

2e, 720

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LOS
TUMORES ODONTOGENICOS

T E S I S
QUE PARA OBTENER
EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
MARIA PATRICIA ORTIZ CASTILLO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I

Definición Histológica y Embrionológica Bucal

CAPITULO II

Clasificación

Etiología

Incidencia

Patología

CAPITULO III

Diagnóstico Diferencial

 Clínico

 Histopatológico

Diagnóstico Definitivo

Pronóstico

Tratamiento

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Los tumores de los maxilares de origen dentario abarcan una parte importante de nuestra patología.

Procesos comunes, algunos de ellos de diaria presentación adquieren los aspectos más distintos, la sintomatología más variada, la marcha y evolución más desiguales.

Pueden, en regla general, encuadrarse los tumores odontogénicos bajo el título de tumores benignos, aunque algunos de ellos presentan cierta gravedad clínica, los adamantinomas considerados en conjunto, los tumores de origen dentario se desarrollan en cualquier edad, sexo o raza a pesar de que cada tipo de proceso tiene un cuadro propio.

Los tumores odontogénicos se inician a expensas del germen dentario, total o parcial, de restos dejados por este germen en su evolución o inclusión o del diente adulto, pero influido por las reliquias embriológicas que se pueden encontrar en los maxilares.

Los tumores pueden ser blandos (no calcificados) o duros (calcificados) según el período de odontogénesis y diferenciación celular en que comienza la formación del tumor.

Con raras excepciones son tumores centrales benignos y tienden a presentarse en una zona donde han ocurrido trastornos del desarrollo dentario y falta el diente. Puede impedir la erupción de dientes adyacentes, suelen ser asintomáticos y por lo regular pasan inadvertidos, hasta que se descubren al efectuar una radiografía.

Además podemos observar los diagnósticos diferenciales para dar nos cuenta con qué otras neoplasias nos podríamos confundir, pero a la vez, nos servirá para dar el diagnóstico definitivo, teniéndolo, podremos dar el tratamiento adecuado y tener en cuenta el pronóstico.

CAPITULO I

DEFINICION

TUMORES ODONTOGENOS

Los tumores odontógenos son los tumores más comunes de los --
maxilares.

Pueden estar formados por uno o por todos los tejidos que for-
man los dientes normales, o contener sólo células odontógenas en -
cualquier período de desarrollo, sin producir las estructuras ca--
racterísticas intercelulares. Algunos tumores se derivan de célu-
las epiteliales ectodérmicas, como los del órgano del esmalte y se
les llaman tumores odontógenos de origen ectodérmico.

Otros se originan en la parte mesenquimal del germen del dien-
te y se conocen con el nombre de tumores odontógenos de origen me-
senquimal. Los tumores que están constituidos por derivados epite-
liales y mesenquimales se llaman tumores odontógenos mixtos. Si no
se produce sustancia dental calcificada se llaman tumores blandos.
Si hay formación de estructuras intercelular calcificada se denomi-
nan tumores duros. Así podremos tener varias formas de tumores sim-
ples, derivados del tejido epitelial o mesenquimal o mixtos que -
pueden contener todas las células de la odontogénesis, así como --
sus productos calcificados.

Al estudiar el desarrollo neoplásico en general deben consi-
derarse tres factores: Proliferación, Organización y Diferencia--

ción de las células. En el desarrollo normal la proliferación está limitada, la organización sigue una norma hereditaria y la diferenciación tienen el fin de completar el órgano, es decir: un diente normal, en el caso del aparato odontogéno. Pero en la neoplasia, -- uno o todos estos factores pueden seguir un curso normal.

La Proliferación.- de las células se encuentra en su punto máximo en la formación de tumores, en relación con la cantidad de tejido producido y el tiempo en que continúa creciendo. No cesa su actividad como en la odontogénesis normal y por lo tanto si no se elimina completamente es causa de extensión del tumor invasión local y recurrencia.

La Organización.- del tejido es incompleto o falta por completo. De esta manera se forman masas irregulares de tejido en lugar del folículo dental normal. Si la organización está activa parcialmente el epitelio puede estar dispuesto en cordones ramificados, o en folículos irregulares.

La Diferenciación.- presenta también grandes variaciones. Pueden existir varias etapas de desarrollo celular en un tumor o todos pueden alcanzar el mismo aspecto morfológico y función.

Si se alcanza la fase final pueden formarse depósitos intercelulares que se calcifican, como esmalte, dentina, cemento y hueso, los cuales a su vez pueden estar sujetos al factor de organización. Pueden depositarse masas irregulares de estas estructuras, o se dig

tribuyen de una manera más regular que es semejante a la composición morfológica de un diente normal. Puede observarse la influencia de inducción de un tejido sobre otro. La presencia de epitelio parece estimular la formación de dentina; sin él las células epiteliales se diferencian en ameloblastos. Puede continuar sin que se forme esmalte.

CAPITULO II

CLASIFICACION

Los tumores odontogénicos como grupo de tumores de comportamiento neoplásico o blastomatoide son raros. La naturaleza y origen de muchas lesiones odontogénicas más raras siguen siendo oscuros y la patología comparativa de los tumores odontogénicos constituye un problema complejo. Su reconocimiento e interpretación son extraordinariamente importante para poder conseguir una terapéutica apropiada.

Son numerosos los intentos de clasificación de los tumores odontogénicos, hace ya casi 100 años desde que Proca empleó el término odontoma para designar a estas lesiones. Después de sus estudios y de los de Malassez y Sulton se amplió el significado de este término. Durante las primeras décadas de este siglo "odontoma" significaba no solamente tumores odontogénicos sino que también incluía a los quistes odontogénicos y no odontogénicos y diversas lesiones fibromatosas osificantes de los maxilares.

Thoma y Goldman estrecharon debidamente el significado de odontoma excluyendo de su clasificación de tumores odontogénicos a los quistes y lesiones fibrosas y óseas de otra índole.

Por otra parte clasificaron a los tumores odontogénicos según su origen ectodérmico, mesodérmico y mixto.

CLASIFICACION DE SHAFER, HINE, LEVY.

TUMORES ECTODERMICOS DE ORIGEN DENTAL.

- a) ADAMANTOMA (GOTA DE ESMALTE, PERLA ADAMANTINA)
- b) AMELOBLASTOMA (ADAMANTINOMA, ADAMANTOBLASTOMA, QUISTE MULTILOCULAR).
- c) TUMOR ODONTOGENO EPITELIAL CALCIFICANTE (TUMOR DE PINDBORG).
- d) TUMOR ADENOMATOIDE ODONTOGENO (ADENOMELOBLASTOMA, TUMOR ADENOMATOIDE AMELOBLASTICO)
- e) CARCINOMA EPIDERMICO INTRAALVEOLAR PRIMARIO.

TUMORES MESODERMICOS DE ORIGEN DENTAL

- a) FIBROMA ODONTOGENO CENTRAL
- b) FIBROSARCOMA ODONTOGENO
- c) FIBROMA ODONTOGENO PERIFERICO
- d) MIXOMA ODONTOGENO
- e) DISPLASIA CEMENTARIA PERIAPICAL
- f) FIBROMA CEMENTANTE CENTRAL
- g) CEMENTOBLASTOMA BENIGNO
- h) CEMENTOMA GIGANTIFORME
- i) DENTINOMA

TUMORES MIXTOS DE ORIGEN DENTAL

- a) FIBROMA AMELOBLASTICO
- b) FIBROSARCOMA AMELOBLASTICO
- c) HEMANGIOMA AMELOBLASTICO
- d) ODONTOMA AMELOBLASTICO

e) FIBRODONTOMA AMELOBLASTICO

f) TERATOMA

CLASIFICACION DE GORLIN Y GOLDMAN

TUMORES ODONTOGENICOS EPITELIALES

1.- CAMBIO INDUCTOR MINIMO EN EL TEJIDO CONJUNTIVO

a) AMELOBLASTOMA

b) TUMOR ODONTOGENICO ADENOMATOIDE (TUMOR ADENOMATOIDE -- AMELOBLASTICO).

c) TUMOR ODONTOGENICO EPITELIAL CALCIFICANTE

2.- CAMBIO INDUCTOR ACUSADO EN EL TEJIDO CONJUNTIVO

a) FIBROMA AMELOBLASTICO

b) FIBROSARCOMA AMELOBLASTICO

c) ODONTOMA

a) ODONTOMA AMELOBLASTICO (ODONTOAMELOBLASTOMA)

b) DENTINOSARCOMA AMELOBLASTICO

c) ODONTOMA COMPLEJO

d) ODONTOMA COMPUESTO

TUMORES ODONTOGENICOS MESODERMICOS

a) MIXOMA Y MIXOFIBROMA

b) FIBROMA ODONTOGENICO

c) CEMENTOMA

a) DISPLASIA CEMENTAL (FIBROSA) PERIAPICAL.

- b) CEMENTOBLASTOMA BENIGNO (VERDADERO)
- c) FIBROMA CEMENTIFICANTE
- d) CEMENTOMAS MULTIPLES (GIGANTIFORMES) FAMILIARES

CLASIFICACION DE S. N. BHASKAR.

TUMORES EPITELIALES

- 1. AMELOBLASTOMA
- 2. AMELOBLASTOMA ACANTOMATOSO
- 3. ADENOAMELOBLASTOMA
- 4. MELANOAMELOBLASTOMA

TUMORES MESENQUIMATOSOS

- 1. CEMENTOMA
- 2. FIBROMA CEMENTANTE
- 3. MIXOMA ODONTOGENICO
- 4. FIBROMA ODONTOGENICO
- 5. DENTINOMA

TUMORES MIXTOS (EPITELIAL Y MESENQUIMATOSO)

- 1. FIBROMA AMELOBLASTICO
- 2. ODONTOMA AMELOBLASTICO
- 3. ODONTOMA (COMPUESTO, COMPLEJO QUISTICO)

TUMORES ODONTOGENICOS RAROS

Después de haber comparado las diferentes clasificaciones que existen tomaremos ésta para empezar a describir cada una de las neoplasias.

CLASIFICACION

TUMORES ODONTOGENICOS DE ORIGEN ECTODERMICO

- a) ADAMANTINOMA (PERLA DE ESMALTE)
- b) AMELOBLASTOMA
- c) TUMOR ODONTOGENICO ADENOMATOIDE (TUMOR ADENOMATOIDE AMELOBLASTICO)
- d) TUMOR ODONTOGENICO EPITELIAL CALCIFICANTE (TUMOR DE PIND--BORG)
- e) CARCINOMA EPIDERMICO INTRAALVEOLAR PRIMARIO

TUMORES ODONTOGENOS DE ORIGEN MESENQUIMAL

- a) MIXOMA O MIXOFIBROMA
- b) FIBROMA ODONTOGENO
- c) CEMENTOMA
 - a) DISPLASIA CEMENTAL PERIAPICAL
 - b) CEMENTOPLASTOMA BENIGNO
 - c) FIBROMA CEMENTIFICANTE
 - d) CEMENTOMA MULTIPLE
- d) FIBROSARCOMA ODONTOGENO
- e) DENTINOMA

TUMORES ODONTOGENOS MIXTOS.

