

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez".

Lesiones radiopacas en tejido blando bucofacial. Comportamiento clínico-epidemiológico y manejo terapéutico en pacientes implantológicos

Radiopaque lesions in orofacial soft tissue. Clinical and epidemiological behavior and therapeutic management in indwelling patients

Orlando Guerra Cobián^I, Leonor Liudmila Fuentes Puebla^{II} y Sonia Felipe Torres^{III}

^IEspecialista Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Diplomado en Educación Médica Superior. Profesor Auxiliar. orlando.guerra@infomed.sld.cu

^{II}Especialista Primer Grado en Estomatología General Integral. Asistente. leonorpuebla@infomed.sld.cu

^{III}Especialista Segundo Grado en Estomatología General Integral. Profesor Auxiliar. sony.feli@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Las radiopacidades en tejido blando bucofacial, aparecen habitualmente de manera incidental en radiografías panorámicas, exhibiendo una frecuencia relativamente baja.

Objetivo: Identificar la frecuencia de lesiones radiopacas en tejido blando bucofacial en pacientes implantológicos, las implicaciones clínicas presentes y el manejo terapéutico implementado.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal en una muestra constituida por 578 pacientes, evaluados en la consulta multidisciplinaria de implantología de la Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez", quienes contaban con estudio radiográfico panorámico, en el período comprendido entre enero de 2014 y enero de 2016 con criterios de inclusión debidamente establecidos. Cada paciente se sometió a interrogatorio, examen clínico y al análisis exhaustivo de su radiografía panorámica. Se analizaron las variables edad, sexo, tipo de desorden de la radiopacidad, denominación, presencia de entidades patológicas previas, hallazgos clínicos al examen actual y modalidad terapéutica implementada.

Resultados: Se encontraron lesiones radiopacas en 4,7% de la muestra; predominaron en el sexo masculino (3,1%); prevalecieron las calcificaciones

idiopáticas (66,6%) y los sialolitos (55,5%). El 66,6% de los hallazgos fue asintomático. Un 33,4% requirió exéresis de la radiopacidad con el tejido asociado.

Conclusiones: Las lesiones radiopacas de tejido blando bucofacial en pacientes implantológicos son poco frecuentes, predominan las calcificaciones idiopáticas particularmente los sialolitos, y la mayoría de las lesiones requiere manejo terapéutico.

Palabras clave: Lesiones radiopacas, tejido blando, bucofacial, frecuencia, manejo terapéutico, pacientes, implantológico.

ABSTRACT

Introduction: The radiopacities in the orofacial soft tissue appears habitually as an incidental finding in panoramic x-rays, exhibiting a relatively low frequency.

Objective: To identify the frequency of orofacial radiopaque lesions in soft tissue in indwelling patients, its clinical consequences and therapeutic management.

Material and Methods: A descriptive transversal study was carried out in the Dentistry Faculty "Raúl Gómez García", from January 2014 to January 2016. The sample was constituted by 578 patients evaluated by the multidisciplinary Implantology service, who had a panoramic study with properly established inclusion criteria. To each patient was performed an interrogatory, clinical exam and exhaustive analysis of his panoramic x-ray. The analyzed variables included: age, sex, denomination, presence of pathological previous entities, presence of clinical findings at the moment of examination, and therapeutic management.

Results: The radiopaque lesions appeared in 4,7% of the sample analyzed, they prevailed in males (3,1%), the idiopathic calcifications reported a 66,6% and the sialoliths a 55,5%. A 66,6% of discoveries were asymptomatic. A 33,4% needed removal of radiopacities with associate tissue.

Conclusions: The radiopaque lesions of orofacial soft tissue in indwelling patients are not very frequent, the idiopathic calcifications prevails, particularly the sialoliths, and most of the lesions require therapeutic handling.

Keywords: Radiopaque lesions, soft tissue, orofacial, frequency, therapeutic handling, patients, indwelling.

