



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TUMORES ODONTOGENICOS

T E S I S

Que para obtener el Título de

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a

SANTIAGO PAREDES MORALES



México, D. F.

1984



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 T R O D U C C I O N .

Los tumores de origen dentario se caracterizan por una marcha y evolución idénticas, tales son los períodos clínicos en cada tumor, que se pueden clasificar de la siguiente manera.

a).-Período de Iniciación.-Período que se considera silencioso, pues ningún sistema clínico revela su presencia, es el origen del tumor, que se inicia en el interior del maxilar sin sintomatología de ninguna clase. En ocasiones son estudios radiográficos en los que se lleva a cabo una investigación de otros motivos.

b).-Período de Deformación.-Puesto en marcha el tumor, el proceso aumenta de volumen como antes explicamos en su crecimiento, esto a expensas del hueso donde esté situado como característica de tumor benigno; lo hace rechazando el hueso, atrofiándolo por compresión, sin hacerle formar parte del mismo, por lo tanto, son rechazados por el tumor, -- las tablas óseas, que están provistas de un poder de crecimiento en forma extraordinaria, y según sea el volumen del proceso el hueso se forma grado variable, en general es la más prontamente deformada, la bóveda palatina da muestras prematuramente, la más afectada es el maxilar inferior de los tumores odontogénicos.

c).-Período de Exteriorización.-Llega el momento en que el hueso se atrofia o desaparece, por no tener la resistencia infinita ante el avance tumoral, entonces se exterioriza con el medio bucal separado solamente del periostio y del te ji do gingival, aún en tumores de tamaño grande.

El tumor que ha adelgazado las láminas óseas y las ha dejado papiráceas, se reconoce clinicamente por el síntoma denominado dapuytres, crepitación o pergaminada. Destruído el hueso desaparece el síntoma y aparece otro, dureza y fluc tuación.

d).-Período de supuración.-Es una complicación en el desarrollo del tumor, el cual puede suceder en cualquiera de los periodos mencionados. Esta supuración complica la evolución de los tumores odontogénicos. Para esto aparece el pus, el cual se debe abrir camino en forma espontánea o quirúrgicamente, es en forma general por que dado el caso de cada tu mor tendría que hacerse un estudio de cada uno de los tumores correspondientes, estos periodos clínicos que hemos cita do son en forma general en todos los tumores odontogénicos.

I N D I C E .

C A P I T U L O I

G E N E R A L I D A D E S

C A P I T U L O II

I N T R O D U C C I O N A L T E R N A

C A P I T U L O III

C L A S I F I C A C I O N D E L O S T U M O R E S O D O N T O G E N I C O S B E N I G N O S Y M A L I G N O S .

C A P I T U L O IV

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

B I B L I O G R A F I A

C A P I T U L O I

G E N E R A L I D A D E S .

GENERALIDADES .

Debido a su intervención en el mantenimiento y restauraciones de la salud, el Dentista asume ciertas obligaciones en relación, tanto con sus enfermos como con su Profesión. Indudablemente una de las cosas más importantes, en relación de la vida y la muerte, es la detección de los tumores odontogénicos.

El Dentista está o debería estar suficientemente calificado para detectar o diagnosticar las enfermedades tumorales de la boca y de los maxilares, incluyendo las neoplasias benignas o malignas.

El término tumor se ha usado, refiriéndose a cualquier agrandamiento de tejido localizado a cualquier crecimiento, ya sea la enfermedad de naturaleza inflamatoria, quística o neoplásica.

Dificultades para el dentista en el diagnóstico de los tumores.

1.- La gran variedad de tumores. Los tejidos de la boca y los maxilares pueden dar lugar a numerosas variedades de tumores.

2.- Nomenclatura confusa de los tumores, las distintas terminologías ayudan también a crear confusión al diagnóstico del tumor.

3.- Aspectos clínicos variables de los tumores.

Ventajas del Dentista en el diagnóstico del tumor. En realidad sus ventajas son mayores y compensan sus desventajas.

1.- Atención precoz al tumor por parte del enfermo.

2.- Visualización del tumor, con la ayuda de un foco luminoso adecuado y un espejo bucal, el dentista puede examinar en forma fácil y completa todos los tejidos y repliegues de la boca.

3.- Palpación digital. La ventaja del diagnóstico de los tumores, es la facilidad con que muchos de ellos pueden palparse digitalmente.

4.- Facilidad de realización de la biopsia .

Biopsia deriva del griego "Bios, Vida y Opsi, Visión" - fué creada a fines del siglo pasado, por el dermatólogo francés Besmir, para designar la extracción en un ser vivo de una porción de tejido u órgano con el propósito de investigar la naturaleza de una lesión mediante el examen microscópico. Actualmente también se incluye bajo esta denominación el estudio de especímenes provenientes de intervenciones quirúrgicas, en donde la intención no es la biopsia sino el tratamiento en sí.

La biopsia es el medio con el que el patólogo dispone de material para estudio, resultado de la descamación, punción o incisión y excisión de lesiones orgánicas, superficiales y profundas. En la actualidad no existe ningún órgano inaccesible a este tipo de exploración.

ETAPAS DE LA BIOPSIA,

- 1º- Toma de la muestra
- 2º- Examen microscópico
- 3º- Preparación del material para examen microscópico
- 4º- Observación e interpretación de los hallazgos
- 5º- Diagnóstico final.

Forma de hacer la biopsia.

- 1º- Se inyecta una pequeña cantidad de anestésico local.
- 2º- Resacando con un bisturí una pequeña muestra del tumor o lesión sospechosa, procurando que el tejido resacado no haya sido deformado por el efecto edematizante del líquido anestésico.
- 3º- El tejido se fija en una solución de formalina al 10%.
- 4º- Se envía al laboratorio para ser deshidratado, incluido en parafina, cortado y coloreado con hematoxilina y eosina u otros métodos apropiados.

La biopsia debe hacerse aún en casos de diagnóstico clínico, aparentemente en tumores malignos y antes de tomar una decisión terapéutica,

Algunas veces el estudio de la biopsia resulta imposible, esto puede ser, por muestra insuficiente o inapropiada.

Muestra insuficiente, la cantidad de tejido o grupos celulares debe ser suficiente para un dictamen definitivo.

Muestra inapropiada, la muestra puede ser inapropiada por error del cirujano, porque el estudio de la biopsia no se hace

inmediatamente y se deja demasiado tiempo en refrigeración, --- porque el método de fijación no es el adecuado o es insuficiente.

Otro error que puede haber en la biopsia, es la confusión de identidad o pérdida del material.

Tipos de biopsia.

Biopsia por punción.- Se efectúa mediante la introducción de una aguja. Esta punción puede ser aspirativa, que es cuando se obtiene material líquido o semilíquido y en caso que haya - fragmentos tisulares éstos suelen ser pequeños.

(Punción Biopsia.- Se usan cánulos para obtener muestras - cilíndricas de tejido u órgano en estudio.

Biopsia por raspado.-Consiste en el arrastre mecánico del tejido con curetas apropiadas. Se usa en lesiones óseas.

Biopsia Excisional o Excisión Biopsia.- Se realiza cuando el tumor es pequeño, se retira el tumor y se entrega al Patólogo, para examinarlo. Por su tamaño la lesión permite extirparla en su totalidad.

Biopsia durante el Acto Quirúrgico.- Este procedimiento - está indicado en el diagnóstico de tumores malignos y permite al cirujano ampliar la extensión de la resección en el mismo - acto quirúrgico. En este tipo de biopsia los tejidos son examinados en pocos minutos y se diagnostica en el curso de una intervención quirúrgica. Se practica en todos los tumores glandulares y melanomas.

Biopsia por trepanación. - Se emplea un taladro o aguja trefi-
na, para obtener muestras de gran densidad y consistencia.

Se usa en la biopsia del hueso y médula ósea.

Biopsia en Sacabocados. - Es la resección que se hace con --
pinzas especialmente diseñadas. Se usa en lesiones ulcerosas, in-
filtrantes o vegetantes de mucosas accesibles, (boca, cuello ute-
rino, recto, vejiga urinaria etc.).

Biopsia Incisional. - Es la que más comunmente se practica -
y es la obtención de una parte de tejido dañado mediante la inci-
sión. Se usa en lesiones superficiales de fácil acceso (lesión -
cutánea, bordes de una ulceración etc.).

Todos los tejidos blandos removidos quirúrgicamente, deben-
sumergirse cuando menos 10 veces en formalina al 10 %, (formaldehido al 4 %). Debe enviarse al patólogo, el frasco que-
contiene el fijador con el espécimen por estudiar.

En dicho frasco se anexará una hoja con los datos del pa-
ciente (nombre, edad, raza, estatura, sexo etc.).

Así mismo se precisará la localización del tumor, tamaño, -
tiempo de evolución, rapidez de crecimiento, ulceración, si es -
que existen.

