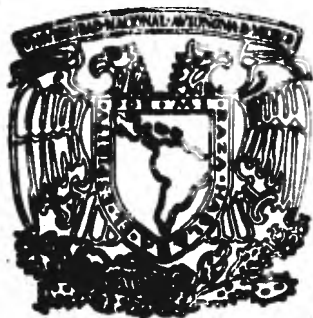


2ej. 392

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**



---

**TUMORES ODONTOGENICOS**  
**ASPECTO CLINICO, RADIOGRAFICO,**  
**HISTOPATOLOGICO Y TERAPEUTICO**

**T E S I S      P R O F E S I O N A L**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**  
**C I R U J A N O   D E N T I S T A**  
**P R E S E N T A:**

**LUZ   ELENA   GUADARRAMA   AVILA**

**MEXICO, D. F.**

**1982**



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.

## TEMARIO.

- I.- INTRODUCCION.
- II.- GENERALIDADES.
- III.- CLASIFICACION.
- IV.- ODONTOMAS.
- V.- AMELOBLASTOMAS.
- VI.- TUMORES ODONTOGENICOS MALIGNOS.
- VII.- OTROS TUMORES ODONTOGENICOS.
- VIII.- CONCLUSIONES.
- IX.- BIBLIOGRAFIA.

## I INTRODUCCION.

Las neoplasias odontogénicas son lesiones que es conveniente conocer, basicamente para poderlas diagnosticar en forma oportuna, a fin de poder suministrar a nuestros pacientes una terapia científicamente apropiada.

Dada la variabilidad de presentación de tumores - los tumores odontogénicos y en ocasiones sus problemas de - diagnóstico he querido efectuar éste trabajo basandome no - tanto en la experiencia personal, que es limitada sino en - una amplia revisión bibliográfica.

Presento a Uds. a su consideración el resultado - de ésta y sirva como una pequeña introducción al estudio y - conocimiento de los tumores odontogénicos.

## II GENERALIDADES

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

Son procesos comunes, algunos de ellos de diaria- presentación, adquieren los aspectos más distintos, las sin tomatologías más variadas, la marcha y evolución más desigua les. Pueden en regla general, encuadrarse en los tumores be nignos, aunque algunos de ellos presentan cierta gravedad - clínica como los ameloblastomas.

El término de tumores odontogénicos se usa general mente para designar un grupo de neoformaciones tisulares -- provenientes de las estructuras que originan al diente.

El adjetivo "odontógeno" parecería implicar que - estas lesiones son tumores productores de dientes, pero en - muchas ocasiones no es ese el caso. Algunos miembros de es- te grupo son neoplasmas verdaderos (neoformaciones incontro ladas), mientras otras son lesiones blastomatoideas que ge neralmente son el resultado de un desarrollo defectuoso.

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 de origen dentario presentan una se--

rie de caracteres comunes, con las variedades lógicas para cada especie tumoral. Estos caracteres comunes se refieren a la marcha, evolución, benignidad y pronóstico. Su origen remontándonos a su iniciación, es también común, o único si se quiere: el germen dentario.

Los tumores odontogénicos se inician a expensas del germen dentario total o parcial, de restos dejados por este germen en su evolución o involución, o del diente adulto, pero influido por las reliquias embriológicas que se pueden encontrar en los maxilares. Es necesario conocer a fondo la Embriología dentaria, para explicarnos la génesis de los tumores odontogénicos.

Es comprensible que muchos tumores odontógenos se encuentran en niños, dado que la mayoría de estos tumores están relacionados por su origen con la formación dental y, por lo mismo, aparecen especialmente en los periodos en que tiene lugar el desarrollo de los dientes.

Los tumores de origen dentario son usualmente de carácter quístico y contienen elementos epiteliales, son relativamente benignos y su crecimiento es lento, tiende a presentarse en los adultos jóvenes. Están relacionados en su histogénesis al órgano del esmalte, el cual está derivado del ectodermo oral. Los dientes son derivados ectodérmicos-

enclaustrados en la sustancia ósea de ambos maxilares. Estos tumores pueden producir expansiones quísticas centrales dentro de los maxilares y tienden a reicidivar si no son extirpados en forma completa.

Los tumores odontogénicos pueden aparecer en cualquier etapa de la odontogénesis y se denominan lesiones blandas si no contienen productos calcificados y lesiones duras si el cemento y la dentina forman parte de la estructura.

El aparato odontógeno está compuesto por tejido epitelial y conjuntivo, los tumores provienen de uno o de ambos tejidos. El tumor epitelial se llama ameloblastoma, y el conjuntivo, fibroma odontógeno. Si los tejidos conjuntivo y epitelial son neoplásicos, la lesión se clasifica como fibroameloblastoma. Ocasionalmente un ameloblastoma aparece junto con un hemangioma (hemangioameloblastoma) o con un odontoma (odontoameloblastoma).

En general las neoplasias que se designan como odontógenos son casi siempre benignos. Han sido comunicados algunos pocos ameloblastomas malignos, pero el equivalente maligno del fibroma odontógeno (fibrosarcoma odontógeno) es, por el momento una clasificación teórica.

Los tumores benignos de los maxilares derivados de tejido mesenquimatoso comprenden a los derivados de los-

componentes del hueso, el cartílago y otros tejidos conjuntivos como vasos sanguíneos y nervios.

Por otra parte pueden desarrollarse lesiones centrales que presentan caracteres clínicos, radiográficos e histológicos diversos, pero de origen común en el tejido fibroso y ocurren también, con pocas excepciones en otros huesos del cuerpo, sin embargo, los caracteres anatómicos y fisiológicos de los maxilares estimulan reacciones peculiares.

Los tumores malignos primarios del hueso son raros en los maxilares.

Ries Centeno relata que en el año de 1869 se agrupó a todos los tumores de origen dentario bajo la denominación de odontomas, sostiene la "teoría folicular de Broca" que todos los tumores de origen dentario son debidos a trastornos producidos sobre el germen dentario, en épocas distintas de su desarrollo, y que las diferencias que existen entre ellos, radican precisamente en esta variedad de épocas.

La primera investigación extensa de los odontomas fué realizada por Bland-Sutton, en 1887 y su trabajo constituyó la base de estudios posteriores. Mas tarde Gabell, James y Payne en 1914 emprendieron una revisión completa del-



tema y sus comprobaciones aparecen en "El Informe sobre O--  
dantomias" de la Asociación Dental Británica.

Anteriormente en el año de 1875 Vernevil se dedi-  
có con interesantes trabajos a este tópico. Insinúa en su -  
producción un esbozo de teoría paradentaria, con ciertas --  
analogías a la que mas tarde Malassez llega con brillantes-  
y bien fundadas conclusiones.

Muchos autores han atribuido a Vernevil el honor-  
de haber sido el primero en emitir la teoría paradentaria,-  
no dejando a Malassez más que el mérito de haberla demostra  
do y fundado.