INTRODUCCIÓN

Las radiopacidades de tejido blando pueden incluir: calcificaciones, osificaciones, y cuerpos extraños que generen imágenes radiopacas. Las calcificaciones son usualmente los hallazgos más frecuentes, constituyen depósitos de sales de calcio en el tejido, pudiendo depositarse por mecanismos distróficos, metastásicos o de naturaleza idiopática.^{1,2} El mecanismo distrófico comúnmente se asocia a daño tisular con degeneración del tejido y necrosis la cual atrae la precipitación de las sales de calcio. Por otra parte, la calcificación metastásica es el resultado del depósito de sales de calcio en el tejido normal en presencia de una hipercalcemia secundaria de causa metabólica; usualmente son múltiples. Las calcificaciones idiopáticas son de origen desconocido, e incluyen niveles normales de calcio sérico y tejido no dañado, siendo frecuentes en el área maxilofacial.²⁻⁴

Las osificaciones en el tejido blando constituyen la formación de hueso maduro con o sin médula ósea en sitios extra-esqueletales, siendo particularmente conocidos los casos de osificación del ligamento estilohiideo en el Síndrome de Eagle.^{5,6}

Las calcificaciones de tejido blando son de frecuencia variable, pudiendo encontrarse en 4% de las radiografías panorámicas.⁴ Mandian (2014) ha reportado mayor número de hallazgos de lesiones radiopacas en tejido blando bucofacial tomográficos en pacientes a tratar mediante implantes dentales.⁷

Las calcificaciones distróficas incluyen fundamentalmente en la región bucofacial a entidades como los nódulos linfáticos calcificados, siendo los más afectados; los submandibulares y los cervicales laterales.⁴ Los tonsilolitos son poco frecuentes, generalmente asintomáticos y causados por inflamación crónica de las amígdalas palatinas.⁸

Las calcificaciones de la arteria carótida, también de carácter distrófico, se asocian a daño endotelial previo vinculado fundamentalmente a aterosclerosis; pueden aparecer entre 2 y 5 % de la población examinada.⁹

La miositis osificante es una entidad clínica de tipo distrófico, que puede involucrar a los músculos masetero, esternocleidomastoideo, pterigoideo medial, temporal y se ha descrito también en el platismo.^{10,11}

Las calcificaciones idiopáticas resultan las más frecuentes en el complejo bucofacial incluyendo a sialolitos y flebolitos. La sialolitiasis es la enfermedad más común de las glándulas salivales mayores después de la parotiditis. La localización más común de sialolitos es en la glándula submandibular donde se encuentra 92% de los cálculos.^{2,3}

Los flebolitos son calcificaciones idiopáticas de los trombos. En la cabeza y el cuello están asociados con frecuencia a lesiones vasculares, que se clasifican en dos entidades clínicas: los hemangiomas y las malformaciones vasculares de bajo flujo preferentemente. Generalmente son múltiples y se distribuyen al azar.¹²⁻¹⁴

Los antrolitos son formaciones calcificadas distróficas que se encuentran en los senos maxilares, en asociación con cuadros de aspergilosis a nivel de los senos maxilares.³

Las calcificaciones metastásicas pueden suceder en casos de hiperparatiroidismo, hipervitaminosis D o una dieta excesiva en calcio; son poco frecuentes, pero de aparición usualmente múltiple, con afectación multiórgano.^{2,3}

A la institución recurren a rehabilitación protésica mediante implantes dentales un promedio anual entre 300 y 500 pacientes (Estadística de la Facultad de Estomatología de La Habana "Raúl González Sánchez").

La totalidad de los mismos es sometida a la realización de un estudio imagenológico panorámico, que aporta datos de los tejidos del complejo bucofacial que permite visualizar modificaciones o alteraciones de las imágenes que habitualmente deben brindar estructuras anexas.

OBJETIVO

Motivados por la presencia en determinados pacientes de síntomas que estaban asociados con la presencia de lesiones radiopacas diagnosticadas de forma incidental

y que requirieron de una conducta terapéutica, se decidió realizar la presente investigación con el **objetivo** de identificar la frecuencia de lesiones radiopacas en tejido blando bucofacial en pacientes implantológicos, las implicaciones clínicas presentes y el manejo terapéutico implementado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal en un universo constituido por 623 pacientes que constituyeron la totalidad de los pacientes evaluados en la consulta multidisciplinaria de implantología de la Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez", quienes contaban con estudio radiográfico panorámico en el período comprendido entre enero de 2014 y enero de 2016.

La muestra de estudio quedó conformada por 578 pacientes, quienes cumplían los siguientes criterios de inclusión: pacientes examinados clínica y radiográficamente con historia clínica médica y estomatológica, pacientes con radiografías panorámicas con adecuada definición y contraste realizadas hasta 3 meses, previo al momento del examen clínico, pacientes con radiografías panorámicas libres de artefactos que produjeran imágenes fantasmas y pacientes con respuesta positiva al consentimiento informado. Se excluyeron del estudio aquellos pacientes que no cumplieran con alguna de las condicionantes anteriores.