- a) FIBROMA AMELOBLASTICO
- b) FIBROSARCOMA AMELOPLASTICO
- c) HEMANGIOMA AMELOPLASTICO
- d) ODONTOMA

ODONTOMA AMELOBLASTICO

ODONTOMA COMPLEJO

ODONTOMA COMPUESTO

TUMORES ODONTOGENOS ECTODERMICOS.

Si sólo el componente epitelial del aparato odontógeno está afectado por neoplasia, la parte mesenquimal muestra reacción leve si acaso queda oculta por las proliferaciones epiteliales. El mesenquima toma el papel del estroma, formando tejido de apoyo que contiene los vasos sanguíneos que irrigan el tumor.

ADAMANTINOMA

ETIOLOGIA

El adamantinoma suele encontrarse como depósito de esmalte en el lado de las raíces de un diente; algunas veces se presentan como estructuras aislados.

Con frecuencia se les dá el nombre de gotas de esmalte o perlas de esmalte. Diferenciense de los pequeños dientes supernumerarios -- con dentina y pulpa.

PATOGENIA

Creen que las gotas de esmalte son pequeños dientes rudimentarios formados por restos del órgano del esmalto.

En el corte descalcificado el esmalte suele estar completamente disuelto, a veces sólo parcialmente. Por lo tanto, el sitio de

la gota de esmalte aparece como un espacio claro, rodeado por células epiteliales atrofiadas. En las que están adheridas, el epitelio es continuo con el epitelio del intersticio subgingival en la unión del cemento y el esmalte.

Puede extenderse hasta su centro un núcleo de dentina. Pueden estar cubiertas por una capa de cemento y a través de ellas se extienden tiras orgánicas.

Se confunde con las siguientes neoplasias: Odontoma Quístico -- Osteomielitis, Quiste Dentífero, Osteítis Fibrosa, Fibroma Central del Hueso y el Mixoma. Su tratamiento es resección parcial y hemiresección del maxilar.

AMELOBLASTOMA.

ETIOLOGIA.

Se han postulado varios orígenes: el revestimiento epitelial -- del quiste dentígeno, los restos de la lámina dental y del órgano -- del esmalte y la capa basal de la mucosa bucal.

La histoquímica ha ayudado poco a descubrir la célula de origen. Es mucho más probable que el ameloblastoma derive de la lámina dental que del ameloblasto, ya que este último está muy diferenciado en comparación con las células de la lámina dental.

Las formas plexiformes, folicular y acantomatosa del ameloblastoma reflejan el potencial de la célula sobre la lámina misma, la -- capa basal del cual deriva, y el folículo dental al cual forma. Se

han comunicado algunos casos de ameloblastoma en los cuales el tumor ha tenido su origen en los tejidos blandos y no en el hueso, lo cual implica que derive de restos de la lámina dental.

INCIDENCIA.

El ameloblastoma aparece con más frecuencia a la edad media, la edad en que se establece el diagnóstico inicial es la de 39 años. En ambos sexos afecta por igual, y parece que hay predilección por la raza negra.

El tumor se localiza en el maxilar inferior en más del 80% de los casos y el 70% de estos casos ha sido en la zona molar-rama ascendente. Aproximadamente el 10% hasta el 15% están asociados con un diente sin salir en la cavidad quística. En el maxilar superior la localización parece ser muy frecuente en la zona canina y antral. Los tumores con esta localización pueden crecer hasta el seno maxilar, nariz, órbita o incluso hasta la base del cráneo. Este tumor no da metastasis.

PATOGENIA.

El tumor puede formarse de células que ya se han diferenciado o de células embrionarias.

En este último caso el resultado variará según el estado de diferenciación que alcancen las células durante el desarrollo del tumor. Debe recordarse que cualquiera que sea la estructura de que se ha formado el tumor hereda las potencialidades del epitelio embrionario bucal que por medio de su desarrollo forma las estructuras ameloblastomatosas.

blastomásticas y glandulares por lo tanto ocasionalmente se encuentran ácino glandulares en el tumor.

En las primeras fases del desarrollo el tumor suele ser asintomático, y muchas veces se encuentra durante una exploración radiográfica habitual. Cuando el ameloblastoma se desarrolla en un quiste primordial, los signos y síntomas son los de cualquier lesión quística central de los maxilares. Por lo general, el ameloblastoma crece lentamente y puede estar presente algún tiempo antes de que el enfermo se dé cuenta de su existencia.

En los tumores de moderado tamaño, el motivo de la consulta -- suele ser un agrandamiento no doloroso del hueso afectado. La exploración de la boca mostrará una masa dura ósea, no dolorosa, de tamaño variable que aumenta la superficie bucal-lingual del maxilar. La masa puede ser de superficie lisa, de forma redonda en ovalada y recubierta por una mucosa de color rosado normal. Los dientes de la zona pueden ser algo móviles y estar mal alineados. En caso de una enfermedad avanzada, los signos son más importantes. El enfermo presenta asimetría importante, a veces dolorosa, de los maxilares y relata una historia de crecimiento lento, continuo, desde hace varios o muchos años.

La masa puede ser de varios centímetros de tamaño y ocupar un espacio considerable en la boca produciendo una alteración de la función bucal. La superficie suele ser lobulada y la mucosa puede -

ulcerarse. Los tumores mayores son dolorosos a la palpación debido a la presión sobre los troncos nerviosos y pueden ser crepitantes o de dureza ósea dependiendo de la cantidad de degeneración quística de su interior. Los dientes continuos suelen estar mal colocados y móviles pero generalmente conservan la vitalidad.

En aquellos enfermos con una pérdida extensa de la cortical ósea pueden haber fracturas patológicas que pueden seguirse de osteomielitis secundaria, que complica el cuadro clínico.

Microscópicamente el ameloblastoma está caracterizado por islas o filamentos epiteliales en una estroma de tejido conjuntivo fibroso.

La periferia de los filamentos o islas formado por células ameloblásticas. La mayoría de los tumores presenta una de las dos imágenes predominantes, plexiformes y folicular que son semejantes respectivamente a las porciones superiores e inferiores de la lámina dental. Algunas veces existen ambas imágenes en el mismo tumor.

El tipo folicular hay tendencia a imitar el órgano de esmalte. Las células más externas se parecen a los del epitelio dental inferior (es decir, la capa ameloblástica). Estas células son cilíndricas altas, con el núcleo polarizado lejos de la membrana basal. La porción central de la isla de epitelio está compuesta por una red laxa de células semejantes al retículo estrellado.

Las células en la zona reticuliforme presenta muchas veces metaplasia escamosa.

En algunas ocasiones hay calcificación de estas islas metaplásicas.

Hay degeneración quística tanto dentro de la zona estrellada de folículos como en la estroma.

En el primero, hay una desaparición de la zona central de los folículos que deja un espacio claro revestido por células aplanadas, posiblemente como resultado de un flujo sanguíneo deficiente.

La causa de la degeneración de la estroma es menos evidente, pero resulta un fenómeno habitual.

En el tipo plexiforme, la imagen está caracterizada por masas irregulares y cordones interdigitales de células epiteliales. No está bien definida la porción que corresponde a la zona parecida a un retículo estrellado observada en el tipo folicular.

Las células de los bordes se parecen algo a los ameloblastos o células basales. En este tipo hay frecuentemente degeneración quística de la estroma. Hay que tener cuidado en diferenciar entre el tipo plexiforme y la proliferación epitelial no neoplásica tan frecuente en las paredes de los quistes dentales.

TUMOR ODONTOGENICO ADENOMATOIDE

ETIOLOGIA

El origen de este tumor es desconocido aunque se han sugerido diversas posibilidades. Basándose en datos morfológicos, Lucas y otros (Stafré, Miles, Ochlers) le atribuyeron un origen a partir del

preameloblasto. Gordin y Chaundhry confirmaron este concepto con datos histoquímicos. Shear opinaba que el tumor tenía su origen en el epitelio odontogénico antes de la histodiferenciación. Bhaskar concebía al tumor odontogénico adenomatoide como un quiste folicular con proliferación intraquistica, derivado probablemente del epitelio exterior del esmalte. Spango ha sugerido que deriva del epitelio interior del esmalte. Por otra parte la asociación del tumor con dientes incluidos bien hace pensar en un posible origen a partir de epitelio reducido del esmalte que rodea a la corona o de epitelio que reviste a la cavidad quística.

INCIDENCIA.

El tumor es más frecuente en mujeres que en hombres y ocurre durante la segunda década de la vida.

Se localiza algo más frecuentemente en el maxilar superior especialmente (más del 90%) en la región anterior de ambos maxilares.

Este tumor ha sido observado en todas las razas.

Está asociado con un diente no salido, más a menudo al canino y mucho menos frecuentemente un incisivo lateral del maxilar superior o primer premolar del maxilar inferior.

PATOGENIA.

El tumor odontogénico adenomatoide está bien encapsulado y muchas veces algo quístico. La pared del quiste exhibe frecuentemente grandes excrecencias murales de tejido tumoral. Otras partes del quiste tiene un revestimiento liso y al microscópico aparecen tapizadas de epitelio de quiste folicular normal.

Microscópicamente, el tumor de estructuras en roseta o como conductos, redondas o deformadas, tapizadas con una capa única de células epiteliales cilíndricas mediante hasta altas, cuyos núcleos están polarizados de la luz. A medida que el tumor se diferencia morfológicamente. Ocurre un ahuecamiento de las rosetas o aglomeraciones en forma de alveolos y las células cilíndricas se hacen altas, en tanto que la luz de estas estructuras en forma de conductos se puede ver un material hialino o fibrilar eosinófilo que probablemente ha sido secretado por las células preameloblastiformes. En este estadio el núcleo está polarizado lejos de la luz. Al regresar la maduración la secreción y el material hialino rosado es resorbido o desintegrado con formación de grandes masas de células huecas que simulan conductos.

Las células epiteliales toman una forma cilíndrica baja.

En los tumores que contienen grandes estructuras en forma de conductos se observan masas de rosetas inmaduras, largas y delgadas entre los conductos.