Deben tomarse las siguientes precauciones, cuando se toma -
una biopsia:

- 1.- Evítese todo trauma innecesario, presión u otra manipulación de la tumoración.
- 2.- Evítese la inyección de soluciones anestésicas, directamente en la zona tumoral.
- 3.- Evítese las zonas cercanas al hueso, piezas dentarias o vasos sanguíneos de gran calibre.
- 4.- Evítense las zonas de necrosis.
- 5.- Evítese la cauterización del espécimen, ya que pueden destruirse las características histopatológicas de las que depende el diagnóstico microscópico. Sin embargo, a veces es aconsejable la electrocoagulación de los vasos sanguíneos de la herida que ha quedado, después de la extirpación del tumor.
- 6.- Seleccíonense las zonas cercanas a las márgenes de la tumoración, para efectuar las incisiones quirúrgicas, sin que se corte necesariamente tejido normal adyacente.
- 7.- Procúrese llevar a cabo la incisión, lo bastante profunda como sea necesario, pero evitando siempre la penetración hacia el periostio subyacente.
- 8.- Asegúrese de que la superficie tumoral ha sido bien identificada de tal manera que las secciones de los tejidos sean cortadas en ángulos rectos, en relación con su superficie.

C A P I T U L O I I

INTRODUCCION AL TEMA.

Introducción al Tema.

En concordancia con las investigaciones recientes en la problemática de los tumores odontogénicos y de las lesiones de aspecto tumoral, existe consenso en clasificar separadamente los Odontomas de los Ameloblastomas.

De estos estudios e Investigaciones Clínicas e Histológicas se infiere que los Odontomas no pueden considerarse como verdaderas neoplasias sino más bien como malformaciones de desarrollo, de aspecto tumoral, que afectan a tejidos con potencial odontogénicos. Se prefiere por consiguiente, utilizar el término de Hematomas y no de Neoplasias, en lo atinente a los Odontomas reservando esta última denominación para los ameloblastomas que se comportan como verdaderas neoplasias de hueso de origen ectodérmico y deberán ser consideradas en su terapéutica quirúrgica, como tumores benignos de origen epitelial, con atributos peculiares de crecimiento expansivo e invasor local con destrucción de las estructuras óseas adyacentes.

Desde el punto de vista histológico, ambas entidades Nosológicas - ameloblastomas y odontomas, presentan características muy amplias y variadas. Empero no existen diferencias en cuanto al comportamiento clínico de las variantes histológicas de estas neoplasias odontogénicas.

Es por ello, que el contexto de la terapéutica quirúrgica -- tiende a ser sensiblemente análoga en todos los casos de ameloblastomas, dependiendo primordialmente del tamaño de la lesión de su localización en las arcadas y de la edad del paciente más que del

aspecto histológico de que se trata. Del mismo modo los diversos tipos de odontomas, se trata según sus manifestaciones clínicas prescindiendo de su aspecto microscópico.

Los tumores odontogénicos constituyen un grupo de neoplasias que se originan de la lámina dental o alguno de sus derivados.

Histogénesis de los tumores odontógenos. Aproximadamente en la sexta semana de vida intrauterina se inicia la odontogénesis.

Un aumento del número de células epiteliales da comienzo a ese proceso, en forma simultánea para todos los dientes primarios. Esa iniciación es momentánea y origina un período dilatado durante el cual las células del epitelio bucal y del tejido conjuntivo adyacente experimentan una proliferación, histodiferenciación, morfodiferenciación y finalmente calcificación (aposisión.)

Cabe pensar que los fenómenos que llevan a la calcificación (aposisión) representen la primera etapa del desarrollo dental.

Durante este tiempo ninguna parte del diente mismo se ha formado y la diferenciación y alineamiento celular y la ubicación de las capas formativas, se inicia la segunda etapa de la odontogénesis.

En ese momento van siendo formados dentina, esmalte y cemento según las formas trazadas por los límites premarcados de los tejidos odontógenos.

Cuando da comienzo la segunda etapa de la odontogénesis, tanto los odontoblastos como los ameloblastos han alcanzado a tal

fin los ameloblastos actúan como organizadores y suscitan la dentinogénesis en la etapa odontoblástica. La aparición de la dentina a su vez, ejerce una influencia especial sobre los ameloblastos con la resultante amelogénesis. La formación de ambos tejidos prosigue hasta formar un diente de la forma y tamaño adecuado. La porción radicular del diente se cubre en su tercio superior con una capa de cemento primario producido por cemento blastos que se diferencia a partir del tejido conjuntivo perifolicular vecino.

La conformación de la raíz se cumple principalmente por medio de la Vaina de Hertwing. En una fecha posterior, se forma cemento celular secundario que cubra no sólo al primario sino también a la porción radicular remanente.

Los tumores odontógenos pueden producirse en cualquier momento durante la odontogénesis. Aquellos que se generan durante la primera etapa de la evolución dentaria no contienen tejidos dentales calcificados y por lo tanto, se les denomina blandos. Cuando se forman durante la segunda etapa pueden contener dentina, esmalte o cemento, solos o combinados. Algunas veces se les califica como lesiones duras o calcificadas.

C A P I T U L O I I I

CLASIFICACION DE LOS TUMORES ODONTOGENICOS

BENIGNOS Y MALIGNOS.

Clasificación de los tumores Odontogénicos

Benignos y Malignos.

ODONTOMAS.

Simples.

- a).-Esmaltoma (Adamantinoma perlas del esmalte).
- b).-Dentinoma.
- c).-Fibromixona Odontogénico.
- d).-Fibroma Ameloblástico.
- e).-Cementoma (Displacia fibrosa periapical).

Compuestos.

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

AMELOBLASTOMAS.

- a).-Quístico Simple.
- b).-Acantomatoso.
- c).-Adenoameloblastoma (Tumor Ameloblastoma.-Tumor Ameloblástico Adenomatoidé).
- d).-Ameloblastoma Vascular (Hemangio Ameloblastoma).
- e).-Melanoameloblastoma (Ameloblastoma Melanótico, Progonoma Melanótico).

Tumores Odontogénicos Malignos.

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

A esta clasificación le hemos hecho una pequeña modificación agregando lo que se ha llamado tumores odontogénicos, raros o exóticos como el ameloblastoma granular que es una variante ameloblastoma que microscópicamente muestra numerosas células cosinófilas granulares y el tumor epiteal calcificante de Pindborg.

ODONTOMAS .

Los Odontomas se consideran malformación del desarrollo, se originan en las estructuras dentales, con frecuencia los odontomas reemplazan a una pieza dental que no ha hecho erupción, nos indica que el órgano dental ha dado lugar de formar un diente normal.

Odontomas Simples,

Esmaltoma.- (Adamantinoma, Perlas del Esmalte). Es una estructura pequeña, esférica y blanda, semeja una gota. Se puede encontrar en la membrana parodontal o puede encontrarse unida a la superficie del esmalte, es una lesión rara y de escasa importancia clínica y no es de observación frecuente, se encuentra solo en molares, no requiere tratamiento.

Radiográficamente.-La lesión es pequeña y densamente radiopaca.

Dentinoma.-Es un tumor raro de origen odontogénico mesodérmico, compuesto exclusivamente por dentina Conjuntiva, esta lesión crece lentamente, predomina en el maxilar inferior, en la zona molar, con frecuencia suele estar vinculado a un diente -

retenido.

Etiología.-Los dentinomas son tumores mesequimatosos calificados, son productos en la Odontogénesis.

Manifestación Clínica.-El dentinoma se forma temporalmente en la vida y con mayor frecuencia, asociada y en contacto con las raíces de un diente o dientes, el promedio de la edad es entre los 25 y 26 años.

Radiográficamente.-Se observa cómo una área radiopar pequeña por debajo de los ápices pero unidas a las raíces de los dientes.

Histopatología.-Los tumores están formados principalmente de dentina que casi siempre presenta un delgado borde de cemento.

Tratamiento.-Es la escisión quirúrgica, Se practica en colgajos, se labra una ventana en la cortical externa. Confresas y cinceles; una vez exteriorizada la lesión, elimina mediante curetaje.

Cementoma.-(Displasia fibrosa periapical).-Al cementoma se le conoce también por los nombres de Fibrosteoma periapical, cementoblastoma y displasia fibrosa periapical. Esta lesión presenta un aspecto histopatológico semejante a una de la displasia y en la actualidad se considera dentro de esa categoría general.

El cementoma es más frecuente que el dentinoma y no debe confundirse con hiper cementosis, que es un engrosamiento de cemento alrededor de las raíces de los dientes.

Bernier considera al fibroma cementificante como una varia ción de la displasia fibrosa.

Los cementomas son tumores mesenquimatosos (Etiología desconocida).

Manifestaciones clínicas.-Los cementomas pueden ser lesiones únicas o múltiples, se presentan en la mayoría de los casos en la mandíbula en relación con los incisivos inferiores y algunas veces con los bicúspides.

Son más frecuentes en personas de raza negra y hay mayor incidencia en el sexo femenino. el promedio de edad es entre los 30 años.

Radiográficamente.-Depende de la etapa de desarrollo del tumor. En la primera fase, las radiografías muestran una zona radiolúcida periapical. En la segunda etapa, la radiolucencia revela manchitas de radiopacidad. En la tercera, las lesiones se presentan como áreas circunscritas de una radiopacidad densa.