Poco después aparecen nuevos investigadores que -  
aportan sus conclusiones al conocimiento de los tumores o--  
dontogénicos, sobre todo a su Etiopatogénia, ofreciendo ca-  
da uno nuevos fundamentos, completando teorías, presentando  
nuevos casos y procurando abrir un claro de luz entre las -  
teorías de Etiopatogénia de los tumores de los maxilares. A  
parece por fin, Louis Charles Malassez (1824-1909), ilustre  
médico, nacido en Nevers (Francia), cuya biografía, trazada  
por Galippe, su discípulo y amigo, constituye un capítulo -  
de enseñanza en la perseverancia de la ciencia y de la in--  
vestigación.

Malassez dedica sus afanes y desvelos a la solu--

ción de importantes problemas de histología y anatomía patológica.

Realizó valiosos trabajos de hematología, más tarde inclina sus investigaciones sobre los tumores, mostrando el origen epitelial de varios de ellos, en particular de los quistes del ovario, su obra enjundiosa e incommovible, se refiere a otra serie de capítulos de la medicina. Con su trabajo sobre el origen epitelial de los tumores, señala nuevos rumbos y sobre firmes cimientos levanta el armazón de su formidable teoría paradentaria.

De su obra sobre los restos paradentarios compendiada y publicada por Galippe Guillermo A. Ries Centeno extracta las consideraciones más importantes:

Malassez dirigió sus estudios en el sentido de encontrar el origen de las formaciones epiteliales y emprendió su labor, no solamente en preparados de fetos como habían hecho Legros y Magitot, sino en maxilares de niños, en el momento de la segunda dentición y en maxilares de adultos con el objeto de comprobar si en estos últimos pudieron hallarse algunos vestigios de masas epiteliales, origen presunto de las tumoraciones de los maxilares.

Después de laboriosas búsquedas, Malassez encontró alrededor y en las vecindades de los órganos dentarios,

masas epiteliales que, aún cuando no presentaban características histológicas, bien marcadas, no perdieron, en su espíritu de observador, el interés que realmente tiene.

A estos restos epiteliales les dió el nombre de restos epiteliales paradentarios, restos paradentarios o parodontarium, los cuales bajo la influencia de ciertas irritaciones, pueden proliferar y diferenciarse, fundado Malassez su teoría de la Etiopatogenia de los tumores de los maxilares, en estos restos. Malassez presenta a la "Societe de Biologia" en 1874 sus teorías iniciales y los primeros frutos de sus investigaciones y en 1885 en "Archives de Physiologie" publica los fundamentos de sus trabajos que resultan la sólida base para explicar la producción de todas las tumoraciones de los maxilares.

La Societe de Biologie es más tarde la tribuna donde Malassez y Magitot debaten sus respectivas teorías. Este último defendiendo calurosamente la teoría folicular de Broca.

Desde un punto de vista panorámico, todos los tumores odontogénicos tienen numerosas analogías, "no siendo más que formas antómicas muy poco diferenciadas dependiendo de un proceso patológico idéntico". Por tanto, tumores que parecerían a simple vista tan distintos y antagónicos, como

los ameloblastomas y odontomas, por ejemplo, no son más que "dos períodos de la evolución de los tumores mixtos de origen dentario o paradentario.

Krestchmer H. sostiene que Gusak, en 1826, fué -- quien citó el primer caso de estos tumores, y que Blumm, en 1901, propuso la denominación de adamantinoma, la cual tuvo aceptación definitiva por Hasse, en 1913.

A Fauchard (Le Chirugian Dentist, 1728), Tomes -- (1773), Morelot (1778) y Jourdain (1778) se les atribuyen -- las más antiguas descripciones conocidas acerca de estos tu -- mores ya mencionados por Scultet, en su obra Armentarium Chi -- rugican publicada en el año de 1654.

En el año de 1894 Massin (Arch, F. Path. Anat" -- 328) cita un caso de adamantinoma en un recién nacido. Pro -- cesos semejantes son mencionados por Ipsen y Wolk.

Vernevil (1875), bajo el título de Tumeur congeni -- ta le polycystique, describe un caso de un niño nacido muer -- to el tumor estaba adherido al maxilar inferior por un del -- gado pedículo. Euler cree que más bien se trata de un caso -- de epignacia.

### III CLASIFICACION.

Dentro de las innumerables clasificaciones que podemos encontrar, la de G. Shklar e Irving Meyer, distinguidos estomatólogos de Boston, es una de las mas simples, comprensibles y concretas.

Ellos clasifican este importante capítulo de la Patología estomatológica en: TUMORES ODONTOGENICOS BENIGNOS:

#### A).- ODONTOMAS.

##### 1.- SIMPLES.

- a) Esmalte (Adamantinoma, perlas del esmalte).
- b) Dentinoma.
- c) Fibromixoma Odontogénico.
- d) Fibroma Ameloblástico.
- e) Cementoma (Displasia Fibrosa Periapical).

##### 2.- COMPUESTOS.

- a) Odontoma Compuesto Complejo.
- b) Odontoma Compuesto Combinado.

#### B).- AMELOBLASTOMAS.

- 1.- Quistique Simple.

- 2.- Acantomatoso.
- 3.- Adenoameloblastoma. (Tumor Ameloblástico Adenomatoides).
- 4.- Plexiforme.
- 5.- Ameloblastoma Vascular. (Hemangio Ameloblastoma).
- 6.- Melanoameloblastoma. (Ameloblastoma Melanótico, Progonoma Melanótico).

**TUMORES ODONTOGENICOS MALIGNOS:**

- a) Sarcoma Ameloblástico.
- b) Carcinoma y Ameloblastoma.
- c) Carcinoma con características Adamantinas.

A esta clasificación le hemos hecho una pequeña modificación agregando lo que se ha dado en llamar Tumores Odontogénicos Raros o Exóticos como el Ameloblastoma Granular, - que es una variante de ameloblastoma que microscópicamente - muestra numerosas células eosinófilas granulares y el tumor-epitelial calcificante de Pindborg.

#### IV.- ODONTOMAS

El odontoma es una neoplasia benigna compuesta de estructuras dentarias, es decir, esmalte, dentina, pulpa y cemento. Por ello es verdadero tumor mixto ya que su contenido es de origen tanto epitelial como mesenquimatoso.

Es más frecuente en la mandíbula y más en las regiones posteriores que en las anteriores. El odontoma aparece durante la infancia y se suele descubrir antes de la edad adulta. Sin embargo, los tumores más pequeños pueden permanecer ocultos hasta que se descubre casualmente durante una exploración radiográfica habitual.

