

20, 10, 1960

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TUMORES ODONTOGENICOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

BLANCA ROSA VILLALOBOS HERNANDEZ

MEXICO, D. F.

1960



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

TUMORES ODONTOGÉNICOS

INTRODUCCION

CAPITULO I

Clasificación de Tumores Odontogénicos

CAPITULO II

Aspectos Generales, Tratamiento y Pronóstico
de cada Tumor

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

Una fase importante de la Odontología por el papel que desempeña el Odontólogo en el diagnóstico y tratamiento, lo constituye el estudio de los tumores de la cavidad bucal y estructuras adyacentes. Aunque los tumores se presentan en una pequeña minoría de los estados patológicos observados por el Cirujano Dentista, son de gran relevancia porque tienen la capacidad potencial de amenazar la salud y longevidad del paciente.

Será extraño que el Odontólogo vea muchos de entre la gran variedad de tumores bucales, pero es sumamente importante que se encuentre familiarizado con ellos, para que, cuando se presente uno, pueda realizar el tratamiento apropiado o derivarlo al terapeuta adecuado.

CLASIFICACION DE TUMORES ODONTOGENICOS

Los tumores de los tejidos odontogénicos constituyen un grupo diversificado de lesiones. Esta multiformidad refleja el complejo desarrollo de las estructuras dentales, porque todos se originan en alguna aberración del patrón normal de la odontogénesis.

Se comprenderá la patología de los tumores odontogénicos mediante el conocimiento de la histogénesis dental.

Los tumores se clasifican basándose en su origen común:

I Tumores Ectodérmicos de Origen Dental

- 1.- Adantoma (Gota de esmalte; perla adamantina)
- 2.- Ameloblastoma (Adamantinoma; adamantoblastoma; quiste multilocular)
- 3.- Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante (Tumor de Prindborg)
- 4.- Tumor Adenomatoides Odontogénico (Adenameloblastoma; tumor adenomatoides ameloblástico)
- 5.- Carcinoma Epidermoide Intraalveolar Primario

II Tumores Mesodérmicos de Origen Dental

- 1.- Fibroma Odontogénico Central
- 2.- Fibroma Odontogénico
- 3.- Fibroma Odontogénico Periférico (Fibroma cementante - periférico; fibroma oscificante periférico; fibroma periférico con calcificación)
- 4.- Mixoma Odontogénico (Fibroma o Mixofibroma odontogénico)
- 5.- Displasia Cementaria Periapical (Cementoma; osteofibroma u osteofibrosis periapical; fibroma cementante; fi-

broosteoma localizado; cementoblastoma; displasia fibroma-periapical)

- 6.- Fibroma Cementante Central
- 7.- Cementoblastoma Benigno (Cementoma verdadero)
- 8.- Cementoma Gigantiforme (Cementoma Múltiple Familiar)
- 9.- Dentinoma

III Tumores Mixtos de Origen Dental

- 1.- Fibroma Ameloblástico (Tumor Odontogénico Mixto Blando; Odontoma Mixto Blando; Fibroadamantoblastoma)
- 2.- Fibrosarcoma Ameloblástico (Sarcoma Ameloblástico)
- 3.- Hemangioma Ameloblástico
- 4.- Neurinoma Ameloblástico
- 5.- Odontoma
- 6.- Odontoma Ameloblástico (Odontoameloblastoma; adamantoodontoma; odontoma blando y calcificante)
- 7.- Fibroodontoma Ameloblástico
- 8.- Teratoma (Teratoblastoma; tumor teratoide)

CAPIULO II

ASPECTOS GENERALES, TRATAMIENTO Y PRONOSTICO DE CADA TUMOR

I Tumores Ectodérmicos de Origen Dental.

1.- Adamantoma (Gota de Esmalte; Perla Adamantina)

Se clasifica como tumor, en virtud de que constituye una masa pequeña focal excedente de esmalte en la superficie de un diente. Lo más frecuente es hallar una perla adamantina cerca de la bifurcación o trifurcación de las raíces dentales, o en ellas o en la superficie radicular cerca de la unión amelocementaria. Se presenta como un pequeño globo de esmalte firmemente adherido al diente, que nace en un pequeño grupo de ameloblastoma desplazado. Este esmalte contiene a veces, un pequeño cordón de tejido pulpar que se extiende desde la cámara pulpar o el conducto radicular del diente.

2.- Ameloblastoma (Adamantinoma; Adamantoblastoma; Quiste Multilocular)

Esta enfermedad es una neoplasia verdadera de tejido de tipo del órgano del esmalte, que no su diferencia al punto de formar esmalte.

En la actualidad se desconoce el estímulo que inicia el proceso, pero se cree que provenga de:

- a) Restos celulares del órgano del esmalte, o remanentes de la lámina dental, o restos de vaina de Hertwig, o restos epiteliales de Malassez.
- b) Epitelio de quistes odontogénicos, en partículas del dentígero y odontoma.

- c) Células basales del epitelio superficial de maxilares.
- d) Trastornos del órgano del esmalte en desarrollo.
- e) Epitelio heterotópico de otras partes del organismo especialmente la glándula Pituitaria.

La frecuencia del ameloblastoma es igual en los dos sexos, es difícil evaluar si hay preferencia por una raza específica, pero Kegel informa que los negros son afectados con mayor frecuencia, la edad promedio en que se describe la lesión es aproximadamente de 33 años, sin embargo, puede ocurrir a cualquier edad.

El ameloblastoma típico comienza en forma insidiosa, como una lesión central del hueso que destruye lentamente, pero tiende más a expandir el hueso que a perforarlo. El tumor no suele ser doloroso, salvo que tenga una infección secundaria, y tampoco produce signos y síntomas frecuentes de lesiones nerviosas.

Características Radiográficas.

Clásicamente el ameloblastoma ha sido descrito como una lesión de aspecto quístico multilocular de maxilares.

En la radiografía se aprecia la periferia de la lesión que suele ser lisa, aunque ésta irregularidad puede faltar en el momento de la operación.