El cementoma no requiere tratamiento definitivo, bastará con un control radiográfico una vez al año, cuando se ha diagnosticado. El diente afectado no requiere extracción ni tratamiento endodóncico. Debido a la dificultad de diagnosticar radiográficamente esta lesión, a veces se recurre a las pruebas de vitalidad pulpar para diferenciar cementoma periapical de un control radiográfico una vez al año, cuando se ha diagnosticado. El diente afectado no requiere extracción ni tratamiento endodóncico. Debido a la dificultad de diagnosticar radiográficamente esta lesión, a veces se recurre a las pruebas de vitalidad pulpar para diferenciar un cementoma periapical de un granuloma.

Fibroma odontogénico fibromixoma.-El Menixoma y el fibroma odontogénico son similares con algunas variaciones sólo en la madurez de sus componentes hísticos, el fibroma contiene depósitos abundantes de colágena.

Etiología.-El mixoma y el fibroma odontogénico son de origen mesenquimatoso provienen de la papila de un folículo dentario antes de su calcificación, al tumor se forma del tejido mesenquimatoso éstos se desarrollan dentro de la sustancia de la mandíbula o de los maxilares, o de los dientes.

Manifestación clínica.-El fibromixoma odontogénico suele ser una lesión pequeña que puede alcanzar un tamaño hasta de 10 milímetros de diámetro o más. La lesión representa la existencia de un germen dentario anormal, se extienden lentamente, rara la vez producen síntomas, hasta que ocasionan deformidad, se observan en la región del tercer molar.

Radiográficamente.-La lesión es radiolúcida, redondeada e irregular, bien circunscrita.

Histopatología.-Es una masa circunscrita de tejido conjuntivo mixomatoso, parecido al tejido de la pulpa dental. Esta lesión puede estar cubierta algunas veces de una delgada capa de epitelio de tipo cuboital o escamoso estratificado, se tiñe intensamente.

Tratamiento.-El tumor es benigno y se extirpa fácilmente por curetaje, se exterioriza reflejando un colgajomugoperióstico y creando una ventana en la cortical, que permite la enucleación de la lesión; los tejidos blandos se colocan en su posición original y se sutura. La terapéutica de irradiación no es

tá indicada a causa de la inmadurez de tejido y la probabilidad de estimulación de un crecimiento rápido, cuando están -- vinculados a los dientes puede ser necesaria su extracción.

Fibroma Ameloblástico.-El fibroma ameloblástico es un tumor odontogénico compuesto de elementos epiteleales y mesenquimatosos, este es uno de los tumores mixtos más frecuentes.

Etiología.-El fibroma ameloblástico de origen mesenquimatoso, la papila dental y el epitelio externo del esmalte o restos de láminas dentales, en algunos casos, estos se forman por tejidos blandos y tienen características de tumores benignos.

Manifestaciones clínicas.-El fibroma ameloblástico es una masa circunscrita de tejido conjuntivo fibromatoso o mixomatoso con islotes de epitelio ameloblástico como restos epiteliales - sin demostrar actividad proliferativa.

Estameoplasia odontogénica poco común, se caracteriza por la proliferación simultánea de tejido epitelial y mesenquimático, sin formación de esmalte o dentina, lo que viene a representar que se trata de un verdadero tumor mixto.

Radiográficamente.-La lesión es radiolúcida y puede mostrar múltiples hoquedades y en algunos casos desplazamiento de los - dientes.

Histopatología.-La mayoría de los fibromas ameloblásticos- están constituidos por tejidos conjuntivos fibrosos con bandas bien espaciadas y delimitadas y nidos de epitelio odontogénico, las bandas tienden a producir yemas que semejan la lámina y el-

folículo dentales, se reconocen por sus células cilíndricas que se tiñen intensamente.

Tratamiento.-El fibroma ameloblástico se trata mediante extirpación completa, y la tendencia a producir recidivas es mínima, como el tumor no invade el hueso se puede separar con facilidad y rapidez.

Algunos autores recortan 0.5 cm. de tejido sano, otros cauterizan. Nosotros no estamos de acuerdo con este último procedimiento.

Odontomas Compuestos.-Los odontomas compuestos son malformaciones del desarrollo que se originan en tejidos con potencial odontogénico y que están compuestos por varios tipos de tejidos dentarios.

Odontomas Compuesto Complejo.- Las alteraciones en el desarrollo normal de la lámina dental o del folículo, ocasionadas por traumatismo o infección, dan por resultado la formulación de un odontoma, complejo compuesto.

Etiología.-Estas lesiones se originan en las porciones mesenquimatosa y epitelios del folículo dentario. Algunos autores creen que son de origen neoplásico y otros que son el resultado de una embriogénesis defectuosa.

Manifestaciones clínicas.-Los tumores crecen muy lentos pero alcanzan un tamaño notable, tienen predominancia de tejido calcificado. Aunque están presentes los tejidos dentarios.

No se han formado dientes ni estructuras de aspecto dentario esta malformación, los tejidos dentarios no guardan relación alguna entre sí. La lesión esta rodeada por una pared quística, pudiendo existir líquido entre la pared del quiste y el cuerpo del odontoma compuesto.

Radiográficamente.-Esta lesión aparece radiográficamente como una masa radiopaca, de densidad variable con una zona periférica radiolúcida.

Histopatología.-Es una lesión mayor que las anteriores, de márgenes bien definidos y compuesta de masas irregularmente orientadas de matriz esmalte, dentina, cemento y tejido conectivo mixomatoso, representante de la pulpa dental y a menudo con células odontoblásticas.

Tratamiento.-Es la escisión simple, la presencia de una cápsula de paredes gruesas, facilita notoriamente su enucleación.

Odontoma Compuesto Combinado.-Este es uno de los tumores odontogénicos más comunes. La compatibilidad entre ectodermo y mesénquima alcanza su más alto grado por debajo de la odontogénesis normal. La masa tumoral, resultado de un producto final de la odontogénesis alterada. Se alcanza y mantiene una marcada especialización de las células tumorales; pero hay una falta casi total de morfogénesis y restricción en cuanto a cantidad de tejido.

Etiología.-Los trastornos del patrón evolutivo normal suscitados por inclusiones embrionarias, infección o traumatismo-

pueden dar origen a estos tumores. Los que se producen en época más temprana de la formación del diente, como el odontoma compuesto complejo, pueden ser el resultado de la actividad hiperplásica de nidos de células separados del folículo o la lámina dentales. En el caso del odontoma compuesto combinado, el folículo puede experimentar alteraciones degenerativas que modifiquen su carácter histológico. La lesión resultante puede estar constituida por varias estructuras dentales imperfectamente formadas, todas unidas entre sí por una masa fibrosa interpuesta, surgida del saco folicular.

Manifestaciones clínicas.-Este tumor crece lentamente y puede alcanzar un tamaño extremado, el odontoma combinado es el que halla más próximo al proceso normal de odontogénesis, se ve al esmalte, la dentina y el cemento dispuestos en pequeños dientes distintos, en su mayoría de formas extrañas. Cada dentículo es una estructura independiente y puede haberlos desde unos pocos hasta varios cientos. Están Unidos entre sí por una cápsula de tejido fibroso y la masa entera está incluida en el hueso. Puede alcanzar gran tamaño, como la que su extracción se torna sumamente difícil.

Radiográficamente.-El aspecto de la lesión es de una estructura quística grande y radiolúcida, que contiene una masa central de estructuras radiopacas de aspecto dentario.

Histopatología.-En el odontoma combinado se hallará esmalte, dentina y cemento, con una fuerte tendencia a relacionarse entre sí del modo visto en la evolución normal de los dientes.

Es una lesión mayor que el tipo complejo y se compone de gran número de dientes pequeños llamados dentículos que podríamos -- comparar con dientes jibarizados o de fragmentos de dientes o -- de aspecto de diente. El dentículo del interior de la lesión, -- está compuesta de una orientación normal de esmalte, dentina, -- cemento y pulpa.

Las estructuras dentales están rodeadas de tejido conectivo y -- de líquido.

Tratamiento.-Consiste en la cancelación del tumor, para lo cual es necesaria una amplia abertura y acceso. A causa de su -- tamaño y calcificación, el tratamiento presenta algunos proble- -- mas quirúrgicos puesto que siempre está indicada su eliminación- -- ha de ponerse cuidado en evitar las fracturas traumáticas y la -- pérdida innecesaria de tejido normal adyacente.

Ameloblastomas.-El ameloblastoma es el más agresivo de los- -- tumores odontogénicos. Con todos los tumores de su grupo, se des- -- prende de la lámina dental o sus derivados, órgano del esmalte, -- restos epiteliales o quistes foliculares.

Este tumor ha sido conocido en otros tiempos por una diversidad- -- de nombres, el término más aproximado es el de ameloblastoma -- -- que el de adamantina.