**CARACTERISTICAS CLINICAS.** - Depende del tamaño y de la localización del tumor. El odontoma relativamente pequeño situado en el interior del cuerpo del maxilar no da ninguna sintomatología clínica ni subjetiva. Por otra parte, los odontomas de tamaño mayor se descubren clínicamente, pero su aspecto no se puede distinguir del de la mayoría de tipos de las neoplasias benignas centrales; se presentan como abultamientos o tumoraciones de superficie lisa, bien delimitados, de dureza ósea y asintomáticos, en la mandíbula o en el maxilar, lo cual hace pensar también en un osteoma en una displasia fibrosa, o en un fibroma osificante, mu

chas veces hay desplazamiento de los dientes contiguos de sus posiciones normales, pero este dato es también frecuente en los demás tipos de tumores centrales. A veces, la falta de un diente permanente en la mitad de la tumoración puede hacer pensar en un odontoma, ya que algunas de estas neoplasias se desarrollan a partir de un diente definitivo y se lo incorporan.

Cuando el enfermo conoce la existencia de la masa, la historia clínica hace pensar también en un tumor benigno central, es decir, en una tumoración de crecimiento lento que tuvo su comienzo en la infancia o hacia la edad de diez años.

**CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.** - Aunque los datos radiográficos son característicos y diagnósticos, son muy variables. El odontoma mixto (el tipo más frecuente) se observa como una masa radiopaca densa de tamaño variable (desde unos pocos milímetros hasta varios centímetros) y de forma diversa (aunque la mayoría tienen una forma redondeada).

De gran importancia diagnóstica es el hecho de que la radiopacidad total se compone de múltiples y numerosas formaciones radiopacas individuales que forman una masa muy agrupada. Las estructuras anatómicas se identi



can fácilmente como dientes o como formaciones muy parecidas a los dientes. Los dientes afectados son de pequeño tamaño, deformados y se pueden identificar aún el esmalte, la dentina y la pulpa. Las raíces suelen reconocerse a -- pesar de su acortamiento, de su encorvamiento, e incluso -- de sus ápices abiertos, aunque a veces no pueden identificarse, quedando ocultas a la vista por la superposición de coronas más densas.

A veces se observa un diente definitivo bien formado, de aspecto normal, en estrecho contacto al odontoma. En algunos casos, la corona del diente definitivo que no ha brotado, o incluso todo el diente se ha incorporado al odontoma. Los límites periféricos del odontoma pueden estar muy bien delimitados por una línea radiotransparente -- que los circunda, por fuera de la cual hay una estrecha línea radiopaca. Sin embargo, en otros casos los límites periféricos de un tumor de forma irregular pueden ser difícilmente identificados, fundiéndose gradualmente el tumor radiopaco en el hueso normal que lo rodea.

A veces, el odontoma parece estar situado dentro de los límites de una zona radiotransparente que, a su vez se extiende por encima y rodea la corona de un diente definitivo bien formado que no ha brotado, un odontoma dentro-

de un quiste dentado; a los tumores de este tipo se les conoce a veces como odontomas quísticos o quistes odontodentados. En estos casos debería considerarse como un odontoma meloblastoma (odontoma ameloblástico).

**ESMALTOMA**

Estructura pequeña esférica y blanca, semejante - a una gota por lo que se denomina "Perlas del Esmalte".

**CARACTERISTICAS CLINICAS.**- Puede encontrarse como una estructura libre en la membrana parodontal o puede estar unida a la superficie del esmalte del diente, frecuentemente en la bifurcación y trifurcación radicular. Es una lesión rara y de escasa importancia clínica. No es de observación frecuente. Solo ha sido descrita en molares.

**CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.**- Radiográficamente, la lesión es pequeña y densamente radiopaca.

**CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.**- Se presenta como un pequeño glóbulo de esmalte que se origina en un grupo de ameloblastos desplazados.

**TRATAMIENTO.**- No requiere tratamiento.

## DENTINOMA.

Este es un tumor odontógeno muy raro, integrado por tejido conectivo inmaduro, epitelio odontógeno y dentina irregular o displásica.

**CARACTERISTICAS CLINICAS.** - 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 promedio registrada por Pindborg en casos revisados era de 26 años. No hay predilección evidente por el sexo. La mayoría de los pacientes notaban una hinchazón durante un periodo variable de tiempo; dolor, perforación de la mucosa y la consiguiente infección también han sido molestias con las que se presentaba el paciente.

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

**CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.** - Los hallazgos radiográficos no son específicos pero por lo general hay una zona radiolúcida en el hueso, que contiene una gran masa solitaria 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 solo está mal calcificada, de manera que no hay opacidad en la imagen radiolúcida.

**CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.** - 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 dentinales reconocibles.

La presencia de esmalte o de matriz adamantina en torpece el diagnóstico de dentinoma, porque según la definición, una masa irregular de esmalte y dentina debe ser designada como odontoma compuesto complejo.

Se halló que la presencia de epitelio odontógeno-indiferenciado era bastante característica. Esto no sorprende, puesto que está bien establecido que para la diferenciación de los odontoblastos es necesario el epitelio odontogénico. El rasgo desusado es la falta de formación de esmalte, puesto que está igualmente bien establecido que la formación del esmalte es inducida por el depósito de denti-

na y se realiza una vez empezado este. Contrario a algunos puntos de vista, el dentinoma debe ser considerado como tumor odontógeno de origen mesenquimatoso puesto que el tejido proliferativo o neoplásico es de origen mesodérmico, si bien el elemento epitelial es un elemento inductivo reconocido sin el cual probablemente el dentinoma no se desarrollaría. El cuadro general del epitelio y tejido conectivo-odontógenos primitivos es similar al del fibroma ameloblástico. A veces, el componente epitelial prolifera de manera neoplásica, junto con la porción conectiva de la lesión y comienza a formarse dentina displásica; e estos casos, se ha aplicado el término "fibrodentinoma ameloblástico".

**TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.** - El tratamiento del dentinoma es la excisión quirúrgica con un cureteado minucioso 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 recidiva de este tumor.

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

#### **CEMENTOMA.**

También llamada displasia cementaria periapical,-

es una lesión bastante común, pero sigue siendo un enigma -- para los investigadores que intentaron explicar su naturaleza. Algunos se adhieren a la teoría que atribuye su origen en el tejido odontógeno, el cemento, en tanto que otros -- creen que constituye nada más que una reacción desusada del hueso periapical. No se concidera una neoplasia en el sentido corriente de la palabra.

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

En un estudio, Zegarelli y Ziskin consideraron -- cuidadosamente las historias médicas y odontológicas de pacientes afectados, pero no pudieron llegar a conclusiones -- sobre la etiología. Es imposible relacionar la lesión con un traumatismo o una infección obvia del diente, antecedentes de sífilis o trastorno hormonal.

La verdadera naturaleza de esta afección, pese a -- que es relativamente común, es hoy tan obscura como hace 40 años tras uno de los primeros estudios amplios de la lesión realizada por Stafne.