Previo al estudio, se desarrolló un taller con entrenamiento de los investigadores en la visualización, identificación y correlación clínica de la aparición de lesiones radiopacas en los tejidos blandos en radiografías panorámicas.

Los pacientes del estudio contaron con un formulario para la recolección de datos en los que se valoró: grupo de edad (20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 y 70-79 años), sexo (femenino y masculino), clasificación de las lesiones según desorden que originó la opacidad y diagnóstico final, presencia de entidades patológicas o cuadro sintomático previo relacionado a la radiopacidad, hallazgos clínicos o imagenológicos asociados a la lesión radiopaca y manejo terapéutico impuesto ante su diagnóstico.

Se consideraron lesiones radiopacas de tejido blando todas aquellas alteraciones localizadas en los tejidos mucocutáneos, fascio-musculares, glandulares y vasculares del complejo bucofacial, que se caracterizaron por exhibir imágenes radiopacas de densidad variable al registro ortopantomográfico, resultaran estas sintomáticas o no.

El desorden origen de la radiopacidad se clasificó según su etiopatogenia en distrófico, idiopático y osificación. La entidad patológica asociada según su nomenclatura clínica. Los hallazgos clínicos e imagenológicos se reportaron según su aparición al interrogatorio, examen clínico y la valoración de la imagen radiográfica.

La metodología de manejo del paciente incluyó: interrogatorio, examen físico bucal y regional (facial y cervical) bajo luz blanca incandescente. La radiografía panorámica fue valorada en un negatoscopio con adecuada iluminación ambiente y las zonas sospechosas fueron visualizadas con una lupa 30X. Todas las lesiones radiopacas en las que debido a su posición, profundidad o número, la radiografía panorámica no permitiera emitir un diagnóstico conclusivo de la misma; se sometieron a otros estudios imagenológicos que incluyeron: ecografía de tejidos blandos, ecografía doppler, tomografía axial computarizada y resonancia magnética nuclear, para alcanzar dicho objetivo.

Previamente, a los pacientes se les explicó la realización de este estudio y sus beneficios, el cual no conllevaría modificaciones en la progresión de su proceso patológico, ni en la terapéutica a instaurar para el mismo y a continuación se solicitó el consentimiento informado para su inclusión, respetando en todo momento la integridad física y psicológica del paciente.

Los datos obtenidos del formulario, procedentes del interrogatorio, examen clínico, radiográfico, y estudios imagenológicos complementarios fueron agrupados y procesados estadísticamente. Se calculó el promedio, la frecuencia, y la desviación estándar, y fueron presentados en tablas estadísticas para su comprensión.

RESULTADOS

La distribución de pacientes acorde a la presencia de lesiones radiopacas en los tejidos blandos bucofaciales, grupos de edades y sexo, en la muestra estudiada, se exhibe en la Tabla 1. Se observa que solo 27 pacientes, 4,7% del universo de estudio presentaron lesiones radiopacas en tejido blando bucofacial. Estas predominaron en pacientes con edades comprendidas entre 50 y 59 años con 1,7% de la muestra estudiada y el sexo masculino constituyó el más afectado por lesiones radiopacas en tejido blando con 3,1%. La edad promedio del universo estudiado fue de 49,2 años.

Tabla 1. Distribución de pacientes implantológicos según presencia de lesiones radiopacas en los tejidos blandos bucofaciales, grupos de edades y sexo

Grupos de edades (años)	Sin lesiones radiopacas en los tejidos blandos bucofaciales						Con lesiones radiopacas en los tejidos blandos bucofaciales						TOTAL	
	Femenino		Masculino		Total		Femenino		Masculino		Total		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
20-29	11	1,9	6	1,0	17	2,9	1	0,2	-	-	1	0,2	18	3,1
30-39	80	13,8	74	12,8	154	26,6	-	-	2	0,3	2	0,3	156	26,9
40-49	98	16,9	77	13,3	175	30,2	2	0,3	4	0,7	6	1,0	181	31,2
50-59	86	14,8	75	13,0	161	27,8	4	0,7	6	1,0	10	1,7	171	29,5
60-69	22	3,8	14	2,5	36	6,3	1	0,2	5	0,9	6	1,1	42	7,4
70-79	5	0,9	3	0,6	8	1,5	1	0,2	1	0,2	2	0,4	10	1,9
TOTAL	302	52,1	249	43,2	551	95,3	9	1,6	18	3,1	27	4,7	578	100

