalburge, Jitendra V., et al. "Neoplasms associated with dentigerous cyst: An insight into pathogenesis and clinicopathologic features." *Archives of Medicine and Health Sciences* 3.2 (2015): 309.
- Rezaei, M. M., Bagherpour, A., & Mahmoudi, P. (2014). Ameloblastoma ex calcifying odontogenic cyst in the mandible: report of a rare case. *Cumhuriyet Dental Journal*, 17(1), 84-91.
- Zerrin E, Peruze C, Husniye D. Dentigerous cysts of the jaws: Clinical and radiological findings of 18 cases. *Journal of Oral and Maxillofacial Radiology*. 2014; 2: 77.

Trabajos de revisión. Se aceptarán aquellos artículos que supongan una actualización en cualquiera de los temas. Tendrán una extensión máxima de 6 páginas (incluida la bibliografía). Pudiendo tener más 5 figuras y 3 tablas.

Casos Clínicos: Se presentarán uno o varios casos clínicos que sean de especial interés. No tendrán una extensión mayor de 5 páginas (incluida la bibliografía). Pudiendo tener más 3 figuras y 2 tablas.

Práctica Clínica. En esta sección se incluyen artículos de temas diversos como

Mercadotecnia. Ética, problemas y soluciones de casos clínicos específicos. No tendrán una extensión mayor de 5 páginas (incluida la bibliografía). No deben tener más de tres figuras.

Educación continua. Se publicarán artículos diversos. La selección de estos casos se hará directamente por la redacción de la revista.

Sección de imágenes usadas en diagnóstico como radiografías, tomografías, endoscopías, registros o microfotografías, **cuya extensión máxima será de una cuartilla y media, con una o dos ilustraciones de excelente calidad.**

ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS

1.- Primera página. La primera página debe comenzar con el título del trabajo, que debe ser fácil de leer y conciso y precisar la naturaleza del problema.

Debe incluir el nombre completo y los apellidos de los autores, cargos académicos, su afiliación hospitalaria, dirección para la correspondencia, correo electrónico y

teléfono.

2.- Páginas Sigüientes. Constarán a su vez de los siguientes apartados según se trate de un Trabajo de revisión o casos clínicos. Tendrán la siguiente estructura:

Trabajos de revisión.

Resumen. Entre 100 y 200 palabras.-Palabras claves.- texto del artículo, que deberá de ser posible abordar los siguientes apartados: Concepto, Epidemiología, Etiopatogenia, Cuadro clínico, Exámenes complementarios, Diagnóstico, Pronóstico, Tratamiento.- Bibliografía.

Casos Clínicos

Resumen. Entre 100 y 200 palabras.-Palabra clave.-Introducción.-Casos clínicos.- Discusión.- Bibliografía.

Práctica Clínica

Resumen. Entre 100 y 200 palabras.-Palabra clave.-Introducción.- Texto.- Sección de imágenes

Resumen de la historia clínica y breve descripción del diagnóstico de la imagen con una correlación clínica y un máximo de 5 citas bibliográficas.

Medios diagnósticos: Se puede utilizar como medio diagnóstico envision-labelled peroxidase system para determinar la presencia del gen P63 el cual es miembro de TP53 y su familia homóloga de genes, que son útiles para quistes agresivos y tumores epiteliales odontogénicos. El patrón de inmunorreacciones se relacionan por diferenciación y proliferación de la actividad esta proteína y la correlacionan con las lesiones odontogénicas. [35]

Características histológicas

Teniendo en cuenta la definición de este tumor como "Una lesión que muestra las características histopatológicas combinados de dos o más tumores y/o quistes de diferentes categorías reconocidas".[4] Los quistes odontogénicos son en general lesiones más inocuas, en las que bajo ciertas condiciones, el revestimiento del quiste puede transformarse o puede generar desde su inicio un quiste con un potencial de crecimiento más agresivo que los quistes ordinarios. La histología del quiste dentigero se compone de densa pared de tejido conectivo fibroso revestido por epitelio odontogénico escamoso estratificado. Entre las complicaciones de esta entidad se pueden encontrar, infecciones locales secundarias, tales como la osteítis y osteomielitis, afección del nervio dentario inferior y / o nervio lingual, y posibles infecciones remotas como mediastinitis. Estas circunstancias, junto con la posibilidad de transformación ameloblástica, apoyan la decisión quirúrgica.[11, 33]

Los tumores odontogénicos pueden tener componentes epiteliales y mesenquimales que pueden surgir dentro de los quistes odontogénicos.[31] Histológicamente el quiste dentigero presenta un patrón plexiforme de proliferación epitelial, mientras que el ameloblastoma no presenta esos criterios histológicos.[11] El ameloblastoma presenta proliferación de epitelio hiperplásico, puede ser un quístico plexiforme o no neoplásico.[37] El criterio mínimo para el diagnóstico de una lesión como el ameloblastoma unquístico es la presencia de un solo saco quístico revestida por epitelio ameloblastomatoso a menudo visto sólo en áreas focales. Actualmente el examen histológico es la herramienta más sensible para diferenciar el ameloblastoma unquístico de los quistes odontogénicos.[38]