**CARACTERISTICAS CLINICAS.** - En la literatura se han -- hecho conocer varias series de casos, y esto proporcionó -- considerable información sobre las características clínicas

de la lesión. En casi todas las series, las pacientes estaban afectadas con mayor frecuencia que los varones. En algunas, las lesiones se daban predominantemente, casi con exclusividad, en negros.

Las lesiones se originan en el ligamento periodontal, o cerca de él, alrededor del ápice dental, por lo común en incisivos inferiores. Muchos casos presentaban en realidad lesiones múltiples; los cementomas afectaban los ápices de varios dientes anteriores o premolares inferiores.

El maxilar es una localización rara de este tumor. Pocas son las veces en que hay alguna manifestación clínica.

**CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.** - En muchos casos se descubre accidentalmente durante el exámen radiográfico-intrabucal de rutina, puesto que la lesión es, casi invariablemente, asintomática. Algunas lesiones localizadas cerca del agujero mentoniano aparecen invadiendo el nervio mentoniano y producen dolor, parestesia y hasta anestesia. Es dudoso si en realidad esto es causa y efecto. La displasia cementaria periapical tiene un patrón definido en su historia natural, y por esta razón puede presentar un cuadro radiográfico variado, según la fase en el momento del descubrimiento.



La fase mas 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 OSTEOLITICA. Como hay pérdida de substancia ósea y reemplaza por tejido conectivo, la lesión aparece radiolúcida en las radiografías. Tiene, pues, mucha similitud con lesiones periapicales como el granuloma o el quiste originado como producto de la muerte pulpar por infección o trauma. Que no haya duda que son muchos los dientes extraídos innecesariamente porque el odontólogo no ha sabido reconocer la naturaleza no infecciosa de la lesión. Salvo que por coincidencia estén afectados por caries o trauma, -- los dientes con displasia cementaria periapical tienen todavía vitalidad.

La segunda fase del desarrollo de esta lesión es -- el comienzo de la calcificación en la zona radiolúcida de -- fibrosis. Esto ha sido descrito como una mayor actividad -- cementoblástica con depósito de espículas de cemento o cementículos, y ha sido denominada FASE CEMENTOBLASTICA. El estímulo para la formación de este material calcificado no ha podido ser determinado.

La tercera fase de esta historia natural de la lesión es la denominada FASE MADURA, en la cual se deposita --

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. De manera que puede haber una considerable similitud radiográfica entre la fase madura de la displasia cementaria periapical y la llamada osteítis condensante u osteomielitis esclerosante focal crónica, una reacción periapical del hueso, generalmente como una respuesta a la infección.

**TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.**- El tratamiento de esta lesión consiste simplemente en el reconocimiento y la observación periódica, puesto que es inocua. 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.

#### **FIBROMIXOMA ODONTOGENICO.**

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.

La lesión ha sido estudiada por THOMA y GOLDMAN, quienes presentaron once casos, y recientemente analizadas por Gorlin, quien revisó 34 casos. Se carece de pruebas ab

solutas sobre el origen en el aparato odontógeno pero parece lo mas probable debido a la frecuencia de esta lesión en maxilares y la ausencia casi total en cualquier otro hueso del esqueleto.

**CARACTERISTICAS CLINICAS.**- El fibromixoma odontógeno llamado también mixoma odontógeno se produce con mayor frecuencia en la segunda o tercera década de la vida, correspondiéndose así con la distribución cronológica del ameloblastoma. Raras veces aparece antes de los 10- y después de los 50 años. No hay predilección especial por el sexo, en la frecuencia de este tumor, pero si un leve en la mandíbula.

El mixoma odontógeno es una lesión central de los maxilares que expande hueso y puede destruir la corteza.

Es de crecimiento lento, y el dolor puede o no ser una característica.

**CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.**- En algunos casos, la radiografía revela un aspecto moteado o en panal de abeja del hueso, mientras que en otros aparece una imagen radiolúcida destructiva expansiva, que a veces tiene estructura múltilocular.

El desplazamiento de dientes por la masa tumo--

ral 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.

**CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.** - El mixoma se compone de células fusiformes y estrelladas dispuestas en forma laxa, muchas de las cuales poseen largas prolongaciones fibrilares que tienden a entremezclarse. El tejido laxo no es muy celular, y esas células no presentan evidencias de actividad significativa (pleomorfismo, nucleólos prominentes o figuras mitóticas). La substancia intercelular es mucoide. El tumor está intercalado con una cantidad -- variable de minúsculos capilares, y algunas bandas de colágenos. Algunas veces se encuentran nidos de epitelio odontógeno.

**TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.** - El tratamiento de los mixomas odontogenos es la excisión quirúrgica, seguida de la cauterización. Las lesiones extensas 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 odontógeno, pero es muy raro.

#### FIBROMA AMELOBLASTICO.

El fibroma ameloblástico es una neoplasia relativamente de origen 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.

**CARACTERISTICAS CLINICAS.** - El fibroma ameloblástico, que se origina con mayor frecuencia en la zona de molares inferiores, es de localización similar a la del ameloblastoma simple. Sin embargo, hay considerable diferencia en el grupo cronológico comúnmente más afectado.

Mientras que el ameloblastoma simple se da, en forma típica, en personas de edad mediana, y la edad promedio del paciente en el momento del descubrimiento es de unos 33 años, según Small y Waldron, el fibroma ameloblástico se presenta en personas mucho más jóvenes. En una revisión de casos publicados, Gorlin encontró que la edad promedio de pacientes con fibroma ameloblástico era de 14 años. Asimismo

mo, estableció que no había predilección de sexo.

Este tumor presenta un crecimiento clínico 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 examen radiográfico. El dolor o la hinchazón leve del maxilar induce al paciente a buscar atención odontológica.

**CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.** - No se hallan diferencias significativas regulares entre el aspecto del ameloblastoma simple y el fibroma ameloblástico. Este último se manifiesta como una lesión radiolúcida, unilocular o a veces multilocular, de límites más bien lisos y que puede o no producir un abultamiento evidente del hueso.

**CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.** - El aspecto microscópico de esta neoplasia odontógena 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 odontógeno primitivo. La

actividad mitótica no es común. Como las células se disponen en cordones, no es frecuente ver tejido semejante al retículo estrellado. Sin embargo, en algunos casos se observan "aberturas" con retículo estrellado. La similitud con la lámina dental es mucho más marcada en esta lesión que en el ameloblastoma simple.

El componente mesenquimatoso está compuesto de 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 yuxtapitelial de las zonas de tejido conectivo.

Hay veces que este llega a asemejarse a la dentina displásica. Los estudios con microscopio electrónico -- han sugerido que esta aparente hialinización podría, en realidad, ser una lámina basal exuberante.