Edad promedio = 49,2 años

Desviación estándar = 13,25

Edad Modal= 46 años

Fuente: Formulario de la investigación 2014-2016
Porcentaje calculado respecto al total de la muestra

La distribución de pacientes según tipo de desorden origen de la radiopacidad y su denominación se muestra en la Tabla 2. Se puede apreciar que las calcificaciones

idiopáticas predominaron como tipo de desorden origen de las radiopacidades; se presentaron en 66,6% de las lesiones encontradas. Los sialolitos resultaron las denominaciones diagnósticas más encontradas, reportaron 55,5% de los hallazgos radiopacos.

Tabla 2. Pacientes implantológicos según tipo de desorden origen de la radiopacidad en tejido blando bucofacial y denominación de la lesión

Tipo de desorden	Denominación	No.	%
Calcificaciones distróficas N=8	Calcificación aórtica	2	7,4
	Tonsilolitos	2	7,4
	Nódulos linfáticos calcificados	2	7,4
	Miositis osificante maseterina	2	7,4
Calcificaciones idiopáticas N=18	Flebolitos	3	11,1
	Sialolitos	15	55,5
Osificaciones N=1	Ligamento estilohiideo osificado	1	3,8
TOTAL		27	100

La distribución de los pacientes implantológicos con lesiones radiopacas en los tejidos blandos bucofaciales, según la entidad clínica previa asociada, se muestra en la Tabla 3. Se observa que en 12 pacientes, 45,5% de los hallazgos radiográficos había presentado antecedentes de entidades clínicas asociadas, resultaron las más frecuentes las sialoadenitis, que presentaba 18,3% de las lesiones encontradas, particularmente los sialolitos.

Tabla 3. Distribución de pacientes implantológicos con lesiones radiopacas en los tejidos blandos bucofaciales según la entidad clínica previa asociada

Lesiones radiopacas en los tejidos blandos bucofaciales	No.	%
Sin entidad clínica previa asociada	15	55,5
Con entidad clínica previa asociada	12	44,5
De ellas :		
Hemangioma cavernoso	1	3,8
Accidente vasculo-encefálico previo	1	3,8
Sialoadenitis previas	5	18,3
Sialoductitis	1	3,8
Amigdalitis crónica	2	7,4
Apertura bucal limitada	2	7,4

La Tabla 4 muestra la distribución de los pacientes implantológicos con lesiones radiopacas en los tejidos blandos bucofaciales, según los síntomas referidos por los mismos. Se aprecia que al momento del examen clínico 66,6% de los pacientes con lesiones radiopacas no había presentado ningún síntoma, ni presentaba ningún signo a la exploración clínica. El síntoma más referido fue la presencia de un dolor recurrente en la zona, en 15% de los casos con lesiones radiopacas.

Tabla 4. Distribución de los pacientes implantológicos con lesiones radiopacas en los tejidos blandos bucofaciales, según hallazgos sintomáticos referidos

Lesiones radiopacas en los tejidos blandos bucofaciales	No	%
Asintomáticos	18	66,6
Sintomáticos	9	33,4
Hallazgos sintomáticos referidos:		
Aumento de volumen del área afectada	3	11,4
Dolor a palpación	3	11,4
Dolor recurrente	4	15,0
Disfagia	2	7,6
Sensación de cuerpo extraño	1	3,8
Dificultad a la apertura bucal	2	7,6
Latidos en la zona afectada	1	3,8

DISCUSIÓN

En el presente estudio de una muestra tomada a expensas de pacientes con estudios panorámicos, quienes se presentaron para ser tratados por rehabilitación protésica mediante implantes dentales, se obtuvo 4,7% de pacientes con lesiones radiopacas en tejido blando bucofacial, con prevalencia en el sexo masculino de 3,1% (Tabla 1). Estas cifras concuerdan con lo publicado por White¹⁵ quien reportó que aparecen hallazgos aproximadamente en 4% de las vistas panorámicas. Pero difirió notablemente de los altos valores reportados por Herrera¹⁶ en estudios realizados en una población mayor de 40 años, en el Centro de Diagnóstico por Imagen de Lima, Perú.