En todas las lesiones avanzadas que producen la expansión del maxilar, es posible ver en la radiografía el adelgazamiento de la lámina cortical.

La radiografía indica la presencia o ausencia relativa de tejido calcificado.

Características Histológicas.

El ameloblastoma se asemeja al órgano del esmalte, aunque es posible distinguir diferentes clases, por su similitud con las diferentes etapas de la odontogénesis. Como el cuadro histológico del ameloblastoma varía mucho por lo común se describen una cantidad de diferentes tipos:

- a) Ameloblastoma Folicular (simple). Se compone de muchas islas tumorales circunscritas que constan de una capa periférica de células cuboideas o cilíndricas, cuyos núcleos están por lo general bien polarizadas.

Desde el punto de vista macroscópico, algunos tumores presentan minúsculos quistes que son muy evidentes cuando la lesión es enucleada y examinada atentamente. En estos casos, el tejido con aspecto de retículo estrellado se ha destruido por completo, o ha sufrido una degeneración quística, entonces suele haber un aplanamiento de las células cilíndricas periféricas, de manera tal que llegan a parecer células cuboideas o hasta escamosas. En este tipo de ameloblastoma, la formación quística es relativamente común.

- b) Ameloblastoma Flexiforme. Las células tumorales de aspecto ameloblástico se disponen en masas irregulares o como una trama de cordones celulares. Cada una de estas masas o capas está limitada por una capa de células cilíndricas y entre éstas se hallarán células con aspecto de retículo estrellado.
- c) Ameloblastoma Basocelular. Las células tumorales — epiteliales son más primitivas y menos cilíndricas, por lo general se disponen en capas, más que en otro tipo de tumores.

- d) Ameloblastoma Acantomatoso. Las células que ocupan la posición del retículo estrellado, sufren metaplasia escamosa a veces con formación de queratina en la porción central de las eslas tumorales.
- e) Ameloblastoma de Células Granulares. Hay una marcada transformación de citoplasma de las células tumorales epiteliales de manera que adquieren un aspecto granular grueso. Estas células son grandes, cuboideas o cilíndricas y sus gránulos son bastantes -- acidófilos.

El estroma de tejido conectivo, asociado con todos éstos tipos de ameloblastomas, puede variar en algo, pero por lo general consta de haces de fibras colágenas que pueden ser relativamente laxos o densos.

Tratamiento y Pronóstico.

Hay cierta diferencia de opinión sobre la técnica más adecuada para el tratamiento del ameloblastoma. La única unanimidad se centra en el hecho de que la eliminación completa de la neoplasia, independientemente de cómo se realiza, da por resultado la curación del paciente.

Los tipos de tratamiento incluyen extirpación quirúrgica radical, y conservadora, cureteado, cauterización química y eléctrica, terapéutica con radiaciones o una combinación de cirugía con irradiación. En la actualidad, la mayoría de los cirujanos odontólogos prefieren alguna forma de excisión quirúrgica.

En el caso de la irradiación se ha comprobado que esta neoplasia es muy radiorresistente y no se justifica el uso de esta clase de tratamiento.

El pronóstico para pacientes atacados por esta enferme

dad neoplásica es favorable. Como se trata esencialmente de un problema local, puede causar desfiguración, pero pocas veces - la muerte, salvo que la invasión local afecte estructuras vitales.

3.- Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante (Tumor de Pindborg)

Este tumor es más frecuente en personas de edad media. No hay predilección en el sexo, aparece con mayor frecuencia - en la mandíbula que en el maxilar, y la mayoría de los casos - aparece en la zona de premolares y molares. Si bien la enorme-cantidad de casos se da en partes centrales del hueso, se han-observado la aparición de algunos tumores extraóseos o de teji-do blando que se localizan principalmente en la encía. En la -mayoría de los casos no hay síntomas y sólo aparece una infla-mación.

Características Radiográficas.

Presenta considerables variaciones. En algunos casos - la lesión se presenta como una zona radiolúcida o circunscrita mientras que en otras puede haber un cuadro combinado de radio-lucidez y radiopacidad con muchas pequeñas trabéculas óseas -- irregulares, que atraviesan la zona radiolúcida en varias di-recciones.

Características Histológicas.

El tumor se compone de células epiteliales poliédricas a veces apretadas en grandes capas, pero otras en pequeñas is-las celulares dispersas. En ocasiones las células se disponen-en cordones o hileras, en cualquiera de los casos las células-tumorales tienen un borde celular bien delimitado con citoplasma eosinófilo granular. Los núcleos suelen ser pleomórficos, -

con núcleos gigantes como también es común la multinucleación. Una característica microscópica de este tumor, es la presencia de substancia amiloide. Este material eosinófilo homogéneo puede existir en grandes o limitadas cantidades, este amiloide es un producto degenerativo de células epiteliales neoplásicas. - Otras de las características del tumor es la presencia de calcificación, a veces en grandes cantidades y con frecuencia en la forma de anillos de Liesegang. Esta calcificación en realidad se produce, en los glóbulos de amiloides, muchos de los cuales mueren y se transforman de negativos a positivos durante el proceso de calcificación.

Se cree que las células se originan en el estrato intermedio en razón de la similitud morfológica de las células tumorales con las normales de ésta capa de aparato odontogénico. Lamentablemente esto no explica los casos de tumor que evidentemente, se produce sin vinculación con un diente retenido o los casos extraóseos alejados de los maxilares.

Pronóstico y Tratamiento.

Desde el punto de vista clínico, este tumor se comporta como el ameloblastoma típico. Es de crecimiento lento, pero localmente invasivo y tiende a recidivar. En realidad, puede no manifestarse por muchos años. Por lo tanto, el tratamiento debe ser similar al del ameloblastoma.

4.- Tumor Adenomatoides Odontogénico (Adenoameloblastoma; Tumor Adenomatoides Ameloblástico)

Este es un tumor raro de tipo histológico que se caracteriza por la formación de estructuras ductiformes originadas en el componente epitelial de la neoplasia.

