

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS
EN LA CAVIDAD BUCAL

T E S I S

Que presenta

ROSA MARIA REYES BRAVO

Para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

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.

PROLOGO

La finalidad de esta obra es, la de exponer de una manera sencilla y concisa, la posibilidad de lograr un diagnóstico acertado, y el de suministrar una -- terapia científica adecuada; ante la aparición y -- desarrollo de los tumores benignos como malignos en la cavidad bucal, Apoyandonos en una amplia revisión bibliográfica.

Dejandolo a su consideración, el resultado de esta obra.

El Autor.

I N D I C E

Prólogo	1
Introducción	2-9
Clasificación	10-12
1 Tumores Odontogénicos Benígnos	
A) Odontomas	13-25
B) Ameloblastomas	26-35
C) Maxilares en relación con Epitelio Odontogénico	36
I Tumores Degenerativos de la Mucosa Bucal	37-40
II Tumores Epiteliales	41-42
III Tumores Del Tejido Muscular	43
IV Tumores Vasculares de Mucosa Bucal	44-45
V Tumores Nerviosos	46
VI Tumores Mixtos	47-51
2 Tumores Malignos	52-63
Conclusiones	64-65
Bibliografía	66

INTRODUCCION

TUMORES BENIGNOS DE LA CAVIDAD BUCAL

Estos tumores, muy numerosos y variados, pueden interesar tanto los tejidos blandos como el tejido óseo. El interés de su estudio reside en el diagnóstico, puesto que es preciso contraponer estos tumores circunscritos indolentes, - sin repercusión ganglionar, crónicos, con los tumores malignos, infiltrantes, vegetantes, ulcerosos, sangrantes, - dolorosos, linfófilos y evolutivos.

El diagnóstico inicial, basado en los caracteres físicos, - funcionales y evolutivos de la lesión, exige en todos los casos la confirmación citológica e histológica. No obstante, en gran número de casos, los criterios clínicos e histológicos que sirven para diferenciar estos dos tipos de tumores no han sido esclarecidos.

Es en estos casos en los que se plantea un verdadero problema, puesto que la terapéutica depende siempre del diagnóstico.

El término de tumores odontogénicos se usa generalmente 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 este grupo son neoplasmas verdaderos (neoformaciones incontroladas).

mientras otras son lesiones blastomatoides que generalmente son el resultado de un desarrollo defectuoso.

Existen Tumores Benignos de los maxilares que se desarrollan a partir de tejidos blandos.

Tumores benignos de la mucosa bucal. Son frecuentes y corresponden habitualmente a los traumatismos crónicos a los cuales están sometidos de manera permanente los labios, -- las mejillas y la lengua.

Se pueden dividir estos tumores en: *Disgenéticos, hiperplásicos, epiteliales y conjuntivos.*

La mucosa bucal tapiza toda la cavidad bucal, desde el ribete cutaneomucoso de los labios hasta el velo del paladar. Esta mucosa cubre la cara interna de los labios y de las mejillas, las arcas alveolares, el paladar y el velo de paladar, el piso de la boca y la lengua. Este revestimiento continuo que presenta ciertas características según su localización, tiene la misma constitución general: un revestimiento epitelial superficial encima del tejido conjuntivo. Los tumores benignos de la mucosa bucal corresponden a estos diversos elementos.

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.

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 períodos 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.

Los tumores benignos se caracterizan por su gran diversidad, que se manifiesta por varios aspectos: *las expresiones clínicas, las modalidades de evolución, los caracteres anatomopatológicos y su pronóstico.*

Es posible clasificarlos de una manera anatomopatológica, es decir, según la naturaleza de los tejidos que al proliferar van creando la neoformación tumoral. Desde este punto de vista es posible distinguir:

- *Los Tumores Odontógenos*, que se desarrollan a partir de los tejidos dentarios.
- *Los Tumores Esqueléticos*, que se desarrollan a partir de los tejidos osteoformadores.
- *Los Tumores Medulares*, que se desarrollan a partir del tejido medular: tejido conjuntivo, vasos, elementos hematopoyéticos.

Los tumores benignos de los maxilares derivados de tejidos mesenquimatosos comprenden a los derivados de los componentes del hueso, el cartílago y otros tejidos conjuntivos -- como vasos sanguíneos y nervios.

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

TUMORES ODONTOGENOS. De origen dentario, se derivan de manera general de tejidos preformadores del diente. Por consiguiente son variadísimos puesto que los mismos pueden nacer de diversos tejidos del germen dentario en períodos diferentes de su desarrollo.

Radiológicamente, se pueden distinguir los tumores cuya imagen es clara a la radiografía y los que son radiopacos.

Adoptaremos la clasificación histopatológica y a medida -- que hagamos la descripción daremos las características clínicas y radiológicas de estos tumores.

Clinicamente se pueden contraponer los tumores cuya punción es posible y los otros en los que es imposible practicar -- la punción.

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 transtornos producidos sobre el germen dentario, en épocas distin-

tas de su desarrollo, y que las diferencias que existen entre ellos, radican precisamente en esta variedad de épocas.

En el año de 1875, *Vernevil* se dedicó con interesantes trabajos a este tópico. Insinúa en su producción un esbozo de teoría paradentaria, con ciertas analogías a la que más tarde *Malassez* llega con brillantes y bien fundadas conclusiones.

La primera investigación extensa de los odontomas fué realizada por *Bland-Sutton*, en 1887 y su trabajo constituyó la base de estudios posteriores. Más tarde *Gabel, James y Payne* en 1914 comprendieron una revisión completa del tema y sus comprobaciones aparecen en *El Informe sobre Odontomas* de la Asociación Dental Británica.

Poco después aparecen nuevos investigadores que aportan -- sus conclusiones al conocimiento de los tumores odontogénicos, sobre todo a su Etiopatogénia, ofreciendo cada uno -- nuevos fundamentos, completando teoría, presentando nuevos casos y procurando abrir un claro de luz entre las teorías de Etiopatogénia de los tumores de los maxilares. Aparece por fin *Louis Charles Malassez* (1824-1909), el 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 investigación.

Malassez dedica sus afanes y desvelos a la solución 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 inencomiable, 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 comprendida y publicada por *Galippe Guillermo A. Ries Centeno* extracta -- las consideraciones más importantes:

Mallassez dirigió sus estudios en el sentido de encontrar el origen de las formaciones epiteliales y emprendió su la bor, no solamente en preparados de fetos como había 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 presuntuoso 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 dio 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 fru-

tos 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 Biologia* es más tarde la tribuna donde *Malassez* y *Magitot* debaten sus respectivas teorías. Este último defendiendo calurosamente la teoría folicular de *Broca*.

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 demostrado y fundado.

Desde un punto de vista panorámico, todos los tumores odontogénicos tienen numerosas analogías, no siendo más que formas anatómicas muy poco diferenciadas dependiendo de un proceso patológico idéntico. Por tanto, tumores que parecerían a simple vista tan distintos y antagónicos, como los ameloblastomas, 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 *Blumm*, en 1910, propuso la denominación de adamantinoma, la cual tuvo aceptación definitiva por *Hasse*, en 1913.

A *Fauchard* (*Le Chirurgian Dentist*, 1728), *Tomes* (1773), *Morrelot* (1778) y *Jourdain* (1778) se les atribuyen las más antiguas descripciones conocidas acerca de estos tumores ya mencionados por *Scultet*, en su obra *Armentarium Chirurgican* publicada en el año de 1654.

cia.

Al correr el año de 1894 Massin (*Arch, F. Path. Anat* 328) cita un caso de adamantinoma en un recién nacido. Procesos semejantes son mencionados por Ipsen y Wolk.

CLASIFICACION

Existen tumores odontogénicos tanto en tejidos blancos como en tejido oseo. *G. Shklar e Irvin Meyer*, estomatólogos de Boston clasificaron a los tumores odontogénicos de la siguiente manera:

1.- TUMORES ODONTOGENICOS BENIGNOS.

A) ODONTOMAS

Simples

- a) Dentinoma
- b) Fibromixoma Odontogénico
- c) Fibroma Ameloblástico
- d) Esmalte (Adamantinoma, perlas del esmalte)
- e) Cementoma (displasia fibrosa periapical)

Compuestos

- a.1) Odontoma compuesto combinado
- a.2) Odontoma compuesto complejo

B) AMELOBLASTOMAS

- a) Quistice simple
- b) Plexiforme
- c) Acantomatoso
- d) Melanoamebloastoma (Ameloblastoma melanótico, - progonoma melanótico).
- e) Ameloblastoma vascular (hemangio ameloblastoma)
- f) Adenoameloblastoma (tumor ameloblástico adeno--mastoide).

C) TUMORES BENIGNOS DE LOS MAXILARES EN RELACION CON -

EL EPITELIO ODONTOGENO.

- a) Quiste radiculodentario
- b) Quistes pericoronarios

Tambien se estudiaran los Tumores Disgenéticos e Hiperplásicos de la mucosa bucal, los Tumores Epiteliales y los Tumores Conjuntivos.

I. TUMORES DISGENETICOS DE LA MUCOSA BUCAL. Se tendrán en cuenta en este grupo los quistes de la mucosa bucal por inclusión de células embrionarias y entre estos últimos:

- a) Quiste del umbral narinario (quiste nasoalveolar)
- b) Quiste de la papila palatina
- c) Quiste dermoides del piso de la boca
- d) Quiste del conducto tireogloso
- e) Granuloma telangiectásico o botriomicoma
- f) Diapneusia de la mucosa bucal
- g) Tumores hiperplásicos circunscritos de la encía

II. TUMORES EPITELIALES BENIGNOS DE LA MUCOSA BUCAL

- a) Papiloma de la mucosa bucal
- b) Papilomatosis
- c) Queratoacantoma

III. TUMORES CONJUNTIVOS BENIGNOS DE LA MUCOSA BUCAL

- a) Fibroma de la mucosa bucal
- b) Lipoma

IV. TUMORES BENIGNOS DEL TEJIDO MUSCULAR

- a) Leiomioma

- b) Rabdomioma
- c) Mioblastoma

V. TUMORES VASCULARES DE LA MUCOSA BUCAL

- a) Angioma
- b) Linfangioma
- c) Tumor glómico

VI. TUMORES NERVIOSOS

- a) Neurinomas o schwannomas

VII. TUMORES MIXTOS O EPITELIOMAS DE ESTOMA MODIFICADO DE LAS GLANDULAS SALIVARES.

- a) Cilindromas.

2.- TUMORES MALIGNOS ODONTOGENICOS.

- a) Sarcoma Ameloblástico
- b) Osteosarcomas de los maxilares (sarcoma osteogénico)
- c) Condrosarcoma de los maxilares
- d) Fibrosarcoma de los maxilares
- e) Sarcoma de Ewing.
- f) Reticulosarcoma de los maxilares
- g) Hematosarcoma de la cara, linfoma maligno del niño africano (enfermedad de Burkitt)
- h) Epiteliomas de los maxilares
- i) Carcinoma y Ameloblastoma
- j) Carcinoma con características adamantinas

Estas últimas clasificaciones según el Dr. J. Vincent, este matólogo de los Hospitales del Ejercito y Foch, París (Francia).

A) ODONTOMAS O ADAMANTINOMAS. Sólidos dentificados con tumores epiteliales calcificados, de consistencia sólida. Su evolución es limitada y benigna.

El odontoma está compuesta de estructuras dentarias, es decir esmalte, dentina, pulpa y cemento. Por ello es verdadero tumor mixto ya que su contenido es de origen epitelial calcificado como mesenquimatoso. Es más frecuente en la mandíbula y en las regiones de los posteriores que en la de los anteriores.

Anatómicamente, se trata de tumores irregulares, de pequeño volumen, que contiene un número variable de núcleos duros y calcificados, de esbozos dentarios, a veces de verdaderos dientes. El odontoma aparece durante la infancia y se suele descubrir antes de la edad adulta. En muchas ocasiones estos tumores permanecen ocultos hasta que casualmente se notan durante una exploración radiográfica habitual.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS. 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. Otra razón para descubrir este odontoma es ante la persistencia sobre la arcada de un diente temporal, la presencia de una bóveda de tamaño variable, vestibular o palatina, dura e indolente. Por otra parte, los odontomas de tamaño mayor se descubren clínicamente, pero su aspecto no se distingue del de la mayoría de tipos de neoplasias benignas centrales; se presenta como abultamientos y 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, muchas veces hay desplazamiento de los dientes contiguos de sus posiciones normales, pero este caso es -- también frecuente en los tipos de tumores centrales.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS. Por la presencia de -- cuerpos densificados, en número variable, que constituye -- una masa multiforme que tiene el contraste dentarios. Por presencia obligada de una claridad quística, lagunar, ra-- dioclara. Aunque el odontoma mixto es el tipo más frecuen-- te. A veces, el odontoma parece estar situado dentro de -- los límites de una zona radiotrasparente que, a su vez se extiende por encima y rodea la corona de un diente defini-- tivo bien formado que no ha brotado, de un quiste dentado; a los tumores de este tipo tambien se les conoce como odon-- tomas quísticos. Además que aparecen signos indirectos; -- imagen de diente rechazado o incluido, a veces falta de -- germen. Los dientes afectados son de pequeño tamaño, de-- formados y se pueden identificar aún el esmalte, la denti-- na y la pulpa. Las raíces suelen reconocerse a pesar de -- su acortamiento, de su encorvamiento, e incluso de sus ápi-- ces ocultos a la vista por la superposición de coronas más densas. Sin embargo, en otros casos los límites periféri-- cos de un tumor de forma irregular pueden ser difícilmente identificados, fundiéndose gradualmente el tumor radiopaco en el hueso normal que lo rodea.

LA EVOLUCION. Es favorable ya que el tratamiento qui-- rúrgico consiste en la exéresis del tumor, que a veces es -- laboriosa.

A.a) DENTINOMA. Esta integrado por tejido conectivo inmaduro, dentina irregular o displásica, la aparición de este tumor es muy raro.

CARACTERISTICAS CLINICAS. Su aparición será por hinchazón en período variable en tiempo, dolor, perforación de la mucosa y con infecciones, otra característica es que aparece en la zona de los molares en la mandíbula y en pacientes jóvenes, además en dientes retenidos. La mayor parte de dentinomas se originan en zonas óseas, en ocasiones se desarrollan en la encía o en la periferia, y clínicamente aparece como una zona focal de tejido hiperplásico.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS. No son muy específicos pero por lo general