Algunas veces se observan grandes masas eosinófilas amorfas con algún grado de calcificación.

La estroma de tejido conjuntivo es escasa y a menudo muy vascular. Se puede ver material calcificado dispersado por el tejido epitelial y estroma, especialmente junto al tejido conjuntivo circundante.

TUMOR ODONTOGENICO EPITELIAL CALCIFICANTE.

ETIOLOGIA.

Se cree que procede del epitelio del esmalte de los dientes que no han brotado totalmente.

INCIDENCIA.

El tumor odontogénico calcificante epitelial se presenta casi - exclusivamente en los varones y su máxima incidencia está entre la - quinta y sexta década de la vida.

No parece haber predilección de raza.

Se localiza en el maxilar inferior con una mayoría en la zona - premolar-molar. Este tumor ha sido encontrado en asociación con un - diente incluido o no erupcionado.

PATOGENIA.

El tumor se caracteriza por la forma especial de calcificación - distrófica que se presenta en el interior de células tumorales dege- - neradas.

A medida que crece el tumor dilata a las estructuras óseas - - circundantes y produce una evidente hinchazón. No muestra los típi- - cos caracteres histológicos del ameloblastoma.

Sin embargo, como indica su nombre, es un tumor epitelial odon- - togénico y su evolución se parece a la del ameloblastoma simple. La - mayor parte de las lesiones se desarrollan en la región premolar de - la mandíbula junto a dientes que no han terminado de brotar.

El enfermo suele presentar una hipertrófia bien delimitada o difusa, dura, dolorosa del maxilar que está recubierta por mucosa normal.

La imagen microscópica es variable en la mayoría de los casos, - el tumor consiste en pequeñas láminas de células epiteliales grandes poliédricas y claras, separadas por una escasa estroma de tejido conjuntivo.

Sin embargo varios de estos tumores compuestos de grandes láminas de células epiteliales relativamente uniformes y otros en los -- cuales las islas eran relativamente pequeñas. Las células que componen las islas estrechamente empaquetadas, con bordes bien definidos, algunas veces exhiben un notable pleomorfismo con alguna aglutinación para producir formas binucleadas o trinucleadas.

El citoplasma es algo eosinófilo y homogéneo. El núcleo es vesicular con núcleos bien definidos, pero puede ser hipercromático o -- picnótico.

CARCINOMA EPIDERMOIDE INTRAALVEOLAR PRIMARIO.

ETIOLOGÍA.

Originado en restos epiteliales odontógenos, como los de Malassez o el epitelio enclavado en las líneas de fusión de protuberancia embrionaria.

INCIDENCIA.

Edad sexta y séptima década en el momento del diagnóstico.

Es más frecuente en varones que en mujeres. Y afecta más a la mandíbula.

PATOGENIA.

El carcinoma epidermoide intraalveolar primario de los maxilares está ahora reconocido como una entidad característica, aunque es una lesión muy rara. Es posible encontrar carcinomas dentro de los maxilares en una variedad de situaciones: derivados de la invasión desde -- tejidos blandos subyacentes, por transformación maligna del revestimiento epitelial de quistes odontogénicos o no, por metastasis desde diferentes sitios, o en el caso del maxilar de tumores primarios del seno maxilar.

Sin embargo esta lesión representa un carcinoma primario desarrollado dentro del hueso.

El carcinoma epidermoide intraalveolar primario suele presentar un patrón alveolar o plexiforme en el cual las células periféricas - de las masas tumorales se disponen en empalizada, asemejándose así - el epitelio odontógeno. Por lo general, el tumor no queratinizado - suele ser de tipo vasocelular, aunque en ocasiones es posible hallar células espinosas.

Las células tumorales propiamente dichas presentan pleomorfismo e hiperchromatismo del núcleo; la actividad mitótica varía de un caso a otro.

TUMORES ODONTOGENICOS MESENQUIMALES.

Los tumores han sido reconocidos desde hace mucho tiempo pero - poco se ha escrito sobre la posibilidad de tumores puros que nazcan de la parte mesenquimal del germen denterio, la papila dentinal y el folículo dentario.

MIXOMA

ETIOLOGIA.

Probablemente tiene su origen en el tejido conjuntivo de la papila dental.

INCIDENCIA

No hay ninguna diferencia sexual.

Aparece durante la segunda y tercera década.

El tumor se localiza con mayor frecuencia en el maxilar.

PATOGENIA

Thoma y Goldman hacen notar que la mayoría de los mixomas de -- los maxilares son benignos y por lo tanto, pueden tener un origen diferente al de los restos del esqueleto, pues están formados de la -- parte mesenquimal del germen denterio más bien que de las células -- destinadas a una actividad odontógena. La teoría puede basarse en el hecho que los elementos celulares de un mixoma se parecen a las células fusiformes y estrelladas de la papila dentinal y del folículo dental del germen dentario que son de tipo primario y no producen fibras elásticas aún cuando el mixoma ciertas células pueden alcanzar mayor diferenciación y producir fibras de colágeno que las clasifica

como fibromixoma.

Puede ser un mixoma puro y puede estar formado por una gelatina con exudado; pero generalmente aparece como un mixofibroma, que consiste en un tejido mixomatoso en el que las células están separadas por una sustancia débilmente basofila. Esta denota una transformación del tumor por degeneración y no hacia la especialización, por cuya razón no hay actividad osteógena y odontógena de las células, como se ve en un fibroma osificante o un cementoma y dentinoma.

Es difícil distinguir el citoplasma de las células, éstas están alargadas y tienen proyecciones citoplásmicas que se extienden en diferentes direcciones.

Los núcleos suelen ser considerablemente hiper cromáticos y muestran poca variación en forma o tamaño.

El tejido se haya bien regado por finos vasos sanguíneos, cuyas paredes están bien constituidas por una sola capa de endotelio.

No hay pleomorfismo, hiper cromatismo o mitosis en ninguno de los casos estudiados.

FIBROMA ODONTOGENO (CENTRAL Y PERIFERICO)

INCIDENCIA

Se puede presentar a cualquier edad aunque es algo más común en niños y adultos jóvenes.

Hay predilección por las mujeres.

Se presenta con más frecuencia en la mandíbula.

ETIOLOGIA.

El fibroma odontógeno central puede formarse de la porción embrionaria del germen dentario, la papila dentinal o del folículo dentinario. El fibroma odontógeno periférico se origina de la membrana periodontal.

En consecuencia, puede nacer de la región coronal o de la región radicular del diente.

PATOGENIA.

El tumor está formado de células de tejido conjuntivo que producen fibras de colágeno.

En algunos casos el tumor es muy celular y las células son semejantes a las que se encuentran en la papila dentinal.

Algunas veces se encuentran una pequeña cantidad de epitelio odontógeno en algunas partes del tumor; pero es inactivo y de importancia secundaria.

La formación de cementículos denota características odontógenas mientras que la formación de trabéculas de hueso indica una formación de las células tumorales. Con frecuencia existen ambos tipos de células.

CEMENTOMA

El término cementoma ha sido empleado durante 50 años para describir lo que actualmente se considera como cuatro lesiones diferentes: DISPLASIA FIBROSA CEMENTAL PERIAPICAL, CEMENTOPLASTOMA VERDADERA BENIGNO, FIBROMA CEMENTIFICANTE Y CEMENTOMA GIGANTIFORME.

DISPLASIA CEMENTARIA PERIAPICAL.

ETIOLOGIA.

Se origina a partir de la parte apical del folículo dental.

INCIDENCIA.

Las mujeres son las más afectadas con mayor frecuencia que los hombres.

La edad en que se presenta es de más de 20 años.

Es más frecuente en individuos de raza negra que en caucásianos.

Se localiza casi siempre en la mandíbula en dientes anteriores.

PATOGENIA.

El cambio inicial puede ser consecuencia de una proliferación de las fibras principales del ligamento periodontal, la cual, a su vez destruye a la lámina dura, extendiéndose periapicalmente y reemplazando las trabéculas óseas circundantes por una masa de tejido -- conjuntivo fibroso.

La masa de tejido conjuntivo fibroso puede quedar convertida en cemento o hueso o puede seguir sin modificación durante un período de tiempo indefinido.

El desarrollo se ha dividido en tres estadios:

- 1) Primer estadio llamado "osteolítico" a causa de la destrucción del hueso por proliferación de las fibras periodontales.
- 2) Estadio intermedio, denominado "cementoblástico" o estadio formado de cemento.

3) Estadío "maduro inactivo", en el cual la lesión fibrosa se ha convertido en una masa calcificada.

Hay una gran variedad en el aspecto microscópico de la displasia cemental periapical. En su estadío inicial de desarrollo, está constituida por fibroblastos, colágeno y algunos vasos sanguíneos presentando un cuadro similar al de un joven ligamento periodontal en el ápice de un diente.

Al progresar la enfermedad, los fibroblastos pueden diferenciarse en cementoblastos y osteoblastos.

La cementogénesis causa en ocasiones formación de cementículos redondeados que pueden aumentar de tamaño y fusionarse para formar masas sólidas de cemento.

Cuando la actividad osteoblástica es intensa, la lesión está compuesta de tejido con diversos grados de delularidad mezclado con tejido osteoide y hueso.

FIBROMA CEMENTANTE CENTRAL.

INCIDENCIA.

El fibroma cementante central se presenta en cualquier edad.

Puede atacar tanto mandíbula como maxilar.

PATOGENIA.

La lesión básicamente se compone de muchas fibras colágenas delicadas, entrelazadas, raras veces organizadas en haces, mezcladas con grandes cantidades de fibroblastos o cementoblastos activos y proliferantes. Aunque se observan figuras mitóticas en pequeñas can-

tidades, es raro que haya pleomorfismo celular notable. Es característico que este tejido conectivo presente focos muy pequeños de masas basófilas de tejido semejante al cemento.

Estas suelen ser irregularmente redondas u ovals o algo alargadas frecuentemente lobuladas y no presentan la forma caprichosa de caracteres clínicos del trabeculado óseo de la displasia fibrosa del hueso.

A medida que la lesión madura las islas de cemento aumentan en cantidad, se agrandan y por último coalescen.

CEMENTOBLASTOMA BENIGNO.

INCIDENCIA.

El cementoblastoma benigno aparece antes de los 25 años.

No hay preferencia racial ni sexual.

Ataca a los premolares o molares inferior con mayor frecuencia que a otros dientes.

PATOGENIA.

Crece lentamente, tiende a dilatar las láminas óseas, está fijada la raíz del diente y puede invadir la mayor parte del conducto radicular.