Es un tumor benigno, aunque existen referencias a lesiones que- -- dieron metástasis,

Etiología.-Parecería que esta lesión se origina en los re- -- manentes de la lámina dental y del epitelio ameloblástico exter- -- no de los tejidos que preceden. Los trastornos genéticos en la-

porción del esmalte, del folículo, pueden ser un instrumento en la formación de algunas lesiones, aunque ésto es muy difícil de determinar. Parecería que algunos pueden surgir directamente de los restos celulares que abundan en los maxilares, -- mientras en la mayoría se produciría en relación con el quiste folicular y algunos surgen del reducido folículo que circunda los dientes retenidos, o de un traumatismo que puede ser un -- diente en erupción o algún procedimiento quirúrgico.

Manifestaciones. -- Usualmente los ameloblastomas son diagnosticados en la cuarta o quinta década de la vida. En cuanto a valores de incidencia porcentual, el 80 % de ellos ocurren en la mandíbula y el porcentaje remanente en la maxila. En la mandíbula cerca del 70 % ocurre en la región de los bicúspides y el 10 % restante en la región de los incisivos. Hay una discreta mayor incidencia en pacientes de la raza negra.

El ameloblastoma es un tumor de crecimiento lento, generalmente asintomático y es descubierto usualmente, en el curso de un exámen rutinario de los dientes, suele haber un aumento de volumen indoloro en la mandíbula que conduzca al descubrimiento de la lesión.

Tarde o temprano, sin embargo, se presenta el dolor y lo más -- probable es que se advierta más tempranamente en el maxilar superior que cuando está en el inferior.

Radiográficamente. El ameloblastoma puede mostrar considerables variaciones en su imagen. El cuadro Patognomónico, es el de una zona destructiva osteolítica multilocular, pero también -- es frecuente encontrar una imagen roentgenográfica unilocular.

La asociación de la lesión a una pieza dentaria impactada es relativamente frecuente o fundamentalmente la lesión se presenta como sombra radiolúcida, multiloculada grande, en la parte afectada del hueso, asociada con expansión local de su contorno. -- Las radiografías oclusares revelan expansión y deformidad de -- las tablas, pero éstas pocas veces se destruyen. El tumor puede asociarse con un diente retenido y aparece como una radiolucencia alrededor de la corona retenida.

Histopatología.-El ameloblastoma es una verdadera neoplasia benigna de origen ectodérmico del tipo del órgano del esmalte, que no llega a diferenciarse a punto de formar esmalte, Es el tumor epitelial, el epitelio forma hojas, islotes y cordones cuya capa periférica está constituida por células cilíndricas o cuboides que se aparecen ameloblastos, en tanto que la masa central habitualmente consiste en células estrelladas que se asemejan al retículo estrellado del órgano del esmalte.

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.- El tumor es más extenso de lo que indica su sombra radiográfica y requiere una escisión o raspaje más amplio de lo que parecería ser necesario.

Tratamiento.-A causa de su extensión localizada y de su poder de invasión, el tratamiento debe comprender una amplia escisión sacrificando si es preciso, una cierta cantidad de tejido-óseo sano, como se trata de un tumor odontogénico benigno, tampoco está indicado la resección total de la mandíbula, a no ser

que esté totalmente involucrada en el tumor.

AMELOBLASTOMA QUISTICO SIMPLE.-Es un ameloblastoma cuyo retículo estrellado central, ha sido degenerado y reemplazado por líquido quístico.

Manifestaciones clínicas.-En las primeras etapas los ameloblastomas pueden constituir parte de un quiste folicular. En ocasiones y también tempranamente durante el curso de su formación los ameloblastomas aparecen como áreas radiolúcidas pequeñas de forma oval o redondeada, éstas pueden ser confundidas con quistes u otras lesiones óseas, Se originan en varios sitios, como a un lado o en el ápice de un diente, debajo de las raíces de los dientes o en la rama ascendente. Son de crecimiento lento, pero si se dejan sin tratamiento, a veces alcanzan tal tamaño que producen distorsión de la parte afectada. - La mayoría de los ameloblastomas se presentan en la mandíbula en la rama ascendente y en las regiones de los molares y de la sínfisis. Afectan con más frecuencia a los varones que a las mujeres.

Radiográficamente.-La lesión puede ser mancuéstica, poliquística multilocular o sólida, lo que depende de la duración y la rapidez de crecimiento. Los tejidos blandos rara vez están invadidos, ya que los tumores malignos generalmente invaden los tejidos blandos y el hueso, cuando el tejido blando se encuentra invadido es difícil la extirpación completa del tumor.

que esté totalmente involucrada en el tumor.

AMELOBLASTOMA QUISTICO SIMPLE.-Es un ameloblastoma cuyo retículo estrellado central, ha sido degenerado y reemplazado por líquido quístico.

Manifestaciones clínicas.-En las primeras etapas los ameloblastomas pueden constituir parte de un quiste folicular. En ocasiones y también tempranamente durante el curso de su formación los ameloblastomas aparecen como áreas radiolúcidas pequeñas de forma oval o redondeada, éstas pueden ser confundidas con quistes u otras lesiones óseas, Se originan en varios sitios, como a un lado o en el ápice de un diente, debajo de las raíces de los dientes o en la rama ascendente. Son de crecimiento lento, pero si se dejan sin tratamiento, a veces alcanzan tal tamaño que producen distorsión de la parte afectada. La mayoría de los ameloblastomas se presentan en la mandíbula en la rama ascendente y en las regiones de los molares y de la sínfisis. Afectan con más frecuencia a los varones que a las mujeres.

Radiográficamente.-La lesión puede ser manoquística, poli quística multilocular o sólida, lo que depende de la duración y la rapidez de crecimiento. Los tejidos blandos rara vez están invadidos, ya que los tumores malignos generalmente invaden los tejidos blandos y el hueso, cuando el tejido blando se encuentra invadido es difícil la extirpación completa del tumor.

Histopatología, -El ameloblastoma simple está formado principalmente de grupos, bandas y estrias de epitelio odontogénico, sostenidos por una armazón de tejido conjuntivo fibroso -- inactivo, los grupos celulares están delimitados por el epitelio cilíndrico, en el que cada una de sus células son perpendiculares a la masa central y tienen; Con frecuencia las células centrales, están separadas entre sí y semejan retículos estrellados, estas dos frecuencias son caracteres histológicos distintos de ameloblastoma. Las figuras mitóticas son frecuentes pero nunca anormales, a veces hay degeneraciones quísticas, la vascularización es moderada y suelen observarse elementos inflamatorios crónicos.

Tratamiento. -El tratamiento ideal consiste en la extirpación completa del tumor, sin embargo no siempre es posible, el ameloblastoma siempre tiene tendencia a recidivar si no se le extirpa por completo, el procedimiento quirúrgico debe ser más extenso que para los quistes foliculares o radiculares.

Cuando el tumor es pequeño y puede ser extirpado en su totalidad sin una resección de todo el grosor de la mandíbula y puede operarse por vía intrabucal, éste es el método de elección. El Defecto en la mucosa se cierra por medio de suturas. Para tratar pacientes con grandes ameloblastomas quísticos, es necesario resecar la mitad de la mandíbula para asegurar la extirpación total del tumor.

AMELOBLASTOMA ACANTOMATOSO.-No es tan raro como el adenoameloblastoma o el melanoameloblastoma pero es idéntico al ameloblastoma en todo sentido, excepto en su aspecto microscópico la totalidad del tumor consiste en islotes epiteliales compuestos de célula escamosa, pueden estar queratinizadas y parecerse a las de un carcinoma de células escamosas.

Tratamiento.-Ya que existe la posibilidad de que sea maligno en este tipo de ameloblastoma, el tumor debe ser extirpado mediante resección local. El defecto puede repararse por medio de un injerto.

ADENOAMELOBLASTOMA.-El adenoameloblastoma es una variedad morfológica rara que consiste en pequeñas estructuras canaliculares formadas por células epiteliales cuboide columnares.

Etiología.-En posición de cualidades multipotenciales en cuanto a la formación de estructura ectodérmica, no es inusitado que el epitelio bucal ocasionalmente, presente características glandulares en una lesión vinculada con tejidos de formación dentaria.

Manifestaciones clínicas.-Los adenoameloblastoma se observan en pacientes más jóvenes, no más de 21 años de edad.

El tumor es más frecuente en hembras que en varones, más de la mitad se presentan en la maxila, generalmente en la región anterior, y la mayor parte se asocia a un quiste primordial o a un diente que no ha brotado, es de crecimiento lento y puede ser de tamaño variable.

Radiográficamente.-Es un tumor radiopaco, Generalmente se localiza en la región ántero superior en relación con los caninos.

Histopatología.-Las lesiones están formadas de epitelio activo, con una armazón de tejido conjuntivo fibroso. Este epitelio da lugar a formaciones semejantes a conductos, que son numerosas en todo el tumor, los conductos están recubiertos por células apicales cilíndricas o cúbicas con núcleo situado en su base.

Tratamiento.-Todos los adenoameloblastomas han sido tratados mediante extirpación local conservadora. Los pacientes han estado en observación durante muchos años y ninguno ha presentado recidivas.

MELANOAMELOBLASTOMA.-Se compone de dos tipos de células epiteliales, reunidas en islotes separados por haces densos de tejidos conectivos, el melanoameloblastoma no produce metástasis, es un tumor benigno.