La prevalencia en el sexo masculino de lesiones radiopacas en tejido blando bucofacial obtenida en este estudio, coincide con lo encontrado por Noffke² y Bertalan³, evidenciando valores semejantes de frecuencia. Herrera¹⁶ por su parte, no refiere asociación significativa con el sexo, sino que se asocia más al envejecimiento.

Los pacientes con edades comprendidas entre 50 y 59 años resultaron los más afectados de lesiones radiopacas; valores similares reportaron Garay⁴ y Saga¹ en estudios semejantes realizados en un universo menor. La mayoría de las investigaciones realizadas han coincidido en que las lesiones se incrementan con la edad.^{2,7,16}

Los conductos de glándulas salivales resultaron los sitios de asiento más frecuente (Tabla 2). Los reportes de sialolitos han constituido los hallazgos más usuales dado que comúnmente resultan en evidentes alteraciones clínicas al igual que en este estudio.^{2,4,7,16}

Los desórdenes asociados a calcificaciones idiopáticas que usualmente incluyen sialolitos y flebolitos resultaron los más frecuentes en los hallazgos obtenidos con 66,6% de los casos afectados (Tabla 2). Estos reportes concuerdan con Jardim¹⁷ en estudios acerca de sialolitiasis submandibular que reporta una frecuencia

relativamente alta de estos fenómenos obstructivos. Los flebolitos bucofaciales han exhibido en la última década un incremento notable en su diagnóstico a raíz de los hallazgos obtenidos en lesiones asintomáticas en estudios radiográficos de rutina, las cuales han requerido tras años de evolución un manejo terapéutico. Existen series que superan incluso nuestros hallazgos.¹²

La presencia de entidades patológicas previas asociadas a lesiones radiopacas de tejido blando bucofacial ha sido un aspecto poco argumentado en los estudios consultados. En la muestra estudiada, 44,5% de los casos presentó un desorden patológico asociado, y la sialoadenitis previa resultó la más reportada (Tabla 3). Mandian⁷ en un amplio estudio que abordó el tema de antecedentes previos reportó valores inferiores de enfermedades o desórdenes asociados inicialmente a las radiopacidades. Es destacable además que en el grupo de estudio, un porcentaje mayoritario de pacientes no presentaron ninguna variante de lesión radiopaca.

El dolor recurrente del área afectada resultó el hallazgo más frecuente al examen físico, apareciendo en 15% de las radiopacidades detectadas (Tabla 4). En las series consultadas se aprecia alta frecuencia de lesiones radiopacas asintomáticas.^{7,16} Garay⁴ en su estudio concluyó que la mayoría de ellas son asintomáticas. Todo ello coincide con 66,6% de lesiones asintomáticas obtenido en el presente estudio.

La abstención terapéutica y seguimiento de los casos ha constituido en la mayoría de las series que evalúan radiopacidades de manera inespecífica la conducta prevaleciente ante estas.^{4,7} En la serie estudiada solo ante 15% se efectuó abstención terapéutica, el resto recibió alguna modalidad de tratamiento (Tabla 5), muy vinculado al hecho de que los sialolitos resultaron las lesiones más frecuentes y habitualmente ellos generan desórdenes obstructivos e inflamatorios de las glándulas salivales.

Resulta necesario añadir como *limitación*, que este estudio se ejecutó en un universo poblacional que incluyó a pacientes que solicitaban asistencia para ser rehabilitados por implantología, por lo que las entidades patológicas estudiadas pudieran ser de menor prevalencia que en otros grupos a estudiar en centros con fines de atención de mayor espectro de problemas de salud a tratar.

CONCLUSIONES

Las lesiones radiopacas de tejido blando bucofacial en pacientes implantológicos son poco frecuentes, prevaleciendo en edades entre 50 y 59 años y en el sexo masculino. Predominan las calcificaciones idiopáticas siendo los sialolitos las más frecuentes; la presencia de entidades clínicas previas se observa en un número considerable de radiopacidades y la mayoría de las lesiones requiere algún tipo de tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saga R, Fenyo M. Study of the localization of radiopacities similar to calcified carotid atheroma by means of panoramic radiography. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* [Internet]. 2006 May; 01:374-8. [Citado 2016 Mar 3]. Disponible en: doi:10.1016/j.tripleo.2005.03.030