El grueso de tumor se compone de capas de tejido semejante, el cemento a veces es parecido al cemento celular secundario y otras se deposita en estructura globular, a la manera de cementículos gigantes, las líneas de inversión distribuidas en este tejido calcificado suelen ser bastante abundantes.

Hay un componente variable de tejido blando que con la de elementos fibrilares, vasculares y celulares. Muchas de las trabéculas cementarias de zonas de actividad eran rodeadas de capas de cementoblastos. Lejos de estas superficies trabeculares, se observan cementoclastos.

Esta masa calcificada unida a la raíz dental mediando la alteración del ligamento periodontal, la resorción de parte de la raíz - - reemplazo por tejido tumoral. La periferia del tumor suele presentar una capa celular de tejido blando que parece una cápsula. En su exterior las trabéculas óseas se disponen casi invariablemente en sentido perpendicular.

CEMENTOMA GIGANTIFORME (CEMENTOMA MULTIPLE FAMILIAR).

INCIDENCIA.

La lesión aparece a edad temprana.

Aparecían en familias y heredaban como características dominantes autosómicas.

Aparece en mujeres negras adultas.

PATOGENIA.

Estas masas descritas como compuestas de cemento denso, altamente calcificado, casi totalmente acelular, poco vascularizado y que con frecuencia se infecta con la consiguiente supuración y secuestros.

FIBROSARCOMA ODONTOGENO.

ETIOLOGIA.

Este tumor es la contra parte maligna del fibroma odontógeno, - pero es un tumor raro.

Se origina en los mismos tejidos mesenquimáticos que el fibroma central pero actúa con mucha mayor agresividad.

PATOGENIA.

El tumor se forma de células mesenquimales maduras del germen - del diente. Las células no se diferencian y es nula o escasa la formación de fibras colágenas.

Es una lesión destructiva que produce una proliferación carnosa y abultada.

El aspecto histológico de este tumor es idéntico al del fibro-- sarcoma de origen no odontógeno. El elemento celular puede o no ser más prominente que el fibrilar. Las células suelen presentar considerable actividad mitótica.

Se asemeja a fibroblastos inmaduros y se ven como células alargadas que contienen muchos ovals con diversos grados de pleomorfismo, situadas en una trama fibrosa que presenta o no focos de epite-- lio odontógeno.

DENTINOMA.

ETIOLOGIA.

Las células mesenquimales derivadas de la papila dentinal se -- transforman en odontoblastos y dentina depositada.

INCIDENCIA.

No hay predilección evidente por el sexo.

Los pacientes suelen ser jóvenes, la edad promedio registrada es de 26 años.

Parece producirse principalmente en la mandíbula, en especial en la zona de molares y con frecuencia está asociado con un diente retenido.

PATOGENIA.

El dentinoma está formado de células de tejido conectivo de forma redonda o fusiforme, en las que se ven islas de masas irregulares de dentina, las cuales tienen canales en las que se extienden las proyecciones odontoblásticas de los odontoblastos localizados en la periferia. Algunas de estas células se enclavan y están rodeadas por dentonoides que parece haberse depositado recientemente. En cierto grado osteoblastos, y la dentina que los contiene podría ser designada con el nombre de osteodentina.

El dentinoma es un tumor más completamente transformado en dentina calcificada. Con poca ampliación pueden verse numerosos canales de nutrición que penetran en él, los cuales parecen los canales de los dientes y contienen vasos sanguíneos y tejidos pulpar que forma parte del crecimiento cerca de la corona del diente adyacente. La periferia está cubierta por una cápsula fibrosa de tejido conectivo, y puede depositarse cemento en la superficie.

TUMORES ODONTOGENOS MIXTOS.

En estos tumores participan componentes epiteliales y mesenquimales del germen dentario. Pueden quedar en un estado no maduro de desarrollo celular (odontomas blandos) o producir tejidos más diferenciados: esmalte, dentina, cemento.

Naturalmente, estas sustancias más diferenciadas están formadas de células como las que se ven en el desarrollo normal del diente -- ameloblastos, odontoblastos y cementoblastos, tienen los mismos efectos inductivos una sobre la otra, como puede observarse en la formación de un diente normal. En el desarrollo normal del diente sólo se forman odontoblastos contra una capa de ameloblastos, como ha hecho notar Glasstone; pero el esmalte se deposita si los ameloblastos están polarizados por la formación de dentina.

Thoma y Goldman, en su estudio de los tumores, dicen que puede producirse dentina, al igual que cemento, a pesar de la ausencia de epitelio odontógeno, si bien el esmalte no se presenta en los tumores puramente epiteliales.

En algunos casos los tumores odontógenos mixtos nunca producen tejido calcificado.

Anteriormente se daba el nombre de odontoma cuando revela que muchos de ellos contienen cantidades considerables de tejido blando, tanto epitelio proliferante del esmalte como células mesenquimales de los que pueden formarse dentina y cemento. Por ello pueden clasificarse como odontoblastoma a menos que el epitelio tenga caracterís

ticas adamantinomas, en cuyo caso puede aplicarse el nombre de odontoma ameloblástico. La única razón para la diferenciación es el hecho importante de que clínicamente, el odontoma ameloblástico es un tumor maligno local que tiene a extenderse y producir, mientras que el odontoblastoma se convierte en un odontoma, que es el estado maduro final.

FIBROMA AMELOBLASTICO.

ETIOLOGIA.

Puede ser que derive de la vaina radicular epitelial de Hertwig.

INCIDENCIA.

El tumor se presenta en personas algo más jóvenes que en el ameloblastoma simple, generalmente en la segunda y tercera década de la vida y no parece que haya ninguna diferencia en cuanto a sexo.

PATOGENIA.

Un componente, el fibroma, se deriva de la papila dental o del folículo dentario. El epitelio se deriva del órgano del esmalte o de los restos epiteliales que comúnmente se encuentra en el folículo dental o en el maxilar. El componente epitelial es menos prominente que el ameloblastoma común, y casi se tiene la impresión de que el componente mesenquimal suprime el tejido epitelial de manera que este último desempeña un papel secundario.

El fibroma ameloblástico es un tumor raro de tipo mixto en el cual hay proliferación tanto del epitelio odontogénico como de las células mesenquimales, variando el grado de maduración de estas úl

timas desde el tipo embrionario hasta los fibroblastos productores de colágeno. No hay formación de tejido denso (es decir, de esmalte o dentina)

Es raro que el tumor llegue a ser quístico.

Este tumor puede producir una dilatación indolora, asintomática y lenta de las láminas corticales de la zona premolar-molar del maxilar superior o con mucha más frecuencia del maxilar inferior, sin embargo el fibroma ameloblástico es de crecimiento más lento y menos agresivo que el ameloblastoma.

Microscópicamente, el fibroma ameloblástico está encapsulado y compuesto de yemas, cordones e islas de células epiteliales en una estroma de tejido conjuntivo mesenquimatoso que se semeja al cuboidal. Los suelen tener un espesor de una o dos capas y se parecen a la lámina dental. La separación de ambas entidades depende de la presencia de un mesenquima primitivo en el fibroma ameloblástico. La orientación nuclear no es notable pero, cuando existe, tiende a alejarse de la membrana basal.

FIBROSARCOMA AMELOBLASTICO

ETIOLOGIA.

Es la contra partida maligna del fibroma ameloblástico y posiblemente tiene su origen en esta lesión.

INCIDENCIA.

Es más frecuente en adultos jóvenes, sin predilección de sexo.

PATOGENIA.

El tumor es semejante en derivación al fibroma ameloblástico; - el componente epitelial, se desarrolla exactamente como el fibroma a meloblástico muestra las células mesenquimales conservan su aspecto embrionario y desarrollan caracteres malignos.

El fibroma ameloblástico es un tumor odontógeno muy raro compuesto por islas y filamentos de epitelio odontogénico en un estroma mesodérmico rico en células, las cuales exhiben la característica -- histológica de un fibrosarcoma.

Este tumor se ha comunicado con diversas denominaciones, como - sarcoma ameloblástico, ameloblastosarcoma, Hay cierto grado de pleomorfismo de las células mesenquimatosas similares al del pseudosarcoma de la faringe y laringe con pequeños focos de carcinoma intra epitelial.

La mayoría de los tumores han tenido su origen en el maxilar inferior. En la mayoría de los pacientes hay tumefacción precedida por dolor y esto es un criterio diagnóstico importante porque diferencia a este tumor de la mayoría de los demás tumores odontogénicos.

El dolor puede dar lugar a la extracción del diente con crecimiento subsiguiente del tumor en el alveolo.

Microscópicamente, este tumor consiste en un epitelio odontogénico de aspecto benigno. El componente mesodérmico es muy celular -- consistiendo en células fusiformes y poliédricas, muchas con formas extravagantes y muchos hiper cromáticos que confirman el diagnóstico

de fibrosarcoma. La actividad mitótica es intensa con frecuencia atípicas mitóticas.

HEMANGIOMA AMELOBLASTICO

PATOGENIA.

No se sabe mucho sobre el desarrollo de esta combinación. Aesenberg dice que como se encuentran muchos capilares rodeando el epitelio del esmalte externo para dar riego sanguíneo al órgano que produce esmalte no parece probable que en la formación del tumor esté estimulada la irrigación sanguínea y por ello la formación.

Generalmente en el epitelio tiene estructuras plexiforme; los cordones rodean los vasos sanguíneos con paredes endoteliales bien desarrolladas y están llenos con sangre.

ODONTOMA.

El término "Odontoma" ha sido utilizado en esta clasificación para significar un tumor en el cual la inducción ha dado lugar al desarrollo de esmalte y dentina.

Se conocen tres categorías: odontoma ameloblástico (odontoameloblastoma), odontoma complejo y odontoma compuesto.

ODONTOMA AMELOBLASTICO.

INCIDENCIA.

El odontoma ameloblástico puede presentarse en personal de cualquier grupo de edad, y también en la infancia.

Afecta con la misma frecuencia a los hombres y a las mujeres.

Es más frecuente en la mandíbula que en la maxila.

PATOGENIA.

No es un tumor odontógeno raro, pues todos los odontomas están formados del epitelio odontógeno que se ha desarrollado más que el del ameloblastoma común formado esmalte e induciendo a las células mesenquimales a producir dentina y cemento.

Estos tumores suelen ser mucho mayores que las otras variedades de ameloblastomas cuando se ven por primera vez, indicando un crecimiento mucho más rápido. Puede dar lugar a una considerable asimetría facial y el dolor es una queja frecuente.