La edad promedio de pacientes con este mal, es aproximadamente de 10 años; las edades extremas son de 5 y 35 años.- Hay una marcada predilección por la aparición del tumor en mujeres.

Se localiza en el maxilar con mayor frecuencia, que en la mandíbula. Este tumor es más común en la parte anterior de los maxilares, delante de los caninos, sólo raras veces la lesión se encuentra hacia distal de la zona de premolares. Estos tumores tienen relación con un diente retenido, en la mayoría de los casos suele ser un canino. La mayor parte de los tumores llegan a medir entre 1.5 y 3 cms., aunque se han registrado lesiones grandes superiores a los 7 cms. Una gran proporción de estos tumores produce una inflamación obvia, si bien, suele ser asintomática. Se presenta como quiste dentígero, debido a que existe una acentuada vinculación con algún trastorno tardío de la odontogénesis.

Características Radiográficas.

La radiografía revela una lesión destructiva de los maxilares que pueden ser o no bien circunscritas, pero en la mayor parte de los casos se asemeja a un quiste dentígero. Sin embargo, en tales casos se extiende apicalmente más allá de la unión amelocementaria. Casi invariablemente las lesiones, son imágenes radiolúcidas uniloculares, pero pueden contener focos radiopacos borrosos o densos.

Es frecuente la separación de las raíces o desplazamiento de dientes adyacentes, la rizoclosia es rara.

Características Histológicas.

Se compone de células epiteliales, comunmente son solo un estroma escaso de tejido conectivo. Estas con frecuencia -- poliédrica o fusiformes, se disponen en nidos, remolinos o cordones de células, de una definida variedad; cilíndrica o cuboide, ordenadas en formas ductiformes o adenomatoides. La actividad mitótica es rara. Con frecuencia se observan focos de -- clausificación distribuidos en el tumor, por último la lesión -- está invariablemente encapsulada.

Pronóstico y Tratamiento.

La mayor parte de los tumores de esta variedad han sido tratados mediante excisión quirúrgica conservadora y nunca se ha informado sobre casos de recidiva. Así, este tumor es mucho más benigno que el ameloblastoma simple, puesto que no es invasivo local ni tiende a recidivar.

5.- Carcinoma Epidermoide Intraalveolar Primario.

Es una lesión muy rara, sin embargo, ésta representa un carcinoma primario desarrollado dentro del hueso, originado en restos epiteliales odontogénicos, o el epitelio enclavado en las líneas de fusión de protuberancias embrionarias.

Características Clínicas.

La edad promedio de esta lesión en el momento del diagnóstico se encuentra entre la sexta y séptima década del paciente. En la mayor parte de los casos se manifiesta en la mandíbula, el maxilar raras veces es afectado. Los síntomas iniciales son; la hinchazón del maxilar con dolor y movilidad de los dientes, antes de la aparición de úlcera.

Características Histológicas.

Suele presentar un patrón alveolar o plexiforme, en el cual las células periféricas de las masas tumorales, se disponen en empalizada, semejándose así al epitelio odontogénico. Las células tumorales propiamente dichas, presentan pleomorfismo e hiperromatismo del núcleo, la actividad mitótica varía de un caso a otro.

Características Radiográficas.

El aspecto radiográfico no es característico, simplemente se presenta una imagen radiolúcida difusa, en la zona --

central de los maxilares.

Pronóstico y Tratamiento.

Los carcinomas centrales óseos de este tipo suelen ser tratados por resección quirúrgica y no por radioterapia, aunque la cantidad de casos de esta lesión particular no es suficiente para comparar resultados con diferentes modalidades de tratamiento. Es frecuente la metástasis del tumor a los ganglios linfáticos regionales, como también lo es a distancia. El índice total de sobrevida de cinco años, de casos publicados se encuentran entre el 30 y 40 por ciento. Sin embargo, la presencia de metástasis en el momento del tratamiento agrava sensiblemente el pronóstico.

II Tumores Mesodérmicos de Origen Dental.

1.- Fibroma Odontogénico Central.

El fibroma odontogénico es un tumor central de maxilares que se presenta con tal infrecuencia que es poco lo que se sabe sobre esta neoplasia. De todos los tumores odontogénicos, ésta lesión es de los parámetros menos definidos. No hay series significativas de casos de fibromas odontogénicos en la literatura, lo cual indica la rareza de la lesión. Se cree que se origina en uno de los componentes mesodérmicos del diente o del germen de éste y por lo tanto podría derivar del ligamento periodontal, papila dental o del folículo dental. Debido a su origen, el fibroma odontogénico está en estrecha cercanía con el diente; con la raíz, o en el caso de un diente retenido, con la corona.

Características Clínicas.

El fibroma odontogénico se presenta con mayor frecuencia en niños y adultos jóvenes y tiene predilección por la mandíbula. Por lo general es asintomático, excepto la hinchazón

del maxilar.

Características Radiográficas.

Este tumor produce una imagen radiolúcida expansiva y multilocular, similar a la del ameloblastoma.

Características Histológicas.

El fibroma odontogénico se compone de una masa voluminosa de fibrillas colágenas delicadas, intercaladas con cantidades relativamente grandes de fibroblastos estrellados. Es raro que estas fibrillas o células se dispongan en semejanza con la papila dental embrionaria, y puede haber una marcada similitud con el componente mesodérmico del fibroma ameloblástico. A veces, también se observan algunas islas dispersas de epitelio odontogénico.

Tratamiento y Pronóstico.

El tratamiento de esta neoplasia es la eliminación quirúrgica conservadora, puesto que es benigna y tiene poca tendencia a la recidiva.

2.- Fibrosarcoma Odontogénico

Este tumor es la contraparte maligna del Fibroma Odontogénico, pero es un tumor raro. Se origina en los mismos tejidos mesenquimáticos que el fibroma central, pero actúa con mucha mayor agresividad. Es una lesión destructiva que produce una proliferación carnosa y abultada, el dolor puede ser una característica de esta neoplasia.