2. Noffke CE, Raubenheimer EJ. Radiopacities in soft tissue on dental radiographs: Diagnostic considerations. *S Afr Dent J* [Internet]. 2015 Mar; 70(2): [aprox. 8 p.]. [Citado 2016 Mar 3]. Disponible en: <http://www.scielo.org.za/pdf/sadj/v70n2/04.pdf>
3. Bertalan N. Calcifications in the maxillofacial area. *Fogorv Sz* [Internet]. 2015 Sep; 108(3):81-6. [Citado 2016 Mar 3]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/?term=N%C3%A9meth%20Bertalan%5BAuthor%5D&sort=ac&from=/26731963/ac>
4. Garay I, Olate S. Consideraciones actuales en el estudio imagenológico de las calcificaciones de tejidos blandos en zona de ángulo mandibular. *Int J Odontostomat.* [Internet]. 2013 Dic; 7(3):455-464. [Citado 2016 Mar 3]. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2013000300019>
5. Touil H, Belghith A, Boudokhane M, Bouzaiene M. Myositis ossificans of the temporal muscle. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale* [Internet]. 2015 May; 8(3):213. [Citado 2016 Mar 3]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2213-6533%2815%2900027-0>
6. Paramalingam S, Kuok YJ. Eagle Syndrome as a potential cause of Tapia Syndrome. *Med J Aust* [Internet]. 2015 May; 202(9):491. [Citado 2016 Mar 7] Disponible en: <http://www.mja.com.au/doi/10.5694/mja14.01227>
7. Mandian M. Incidental findings in the neck region of dental implants patients: a comparison between panoramic radiography and CBCT. *J Mass Dent Soc* [Internet]. 2014 May. 198(6): 324. [Citado 2016 Mar 7]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/25226773/?i=2&from=/26731963/related>
8. De Oliveira CN, Amaral TM, Abdo EN, Mesquita RA. Bilateral tonsilloliths and calcified carotid atheromas: case report and literature review. *J Craniomaxillofac Surg* [Internet]. 2013 Jun; 178(4):213. [Citado 2016 Mar 2]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1010-5182%2812%2900161-8>
9. Garoff M, Johansson E, Ahlqvist J, Jaeghagen EL, Arnerlov C, Wester P. Detection of calcifications in panoramic radiographs in patients with carotid stenosis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* [Internet]. 2014 May; 117(3):385-91. [Citado 2016 Mar 2]. Disponible en: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212440314000133
10. Taiwo E. Myositis ossificans of the platysma mimicking a malignancy: a case report with review of the literature. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2016 Feb; 42(1):55–59. [Citado 2016 Mar 8]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5125%2Fjkaoms.2016.42.1.55>
11. Manzano D, Silván A, Sáez J, Moreno JC. Myositis ossificans of the temporalis muscle. Case report. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* [Internet]. 2007 Dic; 12:E277-80. [Citado 2016 Mar 8]. Disponible en: scielo.isciii.es/pdf/medicorpa/v12n4/03.pdf
12. Ghosh S, Singh K. A Rare case of low flow vascular malformation of head and neck region presenting with multiple phleboliths. *J Clin Diagn Res* [Internet]. 2015 Jun; 9(6):ZJ01–ZJ02. [Citado 2016 Mar 6]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7860%2FJCDR%2F2015%2F11806.6034>

13. Lara-Sánchez H. Cavernous hemangioma of the parotid gland in adults. *J Clin Exp Dent* [Internet]. 2014 Dec;6(5):e592–e594. [Citado 2016 Mar 6]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4317%2Fjced.51750>
14. Kiralj A. Eagle's syndrome- A report of two cases. *Vojnosanit Pregl* [Internet]. 2015 May;72(5):458-62.[Citado 2016 Mar 6]. Disponible en: www.doiserbia.nb.rs/Article.aspx?id=0042-84501505458K
15. White S, & Pharoah M. *Radiología Oral: Principios e interpretación radiográfica*. 4a ed. Madrid: Harcourt; 2002.
16. Herrera RR. Calcificaciones en tejidos blandos detectados en radiografías panorámicas digitales de pacientes mayores de 40 años. *Las Nuevas Bases de la Estomatología*. [Internet] 2009 Ene; 1(1):13-6. [Citado 2016 Mar 6]. Disponible en: <http://dx.doi.org/1361%2biest.2009.42.1.55>
17. Jardim EC. Sialolithiasis of the submandibular gland. *J Craniofac Surg* [Internet] 2011 Jun;4(3):10-12. [Citado 2016 Mar 6].Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/21586966/?i=4&from=/19507216/related>

Recibido: 1 de abril de 2016.

Aprobado: 4 de octubre de 2016.