Microscópicamente hay tejidos diversos; epitelio ameloblástico, retículo estrellado, matriz de esmalte, dentina, osteodentina, hueso cemento y tejido pulpar. Aunque muchas veces los tejidos están ordenados al azar, puede haber pruebas de formación de dientes pequeños. El tejido estromático periférico es muchas veces inmaduro y semejante a la estroma de un fibroma ameloblástico.

La semejanza del centro del tumor con un odontoma complejo es muchas veces notable.

ODONTOMA COMPLEJO

ETIOLOGIA.

En el desarrollo del diente normal hay una degeneración de la lámina dental poco después de la formación de tejido duro y el odontoma complejo corresponde a este estadio de inducción.

INCIDENCIA.

No hay proliferación sexual.

La mayoría se diagnostican en la segunda y tercera década de la vida del paciente.

PATOGENIA.

El odontoma complejo se produce también por el desarrollo neoplástico del germen de un diente o de un brote supernumerario de la lámina dental.

El hecho de que estos tumores frecuentemente están asociados -- con un diente no brotado indica la posibilidad de que su tejido formativo, pueda derivarse también del epitelio proliferante de un diente desarrollado.

La organización de las células se encuentra en un nivel aún más inferior que en el odontoma compuesto, con el resultado de que la -- textura del tejido no es regular no se semeja a la del diente y el tumor contiene tejido en diferentes etapas de desarrollo.

No es maligno y suele permanecer bastante pequeño, aunque algunas veces es gigante.

Puede ser liso, lobulado o de forma irregular. A veces se forma alrededor de la corona de un diente normalmente desarrollado, que no ha hecho erupción, especialmente si ha brotado en la parte coronal -- del folículo dental. También algunas veces está asociado con el desarrollo de un quiste dentífero.

La intensidad de la morfodiferenciación varía. En algunos casos hay formación de tejidos dentales de forma irregular que se parecen poco al orden del tejido normal. En otros, hay poca diferenciación --

en el diente normal y han sido llamados odontoma dilatado. La mayoría son intermedios entre dos extremos de desarrollo.

Microscópicamente, la histodiferenciación está bien desarrollada. Se observa esmalte, matriz de esmalte, dentina, dentinoide, tejido pulpar y cemento que presentan entre sí una relación variable. El tumor está muchas veces rodeado por una cápsula de tejido conjuntivo.

Un examen variable de estas lesiones (por ejemplo mediante cortes múltiples del mismo tumor) revela frecuentemente donde hay epitelio ameloblástico convirtiendo al tumor en un odontoma ameloblástico. Esto ha dado lugar a que diversos investigadores propongan el concepto de "maduración" (es decir, la transformación final del odontoma ameloblástico en un odontoma complejo).

ODONTOMA COMPUESTO.

ETIOLOGIA.

Se produce si el órgano normal del esmalte se divide en muchos órganos del esmalte pequeños, que se convierten en germen dentarios y que forman todas las clases y formas de dientes pequeños.

INCIDENCIA.

Se diagnostica en la segunda y tercera década.

La gran mayoría de odontomas compuestos ocurren en la región incisivacana del maxilar superior.

PATOGENIA.

Se produce si el epitelio normal del esmalte se divide en mu-

chos germenos dentarios pequeños y originan todas las clases y formas de dientes pequeños. Estos están unidos por tejido conectivo fibroso, cemento y hueso. A veces varios germenos de dientes vecinos, en vez de un diente solo, participan en la neoformación y producen algunos dientes normales y gran número de dientes deformados.

El tumor es pequeño y no maligno. Suele diagnosticarse durante un exámen radiográfico dental corriente. Frecuentemente estos tumores aparecen entre las raíces de los dientes anteriores deciduos, impidiendo la erupción de sus sucesores permanentes. Los dientes -- son enanos y generalmente deformados casi todos tienen raíces simples. Microscópicamente exhiben sólo tres o cuatro dientes mantenidos juntos dentro de una cápsula de tejido conjuntivo.

CAPITULO III

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO

En este capítulo trataremos los diagnósticos diferenciales, definitivos, pronóstico y tratamiento de los tumores.

En cuanto a las neoplasias con las que se diferencia se describirá su aspecto clínico e histológico.

ECTODERMICOS.

AMELOBLASTOMA.- se toma en cuenta con el Fibroma, Fibrosarcoma, Granuloma Reparativo Central de Células Gigante y Mixoma que todos son de origen conectivo y los Quistes Neoplásicos que pueden originarse tanto por degeneración quística y licuefacción del retículo es trellado del órgano del esmalte antes que se forme esmalte o dentina calcificada o también por alteración del epitelio reducido del esmalte después que la corona dental se ha formado completamente con acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la corona dental.

FIBROMA.

Características Clínicas.- el fibroma se presenta como una lesión elevada, de color normal con superficie lisa y base sésil o a veces pediculada.

El tumor puede ser pequeño o, en casos raros alcanza hasta varios centímetros de diámetro. Al proyectarse sobre la superficie el tumor llega a irritarse o inflamarse e incluso a presentar ulceración superficial.

Casi siempre es una lesión bien definida de crecimiento lento que se produce a cualquier edad, pero es más común en la tercera, cuarta y quinta década. Aunque se encuentra en diversas localizaciones, aparece más en la encía, mucosa vestibular, lengua, labios y paladar.

Características Histológicas.- se compone de haces de fibras colágena entrelazadas intercaladas con cantidades variables de fibroblastos o fibrocitos y pequeños vasos sanguíneos.

La superficie de la lesión está cubierta por una capa de epitelio escamoso estriado que frecuentemente aparece estriado con brotes epiteliales acortados y aplanados.

Si en el tejido hubo un tratamiento, la vasodilatación el edema e inflamación son variables.

FIBROSARCOMA

Características Clínicas. - el fibrosarcoma es la neoplasia mesenquimatosa maligna más frecuente.

Los fibrosarcomas pueden presentarse en personas de cualquier edad, pero son más frecuentes en las de mediana edad y más en los varones que en las mujeres. A veces las lesiones -

se originan en zonas que se están cicatrizando después de un trauma físico o de una exposición a una irradiación.

Presenta un cuadro clínico de una masa sólida, no dolorosa, no ulcerada, mal definida, recubierta por mucosa rosada normal. Aquellas lesiones que se desarrollan en el periostio o en la zona periostica quedan adheridas al hueso.

Pueden traumatizarse y ulcerarse más tarde en el curso de la enfermedad.

Puede haber dolor intenso o parestesia con movilización y caída de los dientes hay infiltración ósea.

Características Histológicas.- el aspecto microscópico de estos tumores es muy variable, desde blando y fluctuante hasta duro. Las células malignas fusiformes con núcleos largos están casi siempre -- dispuestas de forma ordenada, es decir en fascículos. En los ejemplares más anaplásicos, se pierde esta disposición celular ordenada y los núcleos son irregulares con numerosas imágenes mitóticas.

La producción de colágeno es variable, pero en los tumores más diferenciados está dispuesto de forma ordenada.

GRANULOMA REPARATIVO CENTRAL DE

CELULAS GIGANTES.

Características Clínicas.- aunque el granuloma central de células gigantes se presenta en todas las edades, se vé con más frecuencia en niños y adolescentes que en personas de más edad.

Los estudios relativos al sexo indican que es más frecuente en mujeres que en varones.

En el interrogatorio se descubren muchas veces historia de traumatismo sobre la zona como puede ser una caída o un golpe.

El granuloma puede ser totalmente asintomático y descubrirse en una exploración radiográfica habitual, los signos clínicos son los siguientes: agrandamiento óseo duro o una inclinación del maxilar, con o sin dolor o hiperestesia asociados; a veces un agrandamiento semiblando del maxilar debido a la destrucción de la lámina cortical protectora debido a la masa ósea, un aflojamiento o migración de dientes de sus posiciones normales en la zona afectada.

Características Clínicas.- este tumor muestra una intensa proliferación de elementos reparadores (tejido fibroso y fibroblastos), una rica vascularización células gigantes de cuerpos extraños y zonas aisladas de sangre extravasada.

MIXOMA.

Características Clínicas.- el mixoma odontógeno se produce con mayor frecuencia en la segunda o tercera década de la vida. No hay predilección de sexo.

Presenta un agrandamiento de la región, casi siempre unilateral que puede ser un pequeño abultamiento, liso y de contornos bien definidos y de dureza ósea a la palpación, o bien una asimetría de los

tejidos extraorales, que se aprecia como una tumefacción de la parte superior o inferior de la cara; puede ser de suficiente tamaño para interferir la función normal de la boca.

Hay rotura del hueso debido a la palpación causada por el adelgazamiento de la cortical del hueso o bien una sensación de dolor -- cuando la corteza se haya destruida totalmente por el tumor expansivo.

También hay hiperestesia o dolor a la palpación de la tumoración debido a la acción de irritantes. Mala posición de los dientes, con alteraciones de los arcos dentarios y diverso grado de maloclusión.

Características Histológicas.- comprenden un estroma mucoso intercelular en el interior del cual hay células en forma de aguja o de estrella. Estas células tienen muchas veces larga prolongación fibrilares entrelazadas. A veces se encuentra el epitelio odontogénico.

El tumor está intercalado con una cantidad variable de minúsculas capilares, y algunas bandas de colágeno.

QUISTES NEOPLASICOS

(PRIMORDIAL, DENTADOS, MULTIPLE)

Características Clínicas.- estos quistes pueden localizarse en cualquier lugar como en los caninos maxilares en los premolares mandibulares e incluso en la región de los incisivos.

Pueden faltar todos los síntomas clínicos sin que haya señales de agrandamiento regional, crepitación del quiste o síntoma subjetivo.

En la mayor parte de los casos el quiste es de pequeño tamaño y su localización es más central que el quiste primordial.

Cuando son de mayor tamaño o se localizan más periféricamente en el cuerpo de la maxila, el quiste neoplásico tiene sintomatología clínica.

A veces se observa como una protuberancia de dureza ósea, de su superficie lisa rosada mientras que en otras ocasiones puede observarse como una tumoración de mayor tamaño, pero de color azulado o rojo pálido, presentando a veces una sensación de crepitación al palparse con el dedo. En otros casos puede verse un conducto fistuloso en el centro de la masa, por él puede obtenerse un tipo de exudado seropurulento o serosanguíneo, que indica un componente infeccioso secundario. No es raro que el quiste neoplásico alcance más proporciones -- tan grandes que de lugar a signos extrabucales.

Características Histológicas.- la cavidad del quiste contiene generalmente un líquido seroso o serosanguíneo y a veces un líquido seropurulento que indica la existencia de una infección secundaria.