Características Histológicas.

El aspecto histológico de este tumor es idéntico al --

del fibrosarcoma de origen no odontogénico. El elemento celular puede ser o no 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 núcleos ovales con diversos grados de pleomorfismo, situados en una trama fibrosa que presenta o no focos de epitelio odontogéno.

Tratamiento y Pronóstico.

El tratamiento del fibrosarcoma odontogénico es la erradicación quirúrgica radical con resección del maxilar. El pronóstico es malo.

3.- Fibroma Odontogénico Periférico (Fibroma Cementante Periférico; Fibroma Osificante Periférico; Fibroma Periférico -- con Calcificación)

La presente lesión que ha sido conocida por una variedad de nombres pero la cual es mejor denominar fibroma odontogénico periférico, no hay acuerdo general entre todos los investigadores de esta lesión que sea de origen dental. Sin embargo, tiene ciertas características que sugieren que podría derivar del ligamento periodontal.

Características Clínicas.

Se puede presentar a cualquier edad, aunque es más común en niños y adultos jóvenes. La mayor parte de los casos se presenta en mujeres. Las lesiones se dividen aproximadamente igual entre los dos maxilares, por lo regular más del 80 por ciento de estas lesiones aparecen en los dos maxilares por delante de la zona de los premolares. Es una masa focal de tejido bien demarcada en la encía con base débil o pediculada. Tiene el mismo color que la mucosa normal o levemente enrojecida. La superficie puede estar intacta o ulcerada y frecuentemente se origina en una papila interdental.

Características Radiográficas.

En la mayor parte de los casos no existe lesión visible del hueso subyacente, sin embargo, en raras ocasiones, aparece una erosión superficial del hueso.

Características Histológicas.

La superficie de la lesión presenta una capa de epitelio escamoso estratificado, o con mayor frecuencia ulcerada. - El grueso de la lesión se compone de una masa sumamente celular, de tejido conectivo que contiene grandes cantidades de fibroblastos proliferantes hinchados, entremezclados con un delgado estroma fibrilar. La lesión es bastante característica en su elevado grado de celularidad, además, la vascularización no es un rasgo muy destacado. En esta lesión no producen formas de calcificación. Esta se da como trabéculas simples o múltiples, interconectadas hueso u osteoide (hueso laminar maduro o celular inmaduro), glóbulos de material calcificado muy semejante al cemento, o una calcificación distrófica granular. El hallazgo de hueso en algunos casos y de cemento en otros no es sorprendente, puesto que si aceptamos que estas lesiones se originan en el ligamento periodontal, es bien sabido que las células de este último tienen potencial osteógeno y cementógeno.

En ocasiones se hallarán zonas que contienen células gigantes multicelulares.

Tratamiento y Pronóstico.

Las lesiones han de ser enucleadas quirúrgicamente y enviadas a examen microscópico para confirmación y diagnóstico. Raras veces se necesita o justifica la extracción de dientes vecinos. Sin embargo, las lesiones recidivan con cierta frecuencia y, en realidad las recidivas repetidas no son raras.

4.- Mixoma Odontogénico (Fibromixoma o Mixofibroma Odontogénico)

Es un tumor de los maxilares que se origina en la porción mesenquimatosa del germen dental, sea en la papila dental folículo o ligamento periodontal.

Se carece de pruebas absolutas sobre el origen en el aparato odontogénico, pero, parece lo más probable debido a la frecuencia de esta lesión en maxilares y la ausencia casi total en cualquier otro hueso del esqueleto.

Características Clínicas.

Se produce con mayor frecuencia en la segunda o tercera década de la vida, raras veces aparece antes de los 10 años y después de los 50. No hay predilección por el sexo, pero sí una leve inclinación a la mandíbula.

Casi todos estos casos están asociados con dientes ausentes o incluidos. Es una lesión central de los maxilares que expande hueso y puede destruir la corteza, es de crecimiento lento y el dolor puede ser o no una característica.

Características Radiográficas.

En algunos casos revela un aspecto moteado en panal de abeja, del hueso, mientras que en otros aparece una imagen radiolúcida destructiva expansiva, que a veces tiene estructura multilocular.

El desplazamiento de dientes por la masa tumoral es un hallazgo relativamente común, pero la resorción radicular es menos frecuente. El tumor suele extenderse antes de ser descubierto. La invasión del antro ocurre con frecuencia en las lesiones de maxilar.

Características Histológicas.

Se compone de células fusiformes y estrelladas dispuestas en forma laxa, muchas de las cuales poseen largas prolongaciones fibrilares que tienden a entremesclarse. El tejido laxo no es muy celular y esa célula no presentan evidencias de actividad significativa (pleomorfismo, figuras mitóticas). La sustancia intercelular es mucóide.

El tumor está intercalado con una cantidad variable de minúsculos capilares, y algunas bandas de colágenos. Algunas veces encuentran nidos de epitelio odontógeno.

La presencia de dos mucopolisacáridos ácidos en el mixoma; cantidades relativamente grandes de ácido hialurónico y cantidades menores de condroitinsulfato. Se pensó que este contenido elevado de ácido podría ser un factor significativo en el comportamiento neoplásico del tumor.

Tratamiento y Pronóstico.

El tratamiento de los mixomas odontogénicos en la excisión quirúrgica, seguida de la cauterización. Las lesiones externas pueden requerir resección para erradicar el tumor. Aunque esta 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 bueno, pero el índice de recidiva es elevado. El tumor no es sensible a la irradiación con rayos X. Se conoce una forma maligna franca de este tumor, el mixosarcoma odontogénico, pero es muy raro.

9.- Displasia Cementaria Periapical (Cementoma; Ostiofibroma u Osteofibrosis Periapical; Fibroma Cementante; Fibroosteoma Localizado; Cementoblastoma; Displasia Fibrosa Periapical)

Es una lesión bastante común, su origen se atribuye en el tejido odontogénico, el cemento, y se cree también que constituye nada más que una reacción desusada del hueso periapical no se considera una neoplasia.