Características radiográficas

El examen cuidadoso de toda la muestra es esencial, por lo tanto, lesiones que clínica y radiográficamente parecen ser quistes odontogénicos pueden demostrar ser ameloblastomas.[38] Así mismo, para diagnosticar si un folículo dental es anormal o normal se determina por medio de ayudas diagnósticas a través de la radiolucidez folicular alrededor del diente a nivel pericoronar, en conjunto con un análisis histopatológico.[17] De esta manera, el ameloblastoma unquístico es una variante de la entidad multiquística descrita por Robinson y Martínez en 1977. Aunque la lesión es una sola cavidad quística, se puede presentarse como una radiolucidez uni o multilocular. La presentación clínica y radiológica puede dar una imagen confusa de los quistes odontogénicos sobre todo cuando se ve en la zona inter-radicular o periapical. [38]

Tratamiento

Los quistes dentigeros grandes pueden ser tratados con marsupialización cuando la enucleación y curetaje de otro modo podrían resultar en disfunción neurosensorial o predisponer al paciente a un mayor riesgo de fractura patológica. Dado que estos cambios neoplásicos pueden esconderse desde el punto de vista clínico y radiográfico, se recomienda que todos los quistes odontogénicos sean removidos y examinados microscópicamente.[8] El ameloblastoma unquístico se confunde con los quistes dentigeros clínica, radiográfica, e incluso histopatológicamente. Puede surgir de un quiste dentigero, pero estas lesiones odontogénicas tienen diferentes comportamientos clínicos y por tanto diferente tratamiento.[35] Diferentes tratamientos para estas alteraciones demostraron que se presenta una mayor recurrencia en la enucleación sola, seguido por la marsupialización con o sin otro tratamiento.[40] La enucleación de estas lesiones puede tener riesgo de infección, fractura de la mandíbula, o lesión de nervios. Por ello se recomienda realizar marsupialización o descompresión para reducir el tamaño del quiste.[39, 49]

El beneficio de realizar estos procedimientos incluyen mantener la vitalidad pulpar, preservar el nervio dentario inferior o el seno maxilar, prevenir la fractura de la mandíbula, y el bajo riesgo de recidiva. Por tal razón se consideran como una buena opción de tratamiento en los quistes odontogénicos ya que es una opción de tratamiento no invasivo.[39] La marsupialización es un procedimiento quirúrgico en el que la pared externa del quiste se retira y la pared interna del quiste se sutura con la mucosa oral de manera que parte del epitelio de revestimiento puede ser la transición en el epitelio oral y en la descompresión, se inserta un tubo de goma o de un stent a través de un pequeño agujero en el quiste. Ambos procedimientos lo que quieren lograr es interrumpir la continuidad de la pared quística, y reducir el tamaño de la lesión.[39]

Información para los autores

Instrucciones para publicar en la Revista ADM Estudiantil

La revista ADM Estudiantil, es una publicación que responde a las necesidades informativas del estudiante de odontología dentista de hoy, es un medio de divulgación abierto a la participación universal con la colaboración de estudiantes de licenciatura bajo la supervisión de sus maestros en cualquiera de las materias de la carrera de odontología.

Todo estudiante de licenciatura que desee publicar artículos de calidad y aceptabilidad, deberá contar con un maestro como asesor.

Se considera como autor a alguien que ha contribuido sustancialmente en la publicación del artículo con las implicaciones académicas, sociales y financieras. Sus créditos deberán basarse en:

- a) Revisión del contenido intelectual.
- c) Aprobación de la versión como se va a publicar.

Un aspecto importante a tomar en cuenta, es la privacidad y confidencialidad a la que tienen derecho los pacientes y que no puede infringirse. Además, la revista solicitará a los autores incluir el informe del consentimiento del paciente.

GENERALIDADES PARA LA PREPARACIÓN DE ESCRITOS MÉDICOS PARA SU ENVÍO

El editor, tendrá la autoridad para determinar el contenido de la revista. Será auxiliado por el comité editorial y los revisores, quienes decidirán cuáles artículos son aceptados.

INSTRUCCIONES GENERALES

Envío de Trabajos.

Deberán enviarse al editor el manuscrito por correo electrónico en hojas numeradas, a doble espacio, con márgenes amplios.