Algunos investigadores dijeron que el fibroma ameloblástico nada más en su odontoma complejo inmaduro y que si se dejara el tumor como está, por último se transformaría en un odontoma. Sin embargo, Eversole y Col., en un estudio de la histogénesis de los tumores odontógenos, han -- propuesto que estos dependen única y totalmente de la presencia de factores de diferenciación que son elaborados o --

no por un determinado tumor. Así, concluyeron que son pocas las probabilidades de que los fenómenos de diferenciación en secuencia resulten en la transformación de una entidad inmadura en una altamente diferenciada (como el odontoma complejo).

**TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.** - 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 COMPUESTO COMBINADO.

El odontoma compuesto difiere del odontoma complejo porque tiene un grado elevado de morfodiferenciación e histodiferenciación. Sin embargo la morfodiferenciación -- puede diferir considerablemente de un caso a otro y quizá -- resulte difícil decidir si se trata de un odontoma complejo o compuesto. La literatura abunda en combinaciones de ambos tumores.

El tumor se llama compuesto cuando las estructuras calcificadas exhiben suficiente semejanza anatómica con los dientes normales, aunque los dientes sean pequeños y deformados.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Por lo menos el 60% se diagnostican en la segunda y tercera década. Al contrario del tipo complejo la gran mayoría de odontomas compuestos -- ocurren en la región incisivocanina del maxilar superior.

El tumor es pequeño y no maligno.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- Suele diagnosticarse durante un examen radiográfico dental corriente, donde su aspecto es muchas veces bastante característico, consistiendo en una masa de pequeñas estructuras, parecidas a los dientes, rodeadas por una estrecha banda radiotransparen

te.

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.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Microscópicamente, exhiben un orden normal del tejido dental. Algunos tumores tienen hasta sólo tres o cuatro dientes mantenidos juntos -- dentro de una cápsula de tejido conjuntivo.

TRATAMIENTO.- No hay recidiva después de su exéresis quirúrgica conservadora.

#### ODONTOMA COMPLEJO.

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 estado de inducción.

Al contrario del odontoma compuesto, la morfodiferenciación en el tipo complejo es escasa y, por lo tanto -- hay poca semejanza con la forma del diente normal.

El odontoma complejo parece ser menos frecuente -- que el odontoma compuesto. No parece haber frecuencia se--

xual.

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

CARACTERISTICAS CLINICAS.- El odontoma complejo no es maligno y suele permanecer bastante pequeño, aunque algunas veces es gigante. Por lo menos el 70% ocurren en la región del segundo y tercer molar y son algo mas frecuentes en el maxilar inferior.

Algunas veces estan asociados con el desarrollo de un quiste dentífero. Suelen ser asintómaticos y se detectan en exámenes radiográficos dentales corrientes.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- Aparecen como radiopacidades irregulares rodeadas por una estrecha banda radiotransparente.

Con bastante frecuencia el odontoma complejo está asociado con un diente sin salir.

La intensidad de la morfodiferenciación varía mucho. En algunos casos hay formación de tejido dentales de forma irregular que se parece poco al orden del tejido dental normal. En otras; hay poca diferencia con el diente normal y han sido llamados odontoma dilatado.

La mayoría son intermedios entre estos dos extremos de desarrollo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Microscopicamente, la histodiferenciación esta bien desarrollada. Se observa esmalte, matriz de esmalte, dentina, dentinoide, tejido pulpar y cemento que presentan entre si una relación variable.

El tumor está muchas veces rodeado por una cápsula de tejido conjuntivo.

Un exámen cuidadoso de esta lesiones (por ejemplo mediante cortes multiples del mismo tumor) revela frecuentemente zonas 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).

TRATAMIENTO.- La cirugía conservadora da una curación completa.

## V AMELOBLASTOMAS

En los Estados Unidos; los tumores odontogénicos comprenden alrededor del 9% de los tumores de la cavidad bucal y cerca del 2.4% de todas las biopsias realizadas en el consultorio.

En algunas partes de Africa, empero, uno de -- los tumores odontogénicos, el Ameloblastoma por sí solo, -- constituye más del 25% de los tumores de los maxilares. -- Así pues, la incidencia de este grupo de lesiones varía -- con la distribución geográfica.

Los tumores odontogénicos son neoplasias que provienen de la lámina dentaria o cualquiera de sus derivados. Además de su origen, tienen en común otras características:

1.- Todos son benignos. Algunos, como el AMELOBLASTOMA pueden ser localmente agresivos y recidivar repetidas veces, pero ninguno produce metástasis.

2.- Con pocas excepciones, aparecen en los maxilares.

3.- Todos crecen lentamente.

EL AMELOBLASTOMA.- Es el más agresivo de los tumores odontogénicos de los maxilares y comprende cerca del 18% de esas lesiones, como todos los tumores de ese grupo-

se origina a partir de la lámina dentaria o sus derivados - (órgano del esmalte, restos epiteliales o quistes foliculares).

Por consiguiente, se compone exclusivamente de -- epitelio.

Por lo común aparece entre los 20 y los 50 años, - con una edad promedio alrededor de los 39. Cerca del 80% - se presenta en la mandíbula y el resto en el maxilar. En - ambos, la gran mayoría (80%) se localiza en la zona molar - y un pequeño porcentaje (10%) en la zona premolar. Solo pocas veces se ve afectada la porción anterior de los huesos.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Los tumores son de crecimiento lento, y su duración media antes del tratamiento - es de cinco a ocho años. Clínicamente el lugar afectado -- puede aparecer normal, o puede estar agrandado y mostrar -- desplazamiento y maloclusión de los dientes regionales. La mucosa de la masa tumoral es normal. Las lesiones son indoloras. Cerca del 26% al 30% se originan en quistes foliculares preexistentes, y alrededor del 5% al 6% de los quistes foliculares muestran proliferación ameloblástica.

Las recurrencias son comunes (aproximadamente un- 33%); sin embargo este probablemente sea consecuencia de -- una extirpación incompleta.

**CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.-** Las radiografías muestran de manifiesto una zona radioclúida que pueden ser -- uniuísticas (de un solo quiste) o multiuísticas.

La presencia de tabiques óseos que pueden exten-- derse hacia el interior de la zona radiolúida comunican a-- ésta un aspecto de pompas de jabón. Las radiografías oclu-- sales pueden revelar expansión y deformidad de las tablas,-- pero éstas pocas veces se destruyen. El tumor pueden aso-- ciarse con un diente retenido y parecer como una radiolucencia alrededor de la corona retenida.

**CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-** Microscópicamente, el ameloblatoma es exclusivamente un tumor epitelial. El - epitelio forma hojas, islotes y cordones cuya capa periférica está constituida por células cilíndricas y cuboideas -- que se parecen ameloblastos, en tanto que la masa central - habitualmente consiste en células estrelladas que se aseme-- jan al reticulo estrellado del órgano del esmalte.

Este es el cuadro microscópico y clásico y usual; no obstante, pueden observarse variaciones. El estroma del tumor se compone de tejido conectivo fibroso, y el tumor no está encapsulado. Islotes y racimos tumorales infiltran -- los espacios medulares mucho más allá de la masa tumoral -- principal. Por tanto, en realidad el tumor es más extenso-

de lo que indica su sombra radiográfica y requiere una escisión o raspaje más amplio de lo que parecía ser necesario - a juzgar por las radiografías.