Etiología.-El melanoameloblastoma es, en cierto modo, una lesión que se presta a controversias, aunque relativamente raro, ha sido descrito con frecuencia como un tumor embrionario-pigmentado, tumor de germen retiniano o como un odontoma epitelial melanótico. Está absolutamente comprobado que este tumor es un derivado de la cresta neural y actualmente se le denomina tumor neuroectodérmico melanótico de la infancia.

Manifestaciones clínicas.-Nueve de los 13 melanoameloblastomas que han sido examinados en los Estados Unidos, se produjeron en mujeres; en cambio, la mayoría de los otros tipos de ameloblastomas aparecieron en varones. Todos los pacientes de este grupo tenían menos de un año de edad, y 11, seis meses o menos.

Nueve de los tumores se presentaron en los maxilares y tres en la mandíbula. En estos enfermos los tumores fueron ex-tirpados completamente la segunda vez y uno de dichos enfermos estuvo vigilando durante más de dos años, sin que se presentarán recurrencias. Once de los vigilados hasta la fecha, por un período de muchos años, no han presentado recidivas.

Histopatología.-La Histopatología varía ligeramente en cada caso.

El tumor está compuesto de tejido conjuntivo fibroso que forma paredes que dan lugar a alvéolos o espacios pequeños, los fibroblastos son grandes y gruesos y tienen núcleos oscuros y pálidos. En el citoplasma hay abundantes gránulos pardos, los alvéolos contienen células más pequeñas y es de forma más o menos cúbica y de citoplasma impreciso, pero sus núcleos y nucleolos se tiñen intensamente, la mayoría de los tumores están rodeados de un halo, es una área hialinizada.

Tratamiento.-Se considera que el tratamiento más adecuado es la extirpación conservadora local, debido al bajo porcentaje de recidivas.

Ameloblastoma vascular.-En el ameloblastoma vascular o hemangiameloblastoma, el elemento epitelial del tumor se parece al ameloblastoma, pero la matriz de tejido conectivo es extremadamente vascularizada, de modo que parece como si se hubiera formado un hemangioma en una parte de la lesión ameloblástica.

TUMORES ODONTOGENICOS MALIGNOS.

Los tumores odontogénicos malignos figuran entre las neoplasias más raras de las arcadas. En años pasados, se ha confundido y se ha tenido el concepto erróneo en el sentido que el ameloblastoma pudiera ser una lesión maligna, en algunos casos, con un potencial de extensión metastásica. Esta idea no puede ser mantenida. El ameloblastoma es un tumor definitivamente benigno y no produce metástasis, aunque si puede invadir o penetrar en el hueso vecino, como lo hacen otros tumores centrales de células gigantes y los hemangiomas. 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.

El tratamiento de los tumores odontogénicos malignos debe ser 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.

Dentro del estudio de los tumores odontogénicos malignos, es conveniente dedicar unos breves párrafos al sarcoma ameloblástico que es un tumor benigno verdadero de tipo odontogénico, y que es realmente un fibrosarcoma con islotes esparcidos de epitelio ameloblástico. El componente epitelial, suele estar bien diferenciado y es benigno. Solamente un número muy limitado de estas lesiones han sido publicadas y descritas y su forma de comportarse no está de todo clara. Finalmente, consideramos pertinente hacer una pequeña digresión sobre otras formas particularmente raras de neoplasias odontogénicas, como son: el ameloblastoma granular, rico en gránulos eosinófilos y el tumor de Pindborg, que es una neoplasia epitelial caracterizada por la presencia de una substancia proteica muy parecida a la amiloide, en las estructuras intraepiteliales.

Esta substancia puede llegar a calcificarse y ser liberada al exterior, cuando la célula se rompe, El tumor de Pindborg, ha sido encontrado casi con la misma frecuencia, entre los 20 y 60 años. En dos tercios de los casos, resulta más afectada la mandíbula, el remanente de la pequeña casuística mundial, está representado por lesiones a nivel del maxilar superior. La mayoría de las lesiones están localizadas en la región con la corona de una pieza dentaria no erupcionada.

La apariencia radiográfica característica, es la de una área radiolúcida irregular que contiene masa radiopaca de diferentes tamaños. Estas masas calcificadas tienden a localizarse

junto a la corona de una pieza no erupcionada. La periferia de la lesión está representada a menudo, por una zona radiolúcida que puede no estar claramente demarcada del contorno óseo normal y es particularmente interesante señalar, las propiedades tintoriales peculiares que tiene la substancia paraamiloide, - para teñirse con técnicas especiales de fluorescencia, como la tiovlavina T.

TEJIDO EN EL QUE SE ASIENTA EL TUMOR.

La consideración del tejido en que se asienta el tumor permite definir, generalmente en el estudio histológico, la ubicación del primitivo o primario, cuando la neoplasia es de las variedades que producen crecimientos a distancia. Cuando el crecimiento local de la tumoración expansivo, el tejido de asiento resulta comprimido y experimenta atrofia en los sitios sujetos a esta compresión. Cuando el crecimiento es infiltrante, invasor, el tejido de asiento puede resultar destruido en una extensión mayor o menor, de acuerdo con el grado de este crecimiento. Los tejidos invadidos pueden persistir, sin embargo, a veces dentro del tumor, y modifican su estructura, por ejemplo aportando una armazón o andamiaje a las células tumorales. El borde de avance de la neoplasia presenta con alguna frecuencia una reacción inflamatoria de grado variable. Esta es en general de bajo grado, constituida predominantemente por células mononucleares, y se ha interpretado como otra evidencia de la resistencia del organismo a la extensión del tumor.

El hecho de que muchos de los tumores de crecimiento más rápido muestren poca o ninguna reacción inflamatoria habla en favor de esta presunción, significando para algunos una ausencia de inmunidad natural al proceso. Muchos investigadores han puesto énfasis particularmente en la importancia de los linfocitos y plasmocitos, como evidencia de esa resistencia.

Otros autores, no obstante, interpretan este fenómeno simple--

mente como la reacción de defensa desencadenada por el tumor - que actúa como un irritante extraño, interfiere la nutrición - de los tejidos y causa necrosis. En ocasiones el exudado inflamatorio es rico en eosinófilos.

Otras complicaciones de las estructuras histológicas son consequencia de los fenómenos descritos anteriormente.

Algunos tumores son, en realidad, asociaciones complejas de -- múltiples crecimientos de símiles resultantes de la progresión multifocal dentro de un amplio campo de tejido anormal.

La estructura histológica es frecuentemente, la expresión y el resultado de la actividad biológica, como en los ejemplos de - actividad funcional ya descritos. Los tumores de tipo histológico primitivamente semejantes pueden diferir ampliamente en - su respuesta a estímulos extraños, y como resultado de las respuestas desímiles, adquirir amplias diferencias histológicas.

La progresión desde un crecimiento que responda hasta uno que - no responde entraña, frecuente, pero no invariablemente, un -- cambio de la estructura histológica; la estructura histológica sola no permite distinguir con precisión entre dos tipos de tumores.

Existen tumores constituidos por varios tipos de tejidos que - aparentemente han sufrido a la vez la proliferación tumoral -- designados con frecuencia como tumores mixtos, y en muchos de - ellos el origen es discutible. No obstante, probable que sí no en todos estos tumores, en la mayor parte de ellos las complejidades sean atribuibles a diferenciaciones divergentes de las

células parenquimatosas de una sola clase, a diferenciaciones dependientes del estroma y de los tejidos invadidos, o a ambas la diferenciación divergente explica, por ejemplo, la presencia en un mismo tumor de epitelio glandular y escamoso, y la diferenciación dependiente explica la asociación frecuente de un tejido conjuntivo no usual, tal como el cartílago o el hueso, con un componente epitelial primario único y para muchos autores, explica incluso la adopción por el estroma de caracteres que luego consideramos como malignos, por inducción de un parénquima que también posee esos caracteres malignos.

Un grupo de tumores complejos que se denominan teratomas, se originan, quizá en su mayoría, en la vida embrionaria temprana pero la gran mayoría de los tumores complejos o mixtos se desarrollan a partir de células adultas.

Las divergencias extremas e inesperadas de la estructura de las células progenitoras pueden hacer que se preste la atención a la semejanza, igualmente importante, entre los tejidos neoplásicos y los normales. Los patólogos alemanes, describieron hace medio siglo una estructura organoide en los tumores y esto sólo ha recibido después una atención esporádica.

TUMORES ODONTOGENICOS.

(GENERALIDADES)

Los tumores Odontogénicos pueden ser neoplasias o hematomas - (malformaciones de desarrollo). En ambos casos se originan en tejidos con potencial odontogénico, es decir en tejidos formadores o constitutivos de los dientes, como:

Esmalte, Dentina, Cemento, Pulpa. Pueden ser benignos o malignos, según su comportamiento y estructura celular.

Los tumores odontogénicos benignos, normalmente son de crecimiento lento y asintomático, aunque pueden llegar a expandir la cortical ósea. El tumor maligno por el contrario, es de -- crecimiento rápido y pone en peligro la vida del paciente, -- pues produce metástasis ya sea por vía sanguínea o linfática.