La etiología de esta lesión es desconocida, aunque se ha pensado que es un producto de un traumatismo crónico leve, quizá de la oclusión traumática.

Características Clínicas.

En la mayoría de los casos esta lesión se presenta en personas mayores de 20 años y tiene mayor predilección en las mujeres. Algunas veces, estas lesiones se dan casi con exclusividad en personas de raza negra.

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; los cementomas afectan las ápices de varios dientes.

El maxilar es una localización rara de este tumor, pocas son las veces que existe alguna manifestación clínica.

Características Radiográficas.

En muchos casos se descubre accidentalmente durante el examen radiográfico de rutina, pues la lesión es asintomática. Tiene un patrón definido en su historia natural, y por esta razón puede presentar un cuadro radiográfico variable, según la fase en el momento del descubrimiento.

La fase más incipiente en su desarrollo, es la formación de una zona circunscrita de fibrosis periapical, acompañada por la destrucción localizada del hueso, esta fase se llama

Osteolítica. Como existe pérdida de sustancia ósea y reemplazo por tejido conectivo, la lesión aparece translúcida en las radiografías.

La segunda fase comienza con calcificación en la zona radiolúcida de fibrosis. Esto ha sido descrito como una mayor actividad cementoblástica con depósito de espículas de cemento o cementículos. Esta fase se llama Cementoblástica. El estímulo para la formación de este material calcificado no ha podido ser determinado.

La tercera fase es denominada Fase Madura, en la cuál se deposita una excesiva cantidad de material calcificado, en la zona local y aparece en las radiografías como una radiopacidad bien definida que suele estar rodeada de una delgada línea y banda radiolúcida.

Tratamiento y Pronóstico.

El tratamiento de esta lesión, consiste simplemente en el reconocimiento y la observación periódica, puesto que es --innocua. En ningún caso se ha de extraer el diente, hacer el --tratamiento endodóntico o perturbar de algún modo el diente, --salvo que haya razones ajenas a esta lesión. Como a veces hay --dificultad en establecer la diferencia radiográfica entre esta lesión y un granuloma periapical, no es preciso insistir en la necesidad de la prueba de la vitalidad pulpar.

6.- Fibroma Cementante Central.

Este tumor es una neoplasia ósea que ha provocado controversias debido a la confusión de la terminología y el criterio de diagnóstico. Ahora, es considerado como una entidad --definida que debe ser separada de la displasia fibrosa de hueso y que no es verdadera neoplasia.

Características Clínicas.

Puede presentarse a cualquier edad, pero es más común en adultos jóvenes y en edad mediana. Puede atacar cualquiera de los maxilares, pero hay una marcada predilección por la mandíbula. Por lo general es una lesión asintomática, basta que el crecimiento produce una hinchazón notable y leve deformidad; el desplazamiento de los dientes es un rasgo clínico incipiente. Es un tumor de crecimiento relativamente lento y llega a existir durante años sin ser descubierto.

Características Radiográficas.

Presenta un cuadro radiográfico muy variado, según su fase evolutiva, sin embargo, la lesión está bien circunscrita y demarcada del hueso circundante.

En sus fases iniciales aparece como una lesión radiolúcida sin evidencia de radiopacidad intensa, a medida que el tumor va madurando hay una creciente calcificación de manera que en la zona radiolúcida aparecen opacidades hasta que, finalmente la lesión se presenta como una masa extremadamente radiopaca.

El desplazamiento de los dientes adyacentes es común, así como la invasión de otras estructuras adyacentes.

Características Histológicas.

Básicamente se compone de muchas fibras colágenas delgadas entrelazadas, raras veces originadas en haces mezcladas con grandes cantidades de fibroblastos o cementoblastos activos y proliferantes. Se observan figuras típicas en pequeñas cantidades.

A medida que la lesión madura, las islas de crecimiento

to aumentan en cantidad, se agrandan y por último mueren.

Las características microscópicas son típicas. En algunos casos en lugar que se componga enteramente de glóbulos de tejido semejante, habrá una cantidad variable de trabéculas óseas dispersas.

Tratamiento y Pronóstico.

La lesión ha de ser extirpada mediante técnicas conservadoras; la recidiva es rara.

7.- Cementoblastoma Benigno (Cementoma Verdadero)

Es probablemente una neoplasia verdadera de cemento- - blastos funcionales, que forman una gran masa de cemento o tejido semejante a éste en la raíz dental, es una lesión rara y definida.

Características Clínicas.

Se origina antes de los 25 años, suele ser una lesión- solitaria y ataca a los promolares o molares inferiores con ma yor frecuencia. La pieza por lo regular más afectada, es el -- primer molar inferior, ésta tiene vitalidad salvo que exista -- una lesión coincidente.

El tumor es de crecimiento lento y puede causar la expansión de las tablas óseas. Suele ser asintomática.

Características Radiográficas.

La masa tumoral está unida a la raíz dental, y aparece como una masa radiopaca, rodeada a menudo de una delgada línea radiolúcida y uniforme. Por lo general, el contorno de la raíz afectada está obliterado.

Características Histológicas.

El grueso del tumor se compone de capas de tejido semejante al cemento, a veces parecido al cemento celular secundario y otra se deposita en la estructura globular a la manera de cementículos gigantes.

Hay un componente variable de tejido blando que consta de elementos fibrilares vasculares y celulares. Muchas de las trabéculas cementarias, de zonas de actividad, están rodeadas de capas de cementoblastos. En esas zonas activas, la lesión suele ser microscópicamente indistinguible del osteoblastoma benigno o del osteoma osteoide gigante.

Esta masa calcificante estará unida a la raíz dental mediante la obliteración del ligamento periodontal, la resorción de parte de la raíz y el remplazo del tejido tumoral. La periferia del tumor suele presentar una capa celular de tejido blando que parece una cápsula. Su exterior: las trabéculas óseas se disponen casi invariablemente en sentido perpendicular.