**TRATAMIENTO.** - La resección quirúrgica del tumor - es el tratamiento de elección.

#### **AMELOBLASTOMA MURAL.**

El ameloblastoma se puede originar en la pared de un quiste dentígero, en cuyo caso se denomina ameloblastoma mural.

Su tratamiento es la enucleación total.

#### **AMELOBLASTOMA SIMPLE.**

El ameloblastoma simple es el tipo histológico -- mas frecuente. Se ve mucho más en personas de unos treinta- o cuarenta años, siendo lo normal que se descubra hacia los 33 años.

Los varones y las hembras se afectan por igual y- no parece que tenga predilección por una raza determinada.

**CARACTERISTICAS CLINICAS.** - El 85% se encuentra en la mandíbula y el 70% de ellos se desarrolla en la zona de- los molares. La mitad de los ameloblastomas que se desarre- llan en la maxila se localizan también en la zona molar y - un gran número de ellos afectan al seno maxilar y al suelo-



de la nariz. Es raro encontrar al ameloblastoma simple por delante de la zona premolar.

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. En estos casos puede que el tumor se descubra sólo después de estudiar muchos cortes del quiste.

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 doloroso del hueso afectado. La exploración de la boca mostrara una masa dura osea, 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 mas importantes. El enfermo presenta asimetría importante, a veces dolorosa, de los maxilares y relata una hig

toria 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 osea, dependiendo de la cantidad de degeneración quística de su interior. Los dientes contiguos suelen estar mal colocados y móviles, pero generalmente conservan la vitalidad. En aquellos enfermos en los que el canal mandibular se ha invalidado, puede haber parestesias del labio, y los dientes del cuadrante afectado responderán negativamente a los test de vitalidad de la pulpa.

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

**CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.** - Las características radiográficas del ameloblastoma simple son muy variables, dependiendo de la duración, localización y extensión de la degeneración quística que haya ocurrido en el interior de la masa tumoral. La mayoría de tumores quísticos-

crecen de una forma mas amplia y mas expansiva; pueden ser uniloculares o multiloculares. La lesión unilocular se ve como una radiotransparencia de tamaño variable, redonda u ovalada, central.

La zona lítica suele ser homogénea, tiene un borde periferico bien definido pero suele carecer de margen hiperostótico.

**CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.** - El diagnóstico definitivo depende de la exploración microscópica de una muestra de tejido. La biopsia de las zonas císticas puede desorientar al anatomopatólogo, por lo que se debe intentar obtener dos o mas muestras, por lo menos una de las cuales ha de ser de las partes mas solididad del tumor.

En el diagnóstico diferencial deben tenerse en cuenta los sarcomas primitivos oseos, las metástasis neoplásicas y el granuloma reparador de células gigantes.

**TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.** - 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 mas allá de la dimensión radiográfica del tumor.

Deben remitirse los tejidos de los bordes de resección para practicar la exploración microscopica. Muy a me

nudo se alcanza el éxito en la primera intervención quirúrgica, por lo que la extirpación debe comprender todo el tejido posible, incluso a expensas de la cortical osea inferior de la mandíbula, que puede sustituirse mediante un injerto.

#### AMELOBLASTOMA ACANTOMATOSO.

El ameloblastoma acantomatoso es idéntico al ameloblastoma en todo sentido, excepto en su aspecto microscópico.

Una parte o la totalidad del tumor consiste en is lotes epiteliales compuestos de células escamosas. Estas pueden estar queratinizadas y parecerse a los de un carcinoma de células escamosas. Parte del tumor puede mostrar las características células ameloblastoides y otras que semejan un retículo estrellado.

En una época el ameloblastoma acantomatoso fue -- considerado aparte de otros ameloblastomas, en la creencia de que representaba una variedad más agresiva o maligna.

Sin embargo, esa suposición es incorrecta y, con excepción de las características microscópicas recientemente descritas, la lesión es idéntica al ameloblastoma.

### TUMOR ODONTOGENICO ADENOMATOIDE.

Desde que se registraron los primeros casos de tumor odontogénico adenomatoide ( tumor adenomatoide ameloblástico ), probablemente por Dreibradt y Harbitz han sido comunicados por lo menos 100 casos. Es posible que James y Forbes registran un caso anterior en una niña de 4 años y medio de edad. Estos se han publicado con nombre diversos; adenoameloblastoma, odontoma compuesto complejo quístico, tumor del epitelio del órgano del esmalte, ameloblastoma glándular y tumor adenomatoide odontogenico; la denominación más común es la de adenoameloblastoma. Este último término parece haber sido una elección desafortunada porque sugiere que el tumor es una variante de ameloblastoma.

Sin embargo, el comportamiento clínico del tumor contradice una posible relación

Philipsen y Birne defendieron de forma convincente el uso del nombre de tumor odontogénico adenomatoide que nosotros aceptemos enteramente.

Bhaskar ha demostrado por medio de secciones seriadas que no hay verdaderos túbulos.

Aunque este tumor lo describieron James y Forbes, Harbitz, Whol, Glosch, Darlington y Lefkowitz y Ch'ini en los estudios de tumores odontogénicos de sus lecciones,

Stafne fue el primero en reconocerlo como entidad.

El análisis de 100 casos revela que el tumor es algo más frecuente en hembras que en varones y que ocurren durante la segunda década de la vida.

El paciente más joven tenía 4 años de edad y el más viejo 43 años. Sin embargo, más del 90% de los individuos afectados tenían de 12 a 30, años al ser descubierto el tumor.

**CARACTERISTICAS CLINICAS.** - En el maxilar la zona de los caninos constituyen la localización preferida. La mayoría de los adenoameloblastomas se asocian con dientes retenidos y, por eso en las radiografías se confunden a menudo con quistes dentígeros.

**CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.** - El tumor puede ser asintomático o producir un agrandamiento en la zona. Las radiografías ponen de manifiesto habitualmente una zona radiolúcida circunscrita asociada muchas veces con un diente retenido. En algunos casos la radiolucencia puede mostrar pequeños focos radiopacos.

Si el tumor es grande, las tablas del hueso afectado pueden estar levemente dilatadas, sin embargo esto no es la regla.

**CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.** - A diferencia de otros ameloblastomas, el adenoameloblastoma puede estar encapsulado. - El tumor se compone de estructuras semejantes a conductos, - revestidas de epitelio cilíndrico y cuboideo.

Los espacios entre los conductos están llenos de células epiteliales dispuestas de manera dispersa. Algunas lesiones pueden mostrar focos microscópicos de calcificación.