La pared del quiste es tejido fibroso recubierto por una delgada capa de queratina por encima del epitelio.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: AMELOBLASTOMA

Características Clínicas.- en las primeras fases del desarrollo el tumor suele ser asintomático, y muchas veces se encuentra durante una exploración radiográfica habitual. Cuando el ameloblastoma se desarrolla en un quiste primordial, los signos y síntomas son los de cualquier lesión quística central de los maxilares. Por general el ameloblastoma crece lentamente y puede estar presente algún tiempo antes de que el enfermo se dé cuenta de su existencia.

En los tumores de moderado tamaño, el motivo de la consulta suele ser un agrandamiento doloroso del hueso afectado. La exploración de la boca mostrará una masa dura ósea, no dolorosa, de tamaño variable que aumenta la superficie bucal-lingual del maxilar.

La masa puede ser de superficie lisa, de forma redonda u ovalada y recubierta por una mucosa de color rosado normal. Los dientes de la zona pueden ser algo móviles y estar mal alineados.

En caso de una enfermedad avanzada, los signos son más importantes. El enfermo presenta asimetría, a veces dolorosa, de los maxilares y relata una historia de crecimiento lento, continuo, desde hace varios o muchos años.

La masa puede ser de varios centímetros de tamaño y ocupar un espacio considerable en la boca, produciendo una alteración de la función bucal. La superficie suele ser lobulada y la mucosa puede ulcerarse. Los tumores mayores son dolorosos a la palpación debido a la

presión sobre los troncos nerviosos y pueden ser crepitantes o de du-
reza ósea, dependiendo de la cantidad de degeneración quística de su
interior.

Características Radiográficas.- radiográficamente el ameloblas-
toma no es patognómico, aunque resulta muchas veces sugerente.

A menudo se trata de una radiotransparencia multilocular con --
una clara división en compartimiento, que puede ser unilocular y que
tal vez no sea posible diferenciarla por estas características del -
quiste dentígeno o de cualquier otro de los numerosos defectos radio-
transparentes de los maxilares. El ameloblastoma ha sido tradicional
mente en los tipos quísticos y sólido.

La lesión unilocular se ve como una radiotransparencia de tama-
ño variable, redonda u ovalada.

Aquellos ameloblastomas que se desarrollan a partir de quistes
primordiales se suelen localizar en aquellas regiones en las que -
faltan un diente, o puede rodear a la corona de un diente existente.
Aquellos que se desarrollan de nuevo, a partir de otros orígenes - -
odontogénicos, se localizan generalmente entre las raíces de los - -
dientes, o bien entre los ápices, pareciendo así quiste periodontal
o una patosis periapical. En los primeros estadios, las trabéculas y
los espacios medulares están reemplazados el tumor expansivo, y no -
hay señales de destrucción o expansión de la cortical ósea.

Si la lesión aumenta de tamaño y hay degeneración quística ex--
terna el tumor se presenta como una radiotransparencia multilocular

de forma irregular. Cada departamento está separado por delgados tabiques óseos, de diversos grados de densidad y que le dan un aspecto de panal de miel. El borde periférico esta bien limitado pero a veces es difuso y mal definido, lo que hace pensar en una neoplasia -- más invasiva y más sólida.

En la mandíbula las lesiones líticas quedan extenderse por delante hasta la zona mentoniana y por detrás hasta la rama. Los ameloblastomas que se desarrollan en la maxila suelen ser más agresivos y difusos, no es raro que invada el antro y el suelo de la nariz. Los ameloblastomas que se desarrollan en la tuberosidad pueden extenderse hacia la base del cráneo.

En los casos de enfermedad avanzada, hay un extenso adelgazamiento y expansión de las láminas corticales, pero es raro que el tumor erosione más allá del periostio.

La destrucción de la lámina dura y de la membrana periodontal - se ve a menudo en algunos casos en los que se encuentran señales de resorción de las raices.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.

El ameloblastoma simple es un tumor persistente y se señala un porcentaje de recidivas de hasta el 35 %.

Por ello es necesario practicar la extirpación en bloque, extendiéndose más allá de la dimensión radiográfica del tumor.

Deben remitirse los tejidos de los bordes de resección para - -

practicar la exploración microscópica. Muy a menudo se alcanza el éxito en la primera intervención quirúrgica, por lo que la extirpación debe comprender todo el tejido posible con límites de tejido sano.

Aparte de tener el tratamiento de extirpación quirúrgica radical y conservadora, se tiene cureteado, cauterización química y eléctrica terapéutica con radiaciones o una combinación de cirugía con irradiación. En la actualidad la mayoría de los autores prefieren alguna forma de excisión quirúrgica.

El pronóstico para pacientes atacados por esta enfermedad neoplásica es favorable. Como se trata esencialmente de un problema local, que metastaliza muy raras veces, puede causar, salvo que la invasión local afecte estructuras vitales.

TUMOR ODONTOGENO ADENOMATOIDE.- se toma en cuenta con el:

Quiste Dentígero es un quiste intradéseo, bien delimitado, se encuentra como una zona radiotransparente redonda u oval, único, en el interior del cual hay la corona de un diente que no ha emergido. También tenemos al Quiste Primordial y el Ameloblastoma simple, los cuales el primero se describió su origen en el tumor anterior y del segundo su origen ectodérmico.

QUISTE DENTIGERO.

Características Clínicas.- este quiste está siempre asociado -- con la corona de un diente retenido.

También es posible que el quiste encierre un odontoma compuesto complejo o se relacione con un diente supernumerario. Las localizaciones más comunes de este quiste son las zonas del tercer molar inferior y de los caninos superiores.

El quista dentígero tiene la capacidad potencial de transformarse en una lesión agresiva.

La expansión del hueso con la siguiente asimetría facial, gran desplazamiento de dientes, resorciones intensas de las piezas adyacentes y dolor, son las secuelas posibles del agrandamiento continuo del quiste.

Características Histológicas.- se compone de una delgada pared de tejido conectivo con una capa de escaso espesor de epitelio escamoso que tapiza la luz.

La formación de brotes epiteliales suele faltar excepto en los casos que hay infección secundaria. Además la superficie de epitelio suele estar cubierto de una delgada capa acanalada de paraqueratina u ortoqueratina.

QUISTE PRIMORDIAL.

Características Clínicas.- el quiste primordial varía ampliamente de tamaño pero posee potencial para expandir hueso y desplazar -- los dientes adyacentes por presión.

A veces está asociada con diente primario persistente. La lesión no es dolorosa que se infecte en forma secundaria y es raro que presente manifestaciones clínicas obvias.

Las lesiones aparecen con mayor frecuencia en la segunda y tercera década de la vida con igual distribución por sexo.

Características Histológicas.- la pared se compone de fascículos paralelos de fibras colágenas, cuya densidad es variable.

El epitelio, aunque de grosor variable por lo general consta sólo de cuatro a ocho células de espesor, sin brotes epiteliales bien definidos. Tampoco es frecuente que muestre una tendencia marcada por proliferar hacia la pared de tejido que lo rodea.

AMELOBLASTOMA SIMPLE.

Características Clínicas.- en las primeras fases del desarrollo el tumor suele ser asintomático y muchas veces se encuentra durante

una exploración radiográfica habitual. Por lo general el ameloblastoma crece lentamente y puede estar presente algún tiempo antes de que el enfermo se dé cuenta de su existencia.

Características Histológicas.- El ameloblastoma se asemeja en mucho al órgano del esmalte, aunque es posible distinguir diferentes clases por su similitud con diferentes etapas de la odontogénesis.

El ameloblastoma se caracteriza por la proliferación de células epiteliales que parecen ameloblastos estrellados.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: TUMOR ODONTOGENICO

ADENOMATOIDE

Características Clínicas.- el tumor odontogénico adenomatoide - está bien encapsulado y muchas veces algo quístico. La pared del quiste exhibe frecuentemente grandes excrecencias murales de tejido tumoral. Otras partes del quiste tienen un revestimiento y el microscópico aparece tapizado de un epitelio de quiste normal. Es de crecimiento lento y puede ser de tamaño variable, además es asintomático y si llega a ser mayores tiene unas características clínicas semejantes a la del ameloblastoma simple.

Es más común en el maxilar que en la mandíbula. En el maxilar - en la zona de los caninos constituye la localización preferida. La mayoría de los adenoameloblastomas se asocian con dientes rotos y por eso en las radiografías se confunden a menudo con quistes dentígeros.

Características Radiográficas.- suelen ser radiotransparentes, pueden tener un diámetro de 1 cm. hasta 2 cm.

Aunque casi todos estos tumores tienen histológicamente pequeñas zonas de calcificación, no suelen ser suficientes para aumentar considerablemente la densidad radiográfica, aunque existan algunas -- excepciones.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.

La mayor parte de tumores de esta variedad han sido todos mediante excisión quirúrgica conservadora y nunca se ha informado sobre un caso de recidiva.

TUMOR ODONTOGENICO CALCIFICANTE EPITELIAL.- este tumor con el que se diferencia es con el ameloblastoma simple, pero ya lo describimos en el tumor adenomatoide y lo que respecta a este tumor que es similar en las características clínicas.

Los orígenes del ameloblastoma simple son varios como: el revestimiento epitelial del quiste dentífero, los restos de la lámina dental y del órgano del esmalte y la capa basal de la mucosa bucal.

**DIAGNOSTICO DEFINITIVO: TUMOR ODONTOGENICO
CALCIFICANTE EPITELIAL**

Características Clínicas.- el tumor se caracteriza por una forma especial de calcificación distrófica que se presenta en el interior de células tumorales degeneradas.

A medida que crece el tumor dilata a las estructuras óseas circundantes y produce una evidente hinchazón.

No muestra los típicos caracteres histológicos del ameloblastoma. Sin embargo, como indica su nombre, es un tumor epitelial odontogénico y su evolución se parece a la del ameloblastoma simple.

La mayor parte de las lesiones se desarrollan en la región premolar de la mandíbula junto a dientes que no han terminado

de brotar. El enfermo suele presentar una hipertrofia bien delimitada o difusa, dura, dolorosa del maxilar que está recubierta -- por mucosa normal.

Características Radiográficas.- ha sido generalmente una combinación de radiotransparencia y radiopacidad con numerosas islas densas de diversos tamaños dispersados por todo el tumor.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.

El tumor Odontogénico Calcificante Epitelial tiene caracteres -- invasores y gran tendencia a recidivar.

Está indicada a realizar una extirpación en bloque y la pieza quirúrgica debe comprender un margen adecuado de tejido óseo -- no afectado.

MESODERMICOS.

MIXOMA.- este tumor se diferencia con el ameloblastoma que su origen se describió al principio, también se diferencia con el Hemangioma de origen conectivo y además la Displasia Fibrosa de origen óseo.