El tratamiento de estos tumores consiste esencialmente en su extirpación, pero la intervención quirúrgica difiere según la naturaleza de la neoplasia. Salvo los malignos, con su sintomatología, o los que desplazan la lámina y tejidos adyacentes, provocando deformaciones estéticas. Todos los demás, e incluso éstos en su principio, se descubren por exploraciones radiográficas de rutina.

Los tumores odontogénicos ocupan un alto porcentaje dentro de los tumores de los maxilares, y si bien el carácter maligno se presenta sólo en tres de ellos, son muy importantes para nosotros, más que por su naturaleza odontogénica, por su grado de malignidad, de ahí la necesidad de conocer esta patología, pa-

ra hacer un diagnóstico temprano y emplear una terapéutica quirúrgica apropiada.

También debemos conceder especial importancia a las neoplasias invasoras como los ameloblastomas, que si bien no metastatizan pueden llegar a producir deformaciones considerables e incluso ser lecho para nuevos tumores malignos.

Probablemente los menos importantes sean los odontomas por su carácter benigno, pero se presentan con mucha frecuencia y es nuestra obligación conocerlos, al igual que toda la patología de la cavidad oral.

Los tumores odontogénicos raros presentan características tan insospechadas y peculiares que los hacen muy interesantes.

En general los tumores odontogénicos están compuestos por tejidos con potencial odontogénico o formador de dientes.

Se encuentran formando una sola estructura, con alguna pieza dentaria, o bien pueden estar ocupando el lugar de algún órgano dental. Contienen dientes o denticulos en su interior, como sucede en el caso de los odontomas compuestos.

Es absolutamente indispensable conocerlos, por su alta incidencia, por su malignidad en algunos casos; por sus características tan peculiares, por la similitud que algunos tienen con -- los mismos dientes, como los adamantinomas o cementomas.

HISTIOGENESIS

Aproximadamente de la quinta a la séptima semana de la vida -- intrauterina se inicia la odontogénesis. Un aumento de número de células epiteliales da comienzo a ese proceso en forma simultánea para todos los dientes primarios.

Esa iniciación es momentánea y origina un período dilatado durante el cual las células del epitelio bucal y del tejido conjuntivo adyacente experimentan una proliferación, histodiferenciación, morfodiferenciación y finalmente, calificación (aposición). Los fenómenos que llevan la calificación, representan la primera etapa del desarrollo dental. Durante este tiempo -- ninguna parte del diente mismo, se ha formado y la diferenciación y alineamiento celular son las transformaciones más notables. Concluida la diferenciación celular y la ubicación de -- las capas formativas, se inicia la segunda etapa de la odontogénesis. En este momento van siendo formados dentina, esmalte y cemento, según las formas trazadas por los límites premarcados de los tejidos odontógenos.

Cuando da comienzo la segunda etapa de la odontogénesis, tanto los odontoblastos como los ameloblastos han alcanzado la especialización necesaria para generar su producto matrizal. A tal fin los ameloblastos actúan como organizadores y suscitan la -- dentinogénesis en la capa odontoblástica. La aparición de la -- dentina, a su vez ejerce una influencia especial sobre los ame

loblastos con la resultante amelogénesis.

La formación de ambos tejidos prosigue hasta formar un diente - de la forma y tamaño adecuados.

El folículo dentario está formado por el órgano del esmalte de origen ectodérmico y produce tejido adamantino. En su evolución toma la forma de un capelo en cuyo interior se encuentra la papila dentaria, que es de origen mesodérmico y formará la dentina y la pulpa.

Por último, se encuentra en el saco dentario la vaina de Hertwig, o sea la cápsula que servirá de molde para la conformación de la raíz. Al mismo tiempo que la vaina de Hertwig, va dando lugar a la formación de la dentina radicular, se propicia la constitución del ligamento parodontal, el que a su vez constituye - por una parte al cemento dentario y por la otra parte interna - del alvéolo, el ligamento parodontal produce cemento sobre la dentina de la raíz y hueso en la parte interna del alvéolo. La porción radicular del diente se cubre en su tercio superior, -- con una capa de cemento primario producido por cementoblastos, - que se diferencian a partir del tejido conjuntivo perifolicular vecino, en una etapa posterior, se forma cemento celular secundario que cubre no sólo al primario sino también a la porción - radicular remanente.

Durante cualquier momento en el desarrollo de la odontogénesis - pueden producirse los tumores odontogénicos si llegan a apare-- cer durante la primera etapa de la evolución, no tienen tejidos dentales calcificados por lo que se les denomina blandos, si es

tos llegarán a formarse durante la segunda etapa de evolución-
se les denomina, lesiones duras o calcificadas, por contener -
dentina, esmalte o cemento.

FIBROMA ODONTOGENICO O FIBROMIXOMA

Algunos autores consideran al mixoma odontogénico y al fibroma odontogénico, como dos entidades diferentes, pero se puede hacer la aclaración de que el fibroma odontogénico es la etapa de maduración del mixoma odontogénico; de ahí que se le denomine fibromixoma odontogénico.

Sólo se diferencia entre sí por la histopatología; ya que el fibroma odontogénico contiene depósitos abundantes de colágena. El mixoma y fibroma odontogénicos son de origen mesenquimatoso y provienen de la papila de un folículo dentario antes de su calcificación, del primordio de la pulpa o de la membrana periodontal. Aunque puede haber células epiteliales odontogénicas, el tumor se forma del tejido mesenquimatoso, este epitelio especializado todavía no presenta la reacción necesaria para la producción de tejido duro. Los tumores se desarrollan dentro de la substancia de la mandíbula o de los maxilares y muchas veces se acompañan de dientes faltantes.

Es una neoplasia benigna central característica de los maxilares; no se presenta en otros huesos ya que se forma a partir de los tejidos mesenquimatosos de un germen dentario.

CARACTERISTICAS CLINICAS

El fibromixoma odontogénico se produce con mayor frecuencia en

la segunda o tercera década de vida, rara vez 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 sí una leve en la mandíbula.

Es un tumor localmente invasivo, que no forma metástasis, debe diferenciarse del mixoma osteogénico ya que éste sí tiene tendencia a recidivar y tiene capacidad de malignizarse.

Crece lentamente, teniendo los casos típicos una anamnesis de una duración de aproximadamente 5 años, antes de la terapéutica.

Aunque la dilatación ósea puede ser intensa y producir gran deformidad facial, es raro que haya dolor intenso, aunque se han observado algunas excepciones. Puede haber parestesia del labio en caso de invasión del conducto mandibular.

Suele ser una lesión pequeña que puede alcanzar un tamaño de hasta 10 mm. o más; significa que existe un germen dentario anormal, con invariable falta del diente en esa zona o bien que esté incluido.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El mixoma odontogénico se compone de tejido conjuntivo fibroso, muy laxo y mixomatoso. Las células fusiformes presentan prolongaciones largas y los núcleos delicados y alargados se tiñen -

intensamente. Los contornos de las células son indistintos y poco frecuentes las figuras mitóticas. Existen numerosos capilares de paredes delgadas. En ocasiones se aprecian grupos de células epiteliales inactivas, dentro o en los bordes de la lesión; a veces hay colágena. No se observan mitosis, pleomorfismo ni hiperchromatismo.

El fibroma odontogénico es parecido y se considera como una etapa tardía de la misma lesión. Existe un depósito notable de colágena, las células son más patentes y se observan haces de fibras. Las formaciones epiteliales son más abundantes pero no muestran ninguna reacción de organización.

Hodson y Prout, comunicaron la presencia de dos mucopolisacáridos ácidos en el mixoma odontogénico; cantidades relativamente grandes de ácido hialurónico y cantidades menores de condroitinsulfato.

Sugirieron que este contenido elevado de ácido hialurónico podría ser un factor significativo en el comportamiento neoplásico del tumor.

A nivel macroscópico, el tumor es blando, presentando frecuentemente una superficie abombada, de color entre blanco grisáceo y ámbar, la superficie cortada tiene aspecto viscoso.

Los tumores que contienen algún colágeno tienen algunas veces una consistencia más firme.