Tratamiento y Pronóstico.

Debido a la tendencia a expandir los maxilares, se cree que la extracción del diente está justificada, pese a que la pulpa es vital. Hay que tener cuidado en distinguir esta lesión de la hipercementosis grave o de la osteomielitis esclerosante focal crónica, con las cuales puede tener una semejanza superficial.

8.- Cementoma Gigantiforme (Cementoma Múltiple Familiar)

Es una lesión muy rara que puede o no resultar una entidad característica. Se cree que se origina en una edad temprana evolucionando con lentitud y afectando los cuatro cua-

drantes, aparecen en familia y se heredan como característica dominante autosómica.

lero en algunos casos, se han observado más en mujeres de tipo negroide adultas. Estas se presentan como masas radiopacas difusas dispersas en los maxilares y que a veces los expanden. Estas masa son 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.

9. - Dentinoma.

Es un tumor odontogénico raro, integrado por tejido conectivo inmaduro, epitelio odontógeno y dentina irregular o displásica.

Características Clínicas.

Parece producirse principalmente en la mandíbula, en especial en zona de molares y con frecuencia está asociado con un diente retenido. Los pacientes suelen ser jóvenes, no hay predilección evidente por el sexo, hay dolor, perforación de la mucosa y la consiguiente infección.

La mayoría de los dentinomas se origina en zonas óseas centrales; sin embargo, en ocasiones, algunas se desarrollan en la periferia de la encía y clínicamente aparece como una zona focal de tejido hiperplásico.

Características Radiográficas.

Los hallazgos radiográficos, no son específicos, pero por lo general hay una zona radiolúcida en el hueso, que contiene una masa solitaria opaca, o muchas masas radiopacas irre-

gulares menores de material calcificado cuyo tamaño varía considerablemente.

En algunos casos hay dentina en cantidades poco reducidas o sólo está mal calcificado, de manera que no hay opacidad en la imagen radiolúcida.

Características Histológicas.

El dentinoma típico se compone de masas de dentina irregular que puede ser denominada Dentinoide u Osteodentina. El tejido conectivo suele asemejarse a la papila dental, pero el grado de celularidad varía. Es difícil justificar el diagnóstico de dentinoma, salvo que haya túbulos dentinarios reconocibles.

El dentinoma debe ser considerado, como tumor odontogénico de origen mesenquimatoso, pues el tejido proliferativo o neoplásico es de origen mesodérmico.

Tratamiento y Pronóstico.

El tratamiento del dentinoma es la excisión quirúrgica con un curetado minucioso de la zona. Se comunicó que en algunas lesiones tienen una cápsula de tejido conectivo que, si se deja en el momento de la operación, puede ser base de recidiva de este tumor.

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

III Tumores Mixtos de Origen Dental

- 1.- Fibroma Ameloblástico (Tumor Odontogénico Mixto Blando; Odontoma Mixto Blando y Fibroadamantoblastoma)

Es una neoplasia relativamente rara de tipo dental, — que se caracteriza por la proliferación simultánea, tanto de — tejido epitelial como mesenquimatoso sin formación de esmalte o dentina. De manera que se puede considerar como un ejemplo — de tumor mixto verdadero.

Características Clínicas.

Se origina con mayor frecuencia en la zona de molares inferiores, se presenta en jóvenes con edad promedio de 14 — años, no tiene predilección de sexo. Presenta un crecimiento — lento 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 descubierta por acci— dente durante el examen radiográfico. El dolor o la hinchazón— leve del maxilar, induce al paciente a buscar atención odonto— lógica.

Características Radiográficas.

Se manifiesta como una lesión radiolúcida, unilocular— o multilocular, de límites más bien lisos y que puede o no pro— ducir abultamiento evidente del hueso.

Características Histológicas.

El aspecto microscópico es característico. La porción— ectodérmica consiste en islas dispersas de células epiteliales de una variedad de formas como; rosetas, cordones dactiliformes largos y nidos.

Estas células epiteliales suelen ser de tipo cuboide o cilíndrico y tienen estrecha semejanza con el epitelio odontó— geno primitivo. La actividad mitótica no es común. Como las cé— lulas se disponen en cordones, no es frecuente ver tejido seme

jante al retículo estrellado, sin embargo en algunos casos se observan "aberturas" con retículo estrellado.

El componente mesenquimatoso está compuesto por un tejido conectivo primitivo que en algunos casos presenta fibrillas entrelazadas, intercaladas con grandes células conectivas muy parecidas a la papila dental. Puede haber escasez de vasos sanguíneos, y se produce la hialinización yuxtapielital de las zonas de tejido conectivo, hay veces que éste llega a asemejarse a la dentina displásica. Los estudios con microscopio electrónico, han sugerido que ésta aparente hialinización podría, en realidad ser una lámina basal exuberante.

Tratamiento y Pronóstico.

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

2.- Fibrosarcoma Ameloblástico (Sarcoma Ameloblástico)

El tumor es muy raro y es la contraparte maligna del fibroma ameloblástico, en el cual se ha tornado maligno el elemento mesenquimatoso.

Características Clínicas.

Es más frecuente en adultos jóvenes, como lo hace su contraparte benigna, aunque ésta última aparece a edad aún más temprana. 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 rapidéz y causa destrucción ósea con aflojamiento de los dientes. Además se ha comunicado-

la existencia de ulceraciones y hemorragia de la mucosa que lo cubre.

Características Radiográficas.

El aspecto radiográfico de ésta neoplasia, es el de una gran destrucción ósea con márgenes irregulares y mal definidos. Asimismo, puede haber una expansión voluminosa y adelgazamiento de la tabla ósea. En lesiones de maxilar puede estar atacado el antro. Así el cuadro no es específico, y corresponde al de cualquier neoplasia destructiva maligna.

Características Histológicas.

Gran parte de casos se origina por transformación maligna de un fibroma ameloblástico benigno preexistente. No hay alteraciones notables evidentes del epiteliocodontógeno en el tumor maligno y conserva su aspecto benigno. En algunas lesiones su cantidad disminuye, como resultado de una proliferación de la porción mesenquimatosa maligna.