HEMANGIOMA CENTRAL.

Características Clínicas.- el hemangioma puede presentarse tanto en la mandíbula o en maxila como en los tejidos blandos de la boca.

Cuando se trata de lesiones de tamaño pequeño o moderado, se parece al descrito en las neoplasias benignas centrales. Sin embargo - cuando son de mayor tamaño, el hueso ensanchado y deformado puede presentar hendiduras crepitación y la neoplasia de color púrpura o azul pálido.

Características Histológicas.- el hemangioma común se compone de numerosos capilares pequeños tapizados de una capa de células endoteliales sostenidos por un estroma de tejido conectivo de diversa densidad. Tiene una semejanza considerable con el tejido de granulación.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: MIXOMA

Características Clínicas.- este tumor crece lentamente tienien-

do los casos típicos una anamnesis de una duración de aproximadamente 5 años de la terapia. Aunque la dilatación ósea puede ser intensa y producir gran deformidad facial, es raro que haya dolor intenso, - aunque se han observado algunas excepciones. Puede haber parestesia del labio en caso de invasión del conducto mandibular.

Características Radiográficas.- es difícil o imposible la diferenciación con otras radiotransparencias maxilares y resulta difícil distinguir esta lesión de la displasia fibrosa, granuloma central de reparación de células gigantes y ameloblastoma. El tumor no está bien definido, pero tiende a presentar imagen en panal, perforando la corteza del hueso maxilar solamente cuando alcanza gran tamaño.

En el maxilar inferior se localiza con igual frecuencia en la rama y; en el cuerpo. La localización en la sínfisis es menos frecuente.

Los tumores localizados en el maxilar superior pueden perforar e invadir el antro, llenándolo completamente y produciendo exoftalmos. Las paredes antrales están dilatadas, pero raras veces destruidas.

Los dientes se hallan a menudo desplazados y en alrededor del 10 % de los casos hay signos de resorción de la raíz dental.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.

El tratamiento de los mixomas es la excisión quirúrgica, segui-

da de la cauterización.

Las lesiones extensas pueden requerir resección para erradicar el tumor. Aunque ésta es una neoplasia benigna, con frecuencia presenta invasión local insidiosa, lo cual dificulta la eliminación completa, problema que aumenta por la naturaleza laxa y gelatinosa del tejido propiamente dicho.

El pronóstico es excelente pero las recidivas son frecuentes si la terapéutica es demasiado conservadora.

FIBROMA ODONTOGENO CENTRAL.- es con el Ameloblastoma.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: FIBROMA

ODONTOGENO CENTRAL.

Características Clínicas.- el fibroma odontógeno es un tumor -- central de la mandíbula. Suele iniciarse en la región apical de un -- diente. Después se hace tan grande que es difícil determinar el lu-- gar de origen. Crece lentamente y no da síntomas hasta que por su -- gran volumen óseo desfigura la cara y produce maloclusión. A veces causa dolor y hay parestesia del labio.

Características Radiográficas.- el tumor se forma en el hueso - esponjoso destruye las trabéculas y forma un gran defecto quístico o poliquístico.

En los tumores se destruye la lámina cortical, pero sin activi- dad en el periostio.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.

La lesión ha de ser extirpación mediante técnicas conservadoras, la recidiva es rara.

FIBROSARCOMA ODONTOGENO.- con las neoplasias benignas.

**DIAGNOSTICO DEFINITIVO: FIBROSARCOMA
ODONTOGENO.**

Características Clínicas.- el tumor es maligno y en su conducto no varía del fibrosarcoma central de origen osteogeno. Si se forma de la parte pericoronar del germen del diente puede perforar el hueso y originar un tumor periférico, produciendo una masa fulminante que se extiende dentro de la boca. Puede quedar adherido al diente del que se forma.

Características Radiográficas.- el fibrosarcoma es un tumor osteolítico y por su carácter muy infiltrante muestra un contorno indefinido que se llama margen osteolítico.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.

Es la erradicación quirúrgica radical con resección del maxilar y también se realiza disección radical de cuello. Pronóstico es malo.

DISPLASIA CEMENTARIA PERIAPICAL.- Con patosis Periapical y Granuloma Periapical su origen es una secuela más común de la pulpitis. Esencialmente es una masa localizada de tejido de granulación formada como reacción de la enfermedad.

GRANULOMA PERIAPICAL.

Características Clínicas.- la primera manifestación de que la infección se ha extendido más allá de los confines de la pulpa dental puede ser una acusada sensibilidad del diente a la percusión o dolor leve ocasionado al morder o masticar alimentos sólidos. A veces se siente el diente como alargado en su alveolo. La sensibilidad se debe a hiperemia, edema, e inflamación del ligamento periodontal.

El granuloma periapical incipiente o hasta el totalmente desarrollado raras veces presenta más características clínicas que las descritas. En realidad muchos granulomas son totalmente asintomáticos. Por lo general no hay perforación del hueso y mucosa bucal que lo cubre, con formación de una fístula, salvo que la lesión experimente una exacerbación aguda.

Características Histológicas.- el granuloma periapical que se genera como proceso crónico desde el comienzo y no pasa por una fase aguda empieza como una hiperemia y edema del ligamento periodontal con infiltración de células inflamatorias crónicas principalmente -- linfocitos y plasmocitos.

La inflamación y mayor vascularización local induce la resorción del hueso de soporte adyacente a esta zona. En ocasiones hay resorción microscópica o hasta macroscópica del ápice radicular, pero esto no es común. A medida que el diente se reabsorbe hay proliferación de fibroblastos y células endoteliales y formación de conductos vasculares más pequeños así como delicadas fibrillas conectivas.

PATOSIS PERIAPICAL

La patosis periapical que abarca todas las lesiones radiotransparentes periapicales debidas a una enfermedad apical.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: DISPLASIA

CEMENTARIA PERIAPICAL.

Características Clínicas.- las lesiones se originan en el ligamento periodontal o cerca de él alrededor del ápice dental, por lo común en incisivos inferiores.

Muchos casos presentan en realidad lesiones múltiples.

Características Radiográficas.- la displasia cementaria periapical tiene un patrón definido en su historia natural y por razón puede presentar un cuadro radiográfico variado según la fase en el momento del descubrimiento.

La fase incipiente en su desarrollo es la formación de una zona circunscrita de fibrosis periapical acompañada por destrucción localizada de hueso.

Este paso inicial ha sido llamado Fase Osteolítica. Como hay -- pérdida de sustancia ósea y reemplazo por tejido conectivo, la le- - sión aparece radiolúcida en las radiografías.

La segunda fase del desarrollo de esta lesión es el comienzo de la calcificación en la zona radiolúcida de fibrosis. Esto ha sido es- crito como una mayor actividad cementoblástica con depósito de espí- culas de cemento o cementículos, y ha sido denominada fase cemento-- blástica.

La tercera fase de esta historia natural de la lesión es la de- nominada fase madura en la cual se deposita una excesiva cantidad de material calcificado en la zona focal y aparece en las radiografías como una radiopacidad bien definida que suele estar rodeada de una - delgada línea o banda radiolúcida.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.

El tratamiento de esta lesión consiste simplemente en el recono- cimiento y la observación periódica, puesto que es inocua. En nin- - gún caso se ha de extraer el diente, hacer el tratamiento endodonti- co o perturbar de algún modo el diente salvo que haya razones ajenas a esta lesión.

DENTINOMA.- con el Odontoma simple de origen tanto ectodérmico como mesodérmico, y también el Fibroadontoma Ameloblástico su origen es igual al anterior.

Características Clínicas.- Puede ser descubierto a cualquier edad en cualquier sitio del arco dental superior e inferior. Se encuentra en niños muy pequeños y por supuesto puede persistir en la vida adulta.

El odontoma suele ser pequeño y sólo ocasionalmente su diámetro excede al de un diente. A veces se agranda y llega a expandir el hueso con la siguiente asimetría facial. Esto es parcialmente cierto si en torno al odontoma se forma un quiste dentífero.

Características Histológicas.- aspecto del odontoma tanto complejo como el compuesto no es espectacular.

Hallamos esmalte o matriz adamantina dentina, tejido pulpar y cemento de aspecto normal, que pueden o no presentar una relación mutua normal. Si existe similitud morfológica con dientes, las estructuras suelen ser unirradiculares.

La cápsula de tejido conectivo que rodea al odontoma es similar en todo sentido al folículo que rodea un diente normal.

FIBRODONTOMA AMELOBLASTICO.

Características Clínicas.- afecta con mayor frecuencia a los varones tanto afecta a la mandíbula como al maxilar. Se presenta entre los 15 a los 20 años.

Consiste su combinación de un fibroma ameloblástico y un odontoma.

Características Histológicas.- la lesión se compone de cordones prolongaciones y roseras de células epiteliales, dentro de un tejido conectivo fibroso embrionario muy celular.

Hay maduración de tejido conectivo alrededor de algunas islas epiteliales y en ciertos casos se presenta como dentina reconocible.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: DENTINOMA

Características Clínicas.- parece producirse principalmente en la mandíbula, en especial en la zona de molares y con frecuencia está asociado con un diente retenido.

Los pacientes suelen ser jóvenes, la edad era de 26 años. No hay predilección de sexo. La mayoría de los pacientes notan una hinchazón durante un período variable de tiempo; dolor, perforación de la mucosa y la consiguiente infección.

La mayor parte de dentinomas se originan en zonas óseas centrales sin embargo en ocasiones algunas se desarrollan en la periferia, en la encía y clínicamente aparece como una zona focal de tejido hiperplástico.

Características Radiográficas.- los hallazgos radiográficos no son específicos pero por lo general hay una zona radiolúcida en el hueso que contiene una gran masa sólida opaca o muchas masas radiopacas irregulares menores de material calcificado, cuyo tamaño varía

considerablemente, tales hallazgos son similares a los observados en el odontoma simple, así como en el fibroodontoma ameloblástico. En algunos casos hay dentina en cantidades poco reducidas o sólo está mal calcificada de manera que no hay en la imagen radiolúcida.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.

El tratamiento del dentinoma es la excisión minuciosa de la zona, se comunicó que algunas lesiones tienen una cápsula de tejido conectivo que si se deja en el momento de la operación puede ser base de residivas de este tumor.

La lesión es benigna en el sentido que nunca metastaliza pero - llega a haber considerable destrucción local del hueso.

MIXTOS.

FIBROMA AMELOBLASTICO.- su diagnóstico diferencial es con el -- Ameloblastoma simple se parece en aspecto clínico sin embargo el fibroma ameloblástico es de crecimiento lento y menos agresivo que el ameloblastoma.