TUMOR ODONTOGENICO EPITFLIAL CALCIFICANTE

(TUMOR DE PINDBORG)

Este tumor se caracteriza por una forma especial de calcificación distrófica que se presenta en el interior de células tumorales degeneradas y se cree que procede del epitelio del esmalte de los dientes, que no han hecho erupción totalmente. - No muestra los típicos caracteres histológicos del ameloblastoma. Sin embargo como indica su nombre, es un tumor epitelial odontogénico y su evolución se parece a la del ameloblastoma simple; aún así han de separarse las dos lesiones. Este tumor fue descrito por primera vez como entidad por Pindborg en 1956,

CARACTERISTICAS CLINICAS

El tumor puede ser invasivo y localmente recidivante, comportandose como un ameloblastoma. A medida que crece el tumor, dilata a las estructuras óseas circundantes y produce una evidente tumefacción. La intensidad de malignidad es variable. Algunos de los tumores que describió Pindborg, eran muy malignos; mientras un caso comunicado por Langer, tenía una duración de 40 años, el descrito por Stimson tenía una anamnesis de 17 años y un caso observado por Gardner y colaboradores recidivó, después de 31 años de la primera operación,

Es más frecuente en personas de edad mediana. En los casos comunicados, la edad promedio en el momento del diagnóstico era de 25 años en varones y 48 en mujeres. Pese a la cantidad de casos consignados, ésta 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 en 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 aspectos que son dos; el tumor de Pindborg es muy similar al ameloblastoma. Si bien la enorme cantidad de casos, se da en zonas centrales del hueso, se ha comunicado la aparición de algunos tumores extraóseos o de tejido blando, que se localizan principalmente en la encía, parecen menos calcificados y menos malignos. La mayor parte de los pacientes con esta lesión, no sienten síntomas y solo son conscientes de una hinchazón indolora. En contraposición con Shafer; Zagarelli, opina que el enfermo suele presentar una hipertrofia bien delimitada o difusa, dura, dolorosa del maxilar que está recubierta por mucosa normal.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

El tumor presenta considerables variaciones radiológicas. En algunos casos, la lesión se presenta como una zona radiolúcida difusa o circunscrita, mientras que en otros puede haber un cua--

dro combinado de radiolucidez y radiopacidad, con muchas pequeñas trabéculas óseas irregulares que atraviesan la zona radiolúcida en varias direcciones.

Aunque se ha dicho que casi todos los casos de tumor odontógeno epitelial calcificante, están asociados con un diente retenido, la revisión de la literatura señala que esta asociación existe solo en alrededor del 50 % de casos.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

La imagen microscópica es variable. En la mayoría de los casos, el tumor consiste en pequeñas láminas de células epiteliales - grandes, poliédricas y claras, separadas por una escasa estroma de tejido conjuntivo. Sin embargo se ha visto varios de estos tumores compuestos de grandes láminas de células epiteliales, relativamente uniformes y otros en los cuales las islas eran relativamente pequeñas,

Las células que componen las islas están estrechamente empaquetadas, con bordes bien definidos, y algunas veces exhiben un notable pleomorfismo con alguna aglutinación, para producir formas binucleadas o trinucleadas. El citoplasma es algo eosinófilo y homogéneo. El núcleo es vasicular con nucléolos bien definidos, pero puede ser hipercromático o picnótico. Generalmente hay puente e intercelulares. Se observan núcleos gigantes de un diámetro de hasta 100 micras. Entre las masas de células epiteliales y la estroma de tejido conjuntivo aparecen -

cuerpos homogéneos eosinófilos, muchas veces esféricos. Otra característica del tumor de Pindborg, 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 amiloide, muchos de los cuales coalescen y se transforman de PAS (periodic acid - Schiff) negativos en PAS positivos durante el proceso de calcificación.

No es necesario que haya una relación entre cantidad de amiloide formado en una determinada lesión y magnitud de la calcificación.

En algunos tumores, los cuerpos son tan grandes que oscurecen la naturaleza de la lesión, especialmente si las islas epiteliales son pocas y pequeñas. En otros ejemplos no hay calcificación. Algunas veces existe dificultad en distinguir este tumor, de la odontodisplasia regional, en ocasiones se observa formación aberrante de dentina y posiblemente de matriz de esmalte en asociación con este tumor.

Gon efectuó el estudio histoquímico de este tumor y la investigación con luz polarizada. Indicó que las células epiteliales que componen este tumor parecen ser idénticas a las células del estrato espinoso de la piel o al estrato intermedio del órgano del esmalte. La sustancia homogénea parece ser producida por las células epiteliales, siendo luego expulsada de las células y entonces mineralizada. Este material eo-

sinófilo homogéneo, puede existir en cantidades grandes o limitadas. Se tiñe en forma metacrocromática con cristal de violeta, positivamente con rojo congo y da fluorescencia a la luz ultravioleta, con tioflavina t.

La mayoría de investigadores ahora están de acuerdo en que este amiloide es un producto degenerativo de células epiteliales neoplásicas.

T R A T A M I E N T O

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 mucho tiempo. Por lo tanto el tratamiento debe ser similar al del ameloblastoma.

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

HEMANGIO AMELOBLASTOMA

El hemangioma ameloblástico es una lesión rara que se describe como un tumor mixto compuesto de un ameloblastoma y un hemangioma que coinciden en su formación.

El hemangioma es un tumor común que se caracteriza por la proliferación de vasos sanguíneos. Suele ser de naturaleza congénita, benigna; se considera que su forma congénita es una malformación del desarrollo ó hamartomas, es decir, una proliferación anormal de tejido de estructura natural de la zona.

Los lugares más habituales de su aparición son labios, lengua mucosa vestibular y paladar. Se han llegado a observar casos de hemangiomas en los maxilares y se comprueba que más del 50% de los casos, se producen en las dos primeras décadas de la vida y la mayor parte de las lesiones se encuentran en la mandíbula. En esta zona la lesión se presenta con destrucción de hueso de tamaño y aspecto variable, que sugiere la presencia de un quiste.

Se describió este punto ya que se considera que el hemangioma ameloblástico, constituye un tumor de tipo antagónico en el cual dos neoplasias distintas proliferan en la misma zona, y los elementos celulares se entremezclan.

En el hemangioma ameloblástico, no hay predilección de sexo y

se presenta entre la segunda y cuarta década de la vida histológicamente, es estrima del ameloblastoma, se compone de tejido conjuntivo fibroso maduro con una vascularización abundante. Los vasos capilares son voluminosos y abundantes, con paredes delgadas y bien desarrolladas. El tejido conjuntivo y epitelial es escaso y se encuentran apretados, los vasos no son neoplásicos.

El tratamiento de elección es la eliminación quirúrgica completa, la recidiva es mínima.

CARCINOMA DE CELULAS ACINOSAS

Es un tumor raro de las glándulas salivales, que se ha observado solo en la parótida y suele aparecer en la tercera década, es más común en el hombre que en la mujer.

a).- Aspecto microscópico.

Presenta un tipo único, se trata de unas células muy grandes con un núcleo redondo y oscuro y un citoplasma granular basófilo.

Este tumor es de bajo grado de malignidad y sus células pueden producir metástasis en los ganglios linfáticos regionales, pero las metástasis distantes son raras.

b).- Manifestaciones clínicas.

Las lesiones se presentan como nódulos aislados de color blanco grisáceo, pero las lesiones recurrentes pueden ser multinodulares. Crecen lentamente y no están fijadas al tejido suprayacente y no hay aflojamiento de dientes.

c).- Síntomas.

La lesión suele ser asintomática, pero el paciente puede presentar cefalea, fiebre, malestar general y en ocasiones dificultades para deglutir.

b).- Pronóstico.

El pronóstico es bueno, tiene un grado bajo de malignidad y -
si se hace el tratamiento correcto.

ADENOCARCINOMA

Son los tumores malignos más frecuentes de las glándulas salivales, se presentan en una edad muy avanzada. Más frecuentes en el hombre, que en la mujer. Existen numerosas variedades de adenocarcinomas que se han podido distinguir entre sí por su morfología (transicional, anaplásico de célula escamosas, papilar).

a).- Aspecto microscópico.

Este aspecto varía según el tipo de carcinoma. El carcinoma de células escamosas de las glándulas salivales muestran disqueratosis. Algunos tumores muestran cordones, tubos e islotes de epitelio glandular anaplásico.

Existen tumores malignos con anchas hojas de células, de bordes mal definidos y células densamente agrupadas, con núcleos hiper cromáticos y escaso citoplasma, o sea que son parecidas a las células del carcinoma de células transicionales y así se denomina (adenocarcinoma transicional). En los adenocarcinomas papilares o quisto-papilares, el tumor es quístico y proyecciones papilares de células tumorales se extienden como dedos, al interior de la cavidad quística.

Las células tumorales dan metástasis a ganglios linfáticos y a regiones distantes como pulmón.

b).-Manifestaciones clínicas,

Son de crecimiento rápido, crecen más rápidamente que los tumo-

res malignos glandulares anteriores. El tumor esta fijo a los tejidos subyacentes y son frecuentes las ulceraciones y las inflamaciones. Hay agrandamiento de los ganglios linfáticos regionales, se observa aflojamiento de dientes.

c).- Síntomas.

La lesión no es muy dolorosa en su aparición. Conforme crece la lesión, va siendo más dolorosa, produce problemas para deglutir cefalea, fiebre malestar general.

d).- Pronóstico.

Es grave pues produce metástasis temprana, a regiones distantes, en los primeros grados de malignidad el pronóstico no es tan grave, si se realiza el tratamiento correcto.

CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS O CARCINOMA EPIDERMICO.

Es el tumor maligno más común de la boca, comprende aproximadamente el 90% a 95% de los tumores malignos de la boca. Se presenta más al labio inferior, que en el interior de la boca, involucrando más a la lengua, que a cualquier otro tejido intrabucal.

También aparece en el piso de la boca, mucosa alveolar, paladar y superficie bucal. Los factores predisponentes de este carcinoma, son la exposición constante al sol (labio), tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, restauraciones bucales mal ajustadas, etc., (intrabucal). Es más común en el hombre, que en la mujer y se puede presentar a cualquier edad; pero su mayor incidencia se observa después de la cuarta década de vida.