Este tejido presenta un notable aumento de la celularidad; los fibroblastos malignos son extraños y pleomórficos, -- con núcleos hipercromáticos y abundantes figuras mitóticas atípicas.

Tratamiento y Pronóstico.

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

3.- Hemangioma Ameloblástico

Es una lesión que ha sido descrita como un tumor mixto compuesto de un ameloblastoma y un hemangioma, que se originan

en forma coincidente. En algunos casos los elementos hemangiomas se encuentran en la zona comunmente ocupada por el retículo estrellado en el ameloblastoma corriente.

Es concebible que un tumor presente un efecto inductivo sobre células que causan la formación de otro tipo de tumor pero también es razonable pensar que el hemangioma ameloblástico constituye simplemente un tumor de tipo antagónico en el cual dos neoplasias separadas que proliferan en la misma zona general, se encuentran, y los elementos tumorales se entremezclan.

Algunos autores opinan que la falta de evidencia de la neoforración de vasos sanguíneos, y que por lo tanto, representa sólo un fenómeno degenerativo. Este tumor se comporta clínicamente como el ameloblastoma típico y deberá ser tratado como tal.

4.- Neurinoma Ameloblástico.

Se ha comunicado un caso de ameloblastoma recidivante-formado en asociación con un neurinoma, pero lo más probable es que la presencia de dos tumores en el mismo lugar fuera fortuita. Seguramente el ameloblastoma recidivante se formó con un neuroma traumático o por amputación, inducido por el procedimiento quirúrgico previo, y tal lesión no debería ser considerada como tumor mixto odontogénico verdadero.

5.- Odontoma.

Este tumor se compone de más de un tipo de tejido y — por esta razón fué denominado odontoma compuesto. En algunos — el esmalte ; la dentina son depositados de tal manera que las estructuras conservan una considerable semejanza anatómica con

dientes normales, excepto que suelen ser menores que éstos.

La etiología del odontoma es desconocida. Se sugirió que el traumatismo o infección local puede conducir al desarrollo de esta lesión. Aparentemente no hay predilección por originarse en un sector determinado de la cavidad bucal; no está especialmente vinculado con dientes supernumerarios como podría pensarse si apareciera con mayor frecuencia entre los incisivos centrales superiores o distal al tercer molar superior.

Características Clínicas.

Puede ser descubierto a cualquier edad, en cualquier sitio del arco dental superior o inferior. Se encuentra en niños muy pequeños y por supuesto, puede persistir en la vida adulta. El odontoma suele ser pequeño y solo ocasionalmente su diámetro excede al de un diente. A veces no agranda y llega a expandir el hueso, con la consiguiente asimetría facial. Esto es particularmente cierto si en torno al odontoma se forma un quiste dentígero.

Características Radiográficas.

El aspecto radiográfico del odontoma es característico como la mayor parte de odontomas. Son clínicamente asintomáticos y se descubren en el examen radiológico sistemático, se debe estar familiarizado con su aspecto. Se suele localizar entre las raíces de los dientes y se presenta como una masa irregular de material calcificado rodeado por una banda radiolúcida estrecha con una periferia lisa, o como una cantidad variable de estructuras dentiformes con el mismo contorno periférico, dichas estructuras se asemejan a dientes y el odontoma está asociado con frecuencia a dientes retenidos.

Características Histológicas.

No es espectacular, se puede encontrar: 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 uniradiculares.

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

Tratamiento y Pronóstico.

El tratamiento del odontoma es la eliminación quirúrgica, y no se previenen recidivas. Tanto el odontoma ameloblástico como el fibroodontoma ameloblástico tienen gran semejanza con el odontoma común particularmente en la radiografía, se aconsejó que todo odontoma fuera enviado a un patólogo bucal calificado para su examen microscópico.

6.- Odontoma Ameloblástico.

Es una neoplasia odontogénica que se caracteriza por la formación simultánea de un ameloblastoma y un odontoma compuesto, es una entidad clínica rara. No se ha de impedir que este tumor represente dos neoplasias separadas que proliferan al unísono; existe más bien, una peculiar proliferación de tejido del aparato odontogénico, de manera irrestricta, que incluye morfo-diferenciación completa, así como posición y hasta calcificación.

La lesión es rara en el sentido que un tejido neoplásico relativamente indiferenciado, está asociado con un tejido muy diferenciado y que ambos pueden recidivar después de su ex-

tirpación inadecuada.

Características Clínicas.

Son tan pocos los casos comunicados que cualquier información estadística puede no ser válida. Sin embargo, el odontoma se presenta a cualquier edad, pero con mayor frecuencia en niños y es algo más común en el maxilar inferior que en el superior. Es una lesión ósea de expansión lenta que produce una apreciable deformación o asimetría facial si se deja sin tratar. Como es una lesión central, hay considerable destrucción de hueso.

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

Características Radiográficas.

La destrucción central del hueso, con la 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 de tejido calcificante.

Características Histológicas.

Consiste en una gran variedad de células y tejidos, en una distribución compleja, que incluyen células epiteliales, cilíndricas, escamosas o indiferenciadas, así como ameloblastos, esmalte y matriz adamantina, dentina, osteodentina, material dentinoide y osteoide, tejido semejante al retículo entrelazado, papila dental, hueso y cemento, como también tejido conectivo estromático. Es posible hallar muchas estructuras que parecen gérmenes dentales normales o atípicos, con o sin pre-

sencia de tejidos dentales calcificados. Además una característica notable es la existencia de capas de ameloblastoma típico por lo común basocelular, folicular o plexiforme. Hay pocas figuras mitóticas aunque las tendencias proliferativas de las células epiteliales son obvias.

Tratamiento y Pronóstico.