**DIAGNOSTICO DEFINITIVO: FIBROMA
AMELOBLASTICO.**

Características Clínicas.- este tumor presenta un crecimiento - algo más lento que el ameloblastoma simple y no tiende a infiltrarse entre las trabéculas óseas.

En cambio se agranda por expansión gradual de manera que la periferia de la lesión suele ser lisa. Por lo general no provoca quejas, por parte del paciente y ha sido descubierto por accidente durante el exámen radiográfico. El dolor o la hinchazón leve del maxilar indica al paciente a buscar atención odontológica.

Características Radiográficas.- la lesión se encuentra como una masa radiotransparente homogénea central que puede ser una o múltiples. Muchas veces es de forma redonda u ovalada. Crece en un frente amplio, expansionándose más que infiltrando. Por ello la periferia - de la lesión está bien definida y limitada. La cortical puede ser expandida pero no destruida.

Los dientes vecinos pueden ser desplazados de su posición pero mantienen su vitalidad.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.

El tratamiento del fibroma ameloblástico ha de ser algo más conservador que el del ameloblastoma simple, puesto que no infiltra en forma activa el hueso. Se separa fácilmente del hueso y presenta poca tendencia a recidivar aún después de un procedimiento conservador.

ODONTOMA AMELOELASTICO.- con el ameloblastoma origen ectodérmico y la displasia fibrosa de origen óseo central.

DISPLASIA FIBROSA.

Características Clínicas.- Aparece con igual frecuencia en varones que en mujeres. Es más común en niños y adultos jóvenes que en personas mayores.

La edad es entre los 27 años.

El primer signo clínico de la enfermedad es la tumefacción o abultamiento indoloro del maxilar. Abarca la lámina vestibular raras veces la zona lingual; cuando afecta la mandíbula a veces causa una excrecencia protuberante del borde inferior. Puede haber cierto alineamiento irregular, inclinación o desplazamiento de dientes debido a la naturaleza progresivamente expansivo de la lesión y por último, puede haber sensibilidad. La mucosa que cubre la lesión está casi in variablemente intacta.

Estas lesiones no están bien circunscritas se extienden localmente hasta abarcar el seno maxilar, la apófisis cigomática y el piso de la órbita y hasta se extiende hacia la base del cráneo.

Una maloclusión pronunciada y el abultamiento de la fosa canina o extrema prominencia de la apófisis cigomática que origina una acusada deformación facial son secuelas típicas de enfermedad del maxilar.

Características Histológicas.- la lesión es esencialmente fibrosa en un estroma compacto de fibras colágenas entrelazadas. En la le-

sión están deseminadas trabéculas óseas irregulares sin orden definido. Estas trabéculas suelen ser hueso grueso irregular pero puede ser láminar aunque no tan bien organizadas como el normal.

La relación del osteoblasto y osteoclasto con la trabécula es si milar a la vista en la forma poliostrófica de la enfermedad.

En algunas lesiones hay linfocitos esparcidos en el tejido.

La displasia fibrosa se divide en tres etapas: Monostótica, forma en la que está atacando un solo hueso, no presenta lesiones extraesqueléticas como las vistas en la displasia fibrosa patiostrófica,-- sin embargo, esta lesión localizada indica muchas confusiones a causa de su distribución, con su variación histológica y curso clínico.

Displasia fibrosa que afecta más cantidad variable de hueso, -- aunque la mayor parte del esqueleto permanece normal acompañada por lesiones pigmentadas de piel o "manchas de café con leche".

Displasia fibrosa aún más grave que afecta si la totalidad de los huesos del esqueleto, con lesiones pigmentadas de la piel y además trastornos endocrinos de diversos tipos (Síndrome de Albright).

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: ODONTOMA

AMELOBLASTICO.

Características Clínicas.- es una lesión ósea de expansión que produce una apreciable deformación o asimetría facial si se deja sin tratamiento como es una lesión central, hay considerable destrucción del hueso.

Un dolor leve puede ser la molestia que lleva a la conducta, -- así como también el brote retardado de los dientes.

Características Radiográficas.- la destrucción dental del hueso con expansión de las láminas corticales es notable. El rasgo característico es la presencia dentro de la lesión propiamente dicha, de abundantes masas radiopacas pequeñas que pueden o no asemejarse a dientes formados si bien en miniatura. En otros casos sólo hay una masa única radiopaca e irregular del tejido calcificado.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.

A veces, los odontomas ameloblásticos plantean un problema terapéutico debido a su tamaño, pero el tratamiento de elección es la ex tirpación en bloque. En la pieza quirúrgica debe incluirse un amplio margen de tejido normal ya que hay tendencia a la residiva.

HEMANGIOMA AMELOBLASTICO.- es con el Ameloblastoma, Mixoma y --
Displasia Fibrosa.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: HEMANGIOMA

AMELOBLASTICO

Características Clínicas.- este tumor se comporta clínicamente como el ameloblastoma típico.

Características Radiográficas.- se observa en el tumor una imagen radiotransparente multilocular con una clara división en compartimiento.

La diferencia de este tumor con el ameloblastoma más notoria es que el ameloblastoma se compone de tejido conjuntivo fibroso maduro que tiene una abundante vascularización, pero algunas veces, la vascularización es tan intensa que el tumor se transforma en Hemangioma Ameloblástico.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.

Este tumor se comporta clínicamente como el ameloblastoma típico y deberá ser tratado como tal.

Pronóstico es favorable.

FIBROSARCOMA AMELOELASTICO (SARCOMA AMELOBLASTICO).- es con -- cualquier neoplasia destructiva maligna.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: FIBROSARCOMA
AMELOBLASTICO.

Características Clínicas.- la lesión se presenta con mayor frecuencia en la mandíbula que en el maxilar.

El tumor es doloroso casi uniformemente, por lo general crece con rapidez y causa destrucción ósea con aflojamiento de los dientes. Además se ha comunicado la existencia de ulceraciones y hemorragias de la mucosa que lo cubre.

Características Radiográficas.- el aspecto radiográfico de esta neoplasia es el de una gran destrucción ósea con margenes irregulares y mal definida.

Así mismo, puede haber una expansión voluminosa y adelgazamiento de la tabla ósea. En ocasiones puede estar atacando el antro. Así el cuadro no es específico y corresponde al de cualquier neoplasia destructiva maligna.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.

El tratamiento de este tumor es la resección radical. Como sucede con la mayor parte de sarcomas, la residiva es previsible y el -- pronóstico es relativamente malo.

ODONTOMA.- es con el Osteoma, es una neoplasia benigna caracterizada por proliferación de hueso compacto o esponjoso en una localización endosteal o perifística, se conoce como lesiones del desarrollo.

También tenemos a la Displasia fibrosa que es de origen óseo y el Fibroma Osificante que es una neoplasia ósea central.

OSTEOMA.

Características Clínicas.- es los maxilares, el osteoma se presenta como una masa dura y como una masa densa dentro del hueso. Crece muy lentamente y es asintomático, aparte de producir asimetría facial. Si está localizado en una zona que soporta una dentadura, puede desarrollarse una ulceración debajo de la prótesis. En ocasiones existe restricción del movimiento maxilar si el crecimiento es grande y tiene su origen en la región coronóide o condiloides. El osteoma aparece en todas las edades, pero es más frecuente en adultos con más de 40 años de edad. La localización en la mandíbula es más frecuente que en el maxilar.

Características Histológicas.- el osteoma esponjoso consiste en trabéculas de hueso lamelar maduro dentro de una médula adiposa o fibrosa. El osteoma compacto lo forma una masa densa de hueso lamelar con pocos espacios medulares.

FIBROMA OSIFICANTE.

Características Clínicas.- es una lesión destructora de crecimiento activo compuesta por una mezcla de hueso lamelar y tejido.

Características Histológicas.- las trabéculas están tapizadas por osteoblastos gruesos y la estroma está compuesta de células fulsiformes gruesas estrechamente aglomeradas con una disposición epirral entrelazadas. El estroma es definitivamente basófilo.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: ODONTOMA

Características Clínicas.- odontoma compuesto comparativo está constituido por gran número de dientes a veces hasta de varios cientos. Se halla rodeado por una membrana fibrosa que lo separa del hueso o está contenido en la pared de un quiste folicular. Los dientes pueden estar formados parcial o completamente.

El odontoma compuesto complejo generalmente forma una masa calcificada dura de tamaño variable desde el de un chícharo pequeño al de una mandarina grande. En esta masa pueden estar contenidos diversos componentes que semejan dientes pero la parte principal está formada por estructuras de diente no organizado.

Características Radiográficas.- el odontoma compuesto complejo aparece como radiopacidades irregulares rodeadas por una estrecha banda radiotransparente.

El odontoma compuesto comparativo su aspecto es muchas veces --

bastante característico, consistiendo en una masa de pequeñas estructuras parecidas a los dientes rodeadas por una estrecha banda radiotransparente.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.

Los odontomas que son tumores benignos se extirpan por métodos conservadores y no hay residivas.

CONCLUSIONES

Este tema fue una recopilación bibliográfica tomando en cuenta la opinión de varios autores, para así poder obtener la clasificación más sencilla desde el punto de vista docente, ya que, como se habrá notado existe un sinnúmero de lesiones de diferentes etiología, pronósticos y tratamientos entre sí.

Por lo anteriormente dicho es importante que más profundicemos en la historia del paciente y la sintomatología de la lesión podremos inferir un mejor diagnóstico que siempre será presuntivo y a final de cuentas éste se podrá colaborar o desechar en colaboración del histopatólogo.

Es menester que todo Cirujano Dentista tenga dos fundamentos elementales de este tipo de lesiones ya que de esta forma el podrá derivarlo con el especialista adecuado o si se tienen los conocimientos necesarios proporcionarle al paciente un tratamiento adecuado.

BIBLIOGRAFIA

SN. Bhaskar

Patología Bucal

Segunda Edición (1975)

Editorial El Ateneo Buenos Aires

KH. Thoma

Patología Bucal

Segunda Edición (1973)

Tomo II

Editorial Hispano Americana

William G. Shafer, Maynard K. Hine, Barnet M. Levy.

Tratado de Patología Bucal.

Tercera Edición (1973)

Editorial Interamericana

Edward V. Zegarrelli, Austin H. Kustscher, George A. Hyman

Diagnóstico en Patología Oral.

Cuarta Edición (1979)

Editorial Salvat

Robert J. Garlin, Henry M. Goldman

Patología Oral.

Sexta Edición (1979)

Editorial Salvat

Squirru Galea Bianchi

Adamantinomas de los Maxilares

Editorial Mundi