Debido a la encapsulación, los espacios medulares que circundan la lesión están libres del tumor. La mayoría de los tumores están asociados con dientes retenidos o masas irregulares de una sustancia calcificada. En muchos casos se presentan como una lesión parcialmente quística, - y se cree que la mayoría de los ameloblastomas adenoameloblastomas, si no todos, proceden del revestimiento epitelial de quistes foliculares.

**TRATAMIENTO.** - El tratamiento del adenoameloblastoma consiste en raspaje local, luego del cual no hay recurrencia.

Por tanto la lesión es mucho menos agresiva que los ameloblastomas.

**TUMOR NEUROECTODERMICO****MELANOTICO DE LA INFANCIA.**

También llamado Melanoameloblastoma, comprende - cerca del 0.7% de los tumores odontogénicos de los maxilares.

Se lo conoce por muchos nombres ( tumor de origen embrionario retiniano, tumor de origen embrionario, progona y ameloblastoma pigmentado ), cada uno de los cuales se refiere a una teoría diferente acerca del origen. Las opiniones más aceptadas son tres: que el tumor tiene origen en el neuroectodermo, en el tejido precursor de la retina o que es de origen odontogénico.

El ameloblastoma pigmentado o melanótico es un tumor raro; los casos mencionados en la literatura son menos de treinta. Se trata de un tumor benigno que se presenta durante el primer año de vida, generalmente durante los primeros seis meses, y es más frecuente en las niñas que en los niños. La lesión aparece habitualmente ( mas del 80% de los casos en la maxilar ), sobre todo en su porción anterior. También se ha informado acerca de lesiones en otras zonas fuera de los maxilares.

**CARACTERISTICAS CLINICAS.** - Debido al reducido tamaño del maxilar en los primeros meses de vida el tumor --



causa la impresión equivocada de ser bastante extenso.

Se presenta como una tumoración de crecimiento relativamente rápido en la parte anterior del maxilar ( pero puede localizarse en cualquier otro lugar de ambos maxilares ) que levanta el labio superior del niño y le dificulta la succión, la mucosa suprayacente puede estar intacta.

Por todo lo demás, el niño parece sano y normal.

**CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.** - Las radiografías revelan zonas radiolúcidas y desplazamiento de los dientes en desarrollo.

**CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.** - Las características microscópicas del melanoameloblastoma tienen valor diagnóstico. El tumor se compone de dos tipos de células epiteliales reunidas en islotes separados por haces densos de tejido conectivo uno de los tipos es una célula cuboidea con abundante citoplasma que contiene gránulos pardos de melani na. El otro tipo de célula consiste en un núcleo redondo, - intensamente basófilo, y escaso citoplasma. Los islotes -- tumorales pueden estar integrados por un tipo o ambos tipos de células. No hay mitosis ni pleomorfismo.

**TRATAMIENTO.** - El melanoameloblastoma no produce - metástasis. Es un tumor benigno que debería ser tratado en la forma más conservadora. El raspaje es la terapia de elección.

## VI.- TUMORES ODONTOGENICOS MALIGNOS.

Los métodos utilizados por el médico para diagnosticar enfermedades desconocidas se emplean también en la -- identificación de enfermedades precancerosas.

Hay ocasiones en las que el cáncer se encuentra -- tan avanzado que las características de la enfermedad se reconocen fácilmente mediante la vista y el tacto. Por ello, -- el médico puede establecer el llamado diagnóstico clínico -- con grandes probabilidades de exactitud. Sin embargo, hay -- otros casos, cuando la lesión es pequeña y los caracteres -- del cáncer son mínimos, en los que no se puede reconocer, -- por lo menos hasta el punto de realizar un diagnóstico clínico.

En estos casos, la historia y sobre todo la biopsia ayudan a establecer el diagnóstico.

Pero, tanto si la lesión es grande, como de tamaño moderado, o pequeña, el diagnóstico final y definitivo de si es o no una neoplasia maligna depende de la obtención de datos histológicos positivos. Por ello es necesario en todos los casos, el diagnóstico de laboratorio.

La neoplasia maligna de la boca no se caracteriza-

desgraciadamente por su aspecto clínico único y específico; puede presentar cualquiera de varias formas clínicas. Se comprende fácilmente cuando se consideran las causas de estas variaciones:

a) Evidentemente, su aspecto dependerá del tiempo de duración de la lesión; por lo que una lesión de 12 meses o más de antigüedad es de esperar que sea muy distinta a una lesión de origen reciente (es decir, varias semanas).

b) Su aspecto será acorde a la localización original del cáncer; en otras palabras, una lesión cancerosa que se desarrolla a partir de la mucosa bucal será diferente a una que se desarrolla en los tejidos gingivales o del paladar; la blandura y fácil compresión de los tejidos de la mucosa bucal comparados con los del paladar que son delgados y rígidos, influyen por lo menos en algún grado, en el aspecto del proceso canceroso que afecte cada una de estas zonas.

c) El tipo celular influirá también en el aspecto clínico; así, un carcinoma tendrá un aspecto algo distinto del de un sarcoma y será muy diferente de un melanoma.

d) El estado de diferenciación de las células malignas puede contribuir a las variaciones de su cuadro clínico.

e) Los efectos de los procesos patológicos superpuestos son muy importantes en la determinación del aspecto clínico; por ejemplo, ya que el 90% de todos los cánceres de la boca crecen a partir del epitelio escamoso que recubre la cavidad oral, debido a la naturaleza del proceso patológico la masa tumoral hará protrusión., por lo menos en un grado mínimo, en la cavidad oral por lo que podrá ser -- afectado por las irritaciones y episodios traumáticos que son tan frecuentes en la boca; en este último caso puede haber inflamación, la zona del tumor puede infectarse secundariamente, dando lugar tal vez a ulceración e incluso puede haber necrosis del tejido todo lo cual contribuye a variar el aspecto clínico del cáncer de boca.

Los tumores odontogénicos malignos, figuran entre las neoplasias mas raras de las arcadas. En años pasados, se ha confundido y se ha tenido el concepto erroneo en el sentido que el ameloblastoma pudiera ser una lesión maligna, en algunos casos, con un potencial de extensión metastásica.

Esta idea no puese ser mantenida. El ameloblastoma es un tumor definitivamente benigno y no produce metastasis, aunque si puede "INVADIR" o penetrar en el hueso vecino, comolo hacen otros tumores benignos de hueso, tales como los tumores centrales de células gigantes y los hemangiomas

mas.

Cuando parece que el ameloblastoma ha producido una metástasis, si estudiamos cuidadosamente el tumor, se descubrirá siempre que se trata de un carcinoma de aspecto de ameloblastoma o adamantino, o bien de un carcinoma que se ha desarrollado junto a un ameloblastoma. En este caso, es el carcinoma el que metastatiza, no el ameloblastoma.