En la lengua, los carcinomas se encuentran por lo general en los dos tercios posteriores y en los bordes laterales. Los carcinomas linguales, producen metástasis antes que los labiales, las metástasis se producen en ganglios linfáticos. La malignidad del cáncer lingual, se relaciona aproximadamente con su localización, cuando más atrás esté situado el tumor, mayor es su malignidad.

El carcinoma del piso de la boca también produce metástasis temprana, por lo tanto su pronóstico es muy desfavorable. El

carcinoma en mejilla, aunque no es muy común, es muy peligroso pues ocasiona metástasis en hueso y en órganos muy distantes.

a).- Aspectos microscópicos.

Su tejido de origen es el epitelio escamoso. Las células epiteliales muestran todas las características de la disqueratosis - (defectos celulares, que habitualmente están asociadas con tumores malignos), es decir, epitelio con núcleos hiper cromáticos, mitosis anormales, pérdida de polaridad o sea disposición anormal de las distintas capas celulares, pérdida de la relación núcleo-citoplasma. Formación de perlas de queratina, hay invasión de tejidos subyacentes.

Es posible observar islotes, hileras y racimos de células tumorales entre los haces musculares, en las glándulas salivales - menores, en el tejido conectivo o en otros tejidos, que están presentes en la región.

El carcinoma de células escamosas puede clasificarse entre los grados I a IV, de malignidad.

b).- Manifestaciones clínicas.

Se presenta como placas blancas o úlceras solitarias de larga duración, pueden ser planas, elevadas o fisuradas, crece rápidamente y sangra con facilidad, puede asociarse con agrandamiento de los ganglios linfáticos del cuello.

c).- Síntomas.

Las placas o úlceras no son muy dolorosas en el I y II grado - de malignidad en los grados III y IV, ya son más dolorosas las úlceras. Hay parestesia del labio inferior cuando el carcinoma ha invadido o involucrado el nervio alveolar inferior o nervio mentoniano. Se presenta cefalea, fiebre y malestar general.

d).- Pronóstico.

Depende de la localización, tamaño del carcinoma, la edad y estado de salud del paciente. Buen pronóstico para las lesiones labiales, pues son fácilmente localizables; desfavorable pronóstico para lesiones localizadas en piso de la boca y base de la lengua pues siempre se descubre en grados avanzados de malignidad.

Nota: Hay dos variantes de células escamosas:

El carcinoma de células fusiformes.- aparece habitualmente en labio.- Posee el mismo aspecto clínico que el carcinoma de células escamosas, el aspecto microscópico se caracteriza por presencia de células fusiformes y puede confundirse con fibrosarcoma.

El adenocarcinoma de células escamosas.- Raro se presenta por lo general en personas de edad avanzada y raza blanca. El foco más común es el labio inferior.

Clínicamente es una úlcera, una verruga o una lesión queratós
ca de aproximadamente un centímetro. El aspecto microscópico -
tiene las mismas características que el carcinoma de células -
escamosas, pero revelan una inclinación canicular o glandular,
o sea que presenta estructuras glandulares.

CARCINOMA VERRUGOSO.

Es un tumor maligno de los tejidos blandos. Se observa por lo general después de los 50 años. Se presenta con más frecuencia en el hombre que en la mujer.

Casi siempre es intrabucal y el foco más común es la cresta alveolar y paladar. Los pacientes suelen ser masticadores de tabaco.

a).- Aspectos microscópicos.

Su tejido de origen es epitelio escamoso. Hay una lesión papilar que consiste en epitelio plegado; este epitelio suele estar queratinizado y presenta disqueratosis. Las células tumorales por lo general no infiltran muy profundamente los tejidos, lo que lo distingue del carcinoma de células escamosas. Las células tumorales del carcinoma verrugoso, presentan todos los grados de malignidad.

El tejido conectivo subyacente está invalidado por células tumorales.

b).- Manifestaciones clínicas.

Se observa un crecimiento blanco, en forma de coliflor, la base o tallo es delgado, se ven prolongaciones digitales.

c).- Síntomas.

En los primeros grados de malignidad, la lesión no es muy dolorosa, por lo tanto es muy difícil de diagnosticarla, además -- que es intrabucal, la lesión.

d).- Pronóstico.

Es mucho más favorable que el carcinoma escamoso, pues la infiltración de las células tumorales, no es muy profunda.

MELANOMA MALIGNO.

Es un tumor altamente maligno que afecta piel, mucosa, ojo y cualquier área de la boca. Muy pocas veces se presenta antes de la pubertad, el melanoma de la cavidad oral es raro. Los pacientes por lo general tienen más de 50 años y los hombres son afectados con más frecuencia que las mujeres, los focos más comunes en la cavidad oral, son el paladar duro y la cresta alveolar del maxilar; sin embargo la lesión se ve también en labio superior y cresta alveolar inferior,

a).- Aspectos microscópicos.

Es muy variado, algunos melanomas se parecen a carcinomas de células escamosas, con grandes células epiteliales carentes de cohesión, mientras que otros melanomas están compuestos por células fusiformes epiteliales, similares a la de los sarcomas. En ciertos tumores melánicos, las células epiteliales se disponen en formación alveolar y se semejan a las células del Nevo (pequeña, forma redonda o poliédrica, con citoplasma pequeño o claro, nítidamente demarcado y un núcleo central redondo). Por lo general, las células tumorales melánicas contienen melanina, por lo que su diagnóstico es relativamente fácil. Sin embargo, las células tumorales no pigmentados con melanina, lla-

mados melanomas amelanóticos, presentan problemas para el --- diagnóstico microscópico.

Los melanomas presentan metástasis temprana a zonas adyacen-- tes de la piel, a ganglios linfáticos regionales y a veces -- por vía sanguínea; la metástasis en este último caso, no tie-- ne patrón de distribución.

b).-Manifestaciones clínicas.

La lesión puede desarrollarse a partir de un Nevo dermo-epi-- dérmico o compuesto por un Nevo , u originarse sin ningún pre cursor. Habitualmente se inicia como una zona indolora, pig-- mentada de color café, negro o puede no estar pigmentada, de pocas semanas hasta algunos años de duración. Posteriormente se ulcera y sangra, su borde es rojo y la pigmentación aumen-- ta rápidamente. Además se observa desnutrición intensa, devia ción de los dientes, se observa abombamiento de paladar y fa-- ringe.

c).-Síntomas.

Hay dolor a la palpación del tumor, mal estado general, adeno patias cervicales y submaxilares.

d).- Pronóstico.

Es extremadamente desfavorable, pues produce metástasis tem-- prana y produce la muerte en el término de cinco años, Este - tumor es radio resistente, se utiliza la quimioterapia.

CAPITULO IV
CONCLUSIONES

Los tumores odontogénicos constituyen un Grupo muy importante, dentro del contexto de la Patología Oral.

Es importante conocer básicamente, estas lesiones, para poderlas diagnosticar oportunamente, a fin de suministrar a nuestros pacientes, una terapia adecuada.

Estos tumores ofrecen fundamentalmente algunos parámetros que son imprescindibles, para tomarlos permanentemente en cuenta.

- a).- Todos son benignos (a pesar del carácter localmente agresivo y persistente del ameloblastoma.)
- b).- Todos son esdostales (son lesiones centrales intra-óseas).
- c).- Todos son de crecimiento lento.

Se refiere categóricamente a la importancia que tiene la histología, en el conocimiento de estas lesiones, no se concibe en este tipo de patología, un diagnóstico meramente clínico.

Al primer signo, síntoma o síndrome de un posible tumor odontogénico, se deben realizar todos los estudios que seán necesarios, para elaborar un diagnóstico acertado. Dar a conocer al-

paciente, en la forma más explícita, la patología odontogénica que padece.

Condicionar al paciente, para obtener de el mismo, toda la -- cooperación que sea requerida.

Los tumores odontogénicos constituyen un grupo de entidades de singular importancia dentro del contexto de la Odontoestomatología.

BIBLIOGRAFIA

- I.- JJ.-Pindborg: Atlas de Enfermedades Orales.
- II.- JL.-Bernier: Enfermedades Orales.
- III.- JL.Jaffe: Tumores y Estados Tumoraes Osgos y Articuladores.
- IV.- K. Sckuchardf: Odonestomatología Alemana.
- V.- Shafer Hine Levy: Patología bucal.
- VI.- Bhaskar S. N.: Synopsis Of Oral Patology.
- VII.- Ostria J.L.: Comunicación Personal.
- VIII.- R.B. Lucas: Patology Of. Oral Tumores.
- IX.- J.L. Pindborg I.R. H. Kramor: Histologycal Typing Of Odontogenic Tumors And Altied Lesiones.
- X.- Tieckc Stuteville Calandra: Fisiopatología Bucal Ed. Interamericana, S. A.
- XI.- Zegarelli E.V. Kutschner A.S.; Patología Oral.
- XII.- Kruger O. Gustavo: Cirugía Bucal: Ed. Interamericana, S. A.
México, 1960.