El tratamiento del odontoma ameloblástico es controvertido, probablemente porque hay pocos casos publicados. Algunos investigadores creen que la recidiva, junto con la continua — destrucción ósea, es común después del cureteado o la enucleación conservadora y que es necesario un criterio más radical. — La resección del maxilar, si fuera posible preservando el borde inferior de la mandíbula cuando esta es la zona atacada, — reanudará seguramente, en la curación permanente. El comportamiento general de esta lesión, es el mismo que el del componente de un ameloblastoma y por lo tanto, aquí habría que aplicar la misma filosofía terapéutica que para este último.

7.- Fibroodontoma Ameloblástico.

Es un tumor odontogénico característico. Como lo indica su nombre es un tumor mixto que básicamente consiste en un fibroma ameloblástico y un odontoma. La porción del odontoma — de la lesión se desarrolla dentro del fibroma ameloblástico, — evidentemente como un proceso de maduración continuada.

Características Clínicas.

Se presenta más frecuentemente en hombres que en mujeres, la edad promedio en que se presenta es aproximadamente en la segunda década de vida. Se divide en partes iguales entre — el maxilar y la mandíbula, ésta última en zona de molares con regularidad. Tiene vinculación con un diente retenido. Por lo

general afecta al seno maxilar.

Características Radiográficas.

Es casi invariablemente una lesión circunscrita, que presenta una imagen radiolúcida expansiva, que suele contener una masa radiopaca solitaria o múltiples pequeñas opacidades que representan la porción correspondiente al odontoma. Algunas lesiones son relativamente pequeñas cuando se detectan, y no miden más de 1 a 2 cms. de diámetro, en tanto que otras llegan a ser muy grandes, y abarcan una parte considerable del cuerpo mandibular y hasta se extiende hacia la rama ascendente.

Características Histológicas.

Se compone del típico tejido tumoral descrito para el fibroma ameloblástico: cordones, prolongaciones y rosetas de células epiteliales (con frecuencia una doble hilera de células), dentro de un tejido conectivo fibroso embrionario muy celular. Hay maduración del tejido conectivo alrededor de algunas islas epiteliales, y en ciertos casos, se presenta como dentina reconocible.

Tratamiento y Pronóstico.

El fibroodontoma ameloblástico se trata por curetado pues no se observa que invada localmente el hueso. Tiene poca, si es que la hay tendencia a la recidiva y se comporta como el fibroma ameloblástico.

8.- Teratoma (Teratoblastoma; Tumor Teratoide)

Es una neoplasia verdadera compuesta de una cantidad de tipos diferentes de tejido que no son originarios de la zona en la cual se encuentra el tumor. Es preciso diferenciarlo de-

lesiones no neoplásicas que son conjuntos heterotópicos simples de varias formas de tejido, muy comunes. No se origina en tejido odontógeno, pero lo mencionaremos con los tumores de este tipo sólo a causa de lo interesante de la presencia de dientes en la lesión.

Características Clínicas.

Se origina en diversas zonas, que incluyen ovarios, testículos, mediastino anterior, zona retroperitoneal, regiones presacra y coccígea, región pineal, cabeza, cuello y víceras abdominales. Con excepción de teratomas que se originan en ovarios, testículos o mediastino, se sabe que las neoplasias están presentes en el momento del nacimiento o se descubren poco después. Por lo general, los ováricos, testiculares y mediastínicos son descubiertos en edades adultas tempranas, alrededor de los 30 años como promedio. Los tumores ováricos y mediastínicos suelen ser lesiones benignas de crecimiento relativamente lento. Los de testículos en cambio, con frecuencia son malignos.

Características Macroscópicas.

Los teratomas benignos suelen ser lesiones quísticas con engrosamientos sólidos en su pared. Es común que contengan pelos, material sebáceo y dientes reconocibles. Aunque el teratoma corriente sólo contiene unos pocos dientes, se han registrado casos en los cuales el tumor encerrada docenas y hasta varios centenares de pequeños dientes. En la forma maligna del teratoma, los dientes son raros.

Características Histológicas.

El teratoma benigno se compone de una basta variedad de diferentes tejidos, que incluyen epitelio y diversos derivados epiteliales, como pelos, glándulas sebáceas, glándulas sa-

linales y dientes, y también órganos epiteliales como el tiroi-
des y páncreas. No es común encontrar epitelio respiratorio ni
intestinal en las diversas zonas del teratoma bien diferencia-
do. Además, en algunos tumores es posible observar tejido ner-
vioso, como también cartilago y hueso. El tejido del teratoma-
maligno no suele ser tan bien diferenciado como de la forma be-
nigna.

Los dientes presentes son, con frecuencia, normales y-
se asemejan a premolares, raras veces son multiradiculares. En
ocasiones se encuentran en el alveolo y presentan un ligamento
periodontal típico, y casi siempre las estructuras adyacentes-
son normales. Es común observar infiltrado inflamatorio celu-
lar en la encía, a semejanza de la "gingivitis".

C O N C L U S I O N E S

El estudiante de odontología o el dentista graduado, - quizá no tenga un interés primario por este tipo de lesiones; - tampoco constituye éste una de sus primeras obligaciones. Pero en la actualidad el panorama se ensancha, creándose nuevas responsabilidades, a las cuáles tiene que hacer frente y resolver satisfactoriamente.

A través del desarrollo de éste trabajo, hemos podido percatarnos, del importante papel que desempeña el cirujano - dentista, puesto que de sus conocimientos y habilidad dependerá identificar una lesión de otra, y así poder dictar un diagnóstico atinado para encausar a una terapia o tratamiento adecuado en éste tipo de neoplasias, y con ésto podrá obtener un resultado brillante.

BIBLIOGRAFIA

BURKET W. LESTER . Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento.
Ed. Interamericana. Sexta Edición 1977.

CLICKMAN IRVING . Periodontología Clínica. Ed. Interamericana.
Cuarta Edición 1978.

SHAFER G. WILLIAM, MAYNARD K. HINE Y BARNET M. LEVY. Tratado de
Patología Bucal. Ed. Interamericana. Tercera
Edición 1977.