Dentro del estudio de los tumores odontogénicos-malignos, es conveniente dedicar unos breves párrafos al sarcoma ameloblástico que es un tumor maligno verdadero de tipo odontogénico, y que es realmente un fibro sarcoma con islotes esparcidos de epitelio ameloblástico. El componente epitelial, suele estar bien diferenciado y es benigno.

El tratamiento de los tumores odontogénicos malignos debe ser radical. Consistirá en la resección radical de la arcada afectada y de los tejidos adyacentes, incluyendo tejidos blandos. Muchas veces el tratamiento de elección es la disección radical de cuello juntamente con la arcada.

## VII TUMORES RAROS.

### TUMOR EPITELIAL CALCIFICANTE ( TUMOR DE PINDBORG )

El tumor odontógeno epitelial calcificante fue -- descrito por primera vez como entidad por Pindbor en 1956.- Aunque indudablemente de origen dental, conserva poca similitud histológica con el ameloblastoma típico, y han de separarse las dos lesiones.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Una publicación de Vap y Col., hecha en 1970, señala que se han descrito 43 casos en la literatura desde el trabajo original de Pindborg.

Este tumor es más frecuente en personas de edad mediana. En los casos comunicados, la edad promedio en el momento del diagnóstico era 25 años en varones y 48 en mujeres. Pese a la cantidad de casos consignados, esta marcada diferencia tiene significación dudosa.

Los límites de edad iban de 12 ( un varón ) a 78 ( una mujer ). No hay predilección por el sexo.

El tumor aparece con mayor frecuencia en la mandíbula que el maxilar, con una relación de 2:1, y la mayor -- parte de casos han aparecido en la zona de premolares y molares. En estos dos aspectos, el tumor de Pindborg es muy similar al ameloblastoma. Si bien la enorme cantidad de ca

Los tumores se da en zonas centrales del hueso, se ha comunicado --- la aparición de algunos tumores extraoseos o de tejido --- blando, que se localizan principalmente en la encía.

La mayor parte de los pacientes con esta lesión-- no sienten síntomas, y solo son conscientes de una hincha-- zón indolora.

CARACTERISTICAS.- El tumor presenta considera---- bles variaciones radiológicas. En algunos casos, la le--- sión se presenta como una zona radiolúcida difusa o circunscrita, mientras que en otros puede haber un cuadro combinado de radiolúcidez y radiopacidad con muchas pequeñas trabéculas oseas irregulares que atraviesan la zona radiolúcida en varias direcciones.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- El tumor odontógeno epitelial calcificante se compone de células epiteliales poliédricas, a veces apretadas en grandes capas, pero otras, dispuestas en pequeñas islas celulares dispersas. En ocasiones, las células se disponen en cordones o hileras, a manera del adenocarcinoma. 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.

Uno de los rasgos microscópicos características de este tumor es la presencia de substancia amiloide. Por lo menos en ciertas circunstancias, se forma en zonas intracelulares y después sale hacia el compartimiento extracelular, - posiblemente como consecuencia de la degeneración celular. - Este material eosinófilo homogéneo puede existir en cantidades grandes o limitadas.

Pindborg sugirió en un principio que la fuente de células epiteliales que componen este tumor es el epitelio reducido del esmalte de dientes asociados no brotados. En la actualidad casi todos los investigadores creen que las células se originan en el estrato intermedio en razón de la similitud morfológica de las células tumorales con las normales de esta capa del aparato odontógeno. Lamentablemente, - esto no explica los casos de tumores que evidentemente se producen sin vinculación con un diente retenido o los casos extraóseos alejados de los maxilares.

**TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.**- 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.



**AMELOBLASTOMA DE CELULAS GRANULARES.**

El ameloblastoma de células granulosas constituye una variante del ameloblastoma, que, observado con el microscopio, muestra una cantidad numerosa de grandes células granulosas eosinófilas.

Estas células constituyen la masa central de los islotes y cordones epiteliales, en tanto que la periferia de los islotes está compuesta de células cilíndricas altas.

Por todo lo demás, este tumor es idéntico al ameloblastoma común.

## VIII.- CONCLUSIONES.

1.- Los tumores odontogénicos son aquellos que surgen de la lámina dental o de sus derivados. Aparte de su origen pueden tener otras cosas en común; son benignos, se localizan intraóseos y son de crecimiento lento.

2.- En cuanto a los ameloblastomas son los tumores odontogénicos mas agresivos, se recuerdan sus diferentes presentaciones clínicas e histológicas y su tratamiento, el cual es quirúrgico, e implica una técnica quirúrgica mas radical.

3.- Al primer signo, síntoma o síndrome de un posible tumor odontogénico, realizar todos los estudios que sean necesarios para elaborar un diagnóstico acertado.

4.- Dar a conocer al paciente en la forma mas explícita, la patología odontogénica que padece.

5.- Condicionar al paciente para obtener del mismo toda la cooperación que sea requerida.

6.- En los casos en que se requiera la utilización de un injerto seleccionar detenidamente el tipo que presente el mayor número de probabilidades de éxito.

7.- El tratamiento quirúrgico, además de eliminar el proceso patológico, interviene positivamente en el factor psicológico del paciente con respecto a su situación estética.

8.- Revisión posoperatoria periódica del paciente.

9.- Rehabilitación total del paciente, dental, funcional y psicológicamente.

## IX.- BIBLIOGRAFIA.

- 1.- WILLIAM G. SHAPPER, MAYNARD K. HINE, BARNET M. LEVY -- Tratado de Patología Bucal.- Nueva Editorial Interamericana S.A. de CV. Tercera Edición. - 1980.
- 2.- ROBER J. GORLIN, M.S. HENRY M. GOLDMAN, Patología Oral-Salvat Editores, S.A. Barcelona, España Sexta Edición,- 1973. THOMA.
- 3.- S.N. BHASKAR.- Patología Bucal. Libreria El Ateneo Editorial.- Argentina.- Segunda Edición.- 1975
- 4.- OSTRIA, J.L., PORTILLA, JAVIER:- Tumores Odontogénicos-Aspecto Clínico Radiográfico e Hístopatológico. Revista de la Facultad de Odontología U.N.A.M. Vol. III No. 12-Edición Especial febrero de 1976.
- 5.- Zegarelli E.V. KUTSCHER, HYMAN, 6a. Diagnóstico en Patología oral. Editorial Salvat, España 1972.
- 6.- Grinspan, David. Enfermedades de la Boca. Semiología, - Patología Clínica y Terapéutica de la mucosa Bucal Editorial Mundi. Argentina 1970.
- 7.- FRUGER, G; Cirugia oral Interamericana, México 1978.
- 8.- GURALNICK, W.C. Tratado de Cirugia Oral Editorial Salvat, 1971.
- 9.- ARCHER, H.W; CIRUGIA BUCAL, Editorial Mundi, Buenos Aires Argentina. 1978
- 10.- BERNIER J.L.- Tratamiento de las enfermedades orales -- Editorial Bibliografica OMEBA, S.A. Argentina 1962.