Los trabajos se enviarán por correo electrónico a la siguiente dirección:

E-mail: rolando.peniche@anahuac.mx
jcgonzalezcalderon@gmail.com

El artículo deberá venir acompañado de una carta con la solicitud para publicación en la Revista ADM Estudiantil de una autoridad de la Facultad o Escuela de Odontología respectiva

La revista ADM Estudiantil es una publicación dirigida a los estudiantes de odontología. Incluirá en su publicación trabajos de Revisión bibliográfica, Práctica clínica y Casos Clínicos.

La revista ADM Estudiantil es una publicación dirigida a estudiantes de odontología. Incluirá en su publicación trabajos de Revisión bibliográfica, Práctica clínica y Casos Clínicos

Gamoh S, Akiyama H, Tominaga K, et al. Simultaneous occurrence of keratocystic odontogenic tumor and ameloblastoma in the mandible: A case report. *Oncology Letters*. 2015; 10: 785-789.

Jaafari-Ashkavandi Z, Geramizadeh B, Ranjbar MA. P63 and Ki-67 Expression in Dentigerous Cyst and Ameloblastomas. *Dent Shiraz Univ Med Sci.*, 2015; 16(4): 323-328.

Masthan KM, Rajkumari S, Deepasree M, Babu AN, Sankari LS. Neoplasms associated with odontogenic cysts. *J Dent Oral Hyg*. 2011; 3: 123-30.

A Dunsche, O Babendererde, J Lüttges, IN Springer. Dentigerous Cyst versus unicystic ameloblastoma – differential diagnosis in routine histology. *J Oral Pathol Med* 32: 486-91.

Savithri V, Janardhanan M, Rakesh S. Unicystic Ameloblastoma as a Differential Diagnosis for Odontogenic Cysts. *Oral Maxillofac Pathol J* 2014; 5 (1):466-469.

Browne RM. The pathogenesis of odontogenic cysts: a review. *Journal of oral pathology*. 1975;4: 31.

Park HS, Song IS, Seo BM, Lee JH, Kim MJ. The effectiveness of decompression for patients with dentigerous cysts, keratocystic odontogenic tumors, and unicystic ameloblastoma. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg* 2014;40:260-265

Oliveira H, Spíndula J, Dallara M, Silva C, Mendonça E, Batista A. Unicystic Ameloblastoma In a Child: A Differential Diagnosis From the Dentigerous Cyst and the Inflammatory Follicular Cyst. *Journal of Dentistry for Children*. 2007; 74:3.

Hariram, Mohammad S, Malkunje LR, Singh N, Das S, Mehta G. Ameloblastoma of the anterior mandible. *National journal of maxillofacial surgery*. 2014; 5: 47.

Adebayo ET, Fomete B, Adekeye EO. Delayed soft tissue recurrence after treatment of ameloblastoma in a black African: case report and review of the literature. *Journal of cranio-maxillo-facial surgery: official publication of the European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery*. 2011; 2010; 39:615.

Mendenhall WM, Werning JW, Fernandes R, Malyapa RS, Mendenhall NP. Ameloblastoma. *American journal of clinical oncology*. 2007; 30: 645-648.

Morales Navarro, D. (2009). Ameloblastoma: Revisión de la literatura. *Revista Cubana de Estomatología*, 46(3), 48-61.

Kornecki Radzinski, F. "Mixoma Mandibular: Revisión Bibliográfica. A propósito de 2 casos clínicos." *Odontoestomatología* 17.26 (2015): 65-77

Morales Hurtado, C. "Transformación ameloblástica de quistes dentigeros: reporte de dos casos." *Acta odontol. venez* 32.1 (1994): 29-38.

Navarro-Vila C, Ochandiano S, López de Atalaya FJ, et al. Reconstrucción mandibular: colgajos

pediculados y microquirúrgicos. *Cirugía Española*.

Feinberg SE, Steinberg B. Surgical management of ameloblastoma. Current status of the literature. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*. 1996; 81: 383.

Scariot R, João D, Barbosa NL, Müller PR, Cordeiro R. Treatment of a Large Dentigerous Cyst in a Child. *Journal of Dentistry for Children*. 2011; 78:2.

Speight P. WHO International histological classification of tumours: Histological typing of odontogenic tumours. 2nd edn. I. R. H. Kramer, J. J. Pindborg and M. Shear (Eds). Springer-Verlag, Heidelberg, 1992. No. of pages: 118. Price: N/A. ISBN: 3-540-54142-X. *The Journal of Pathology*. 1992; 168: 427-428.

World Health Organization. *Actividades de la OMS, 1992-1993: informe bienal del Director General a la Asamblea Mundial de la Salud y a las Naciones Unidas*. 1994.

Satya NVV, Malleswar N, Navatha M, Kiran B. Ameloblastoma Arising from A Dentigerous Cyst-A Case Report. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2014 May, Vol-8(5): ZD23-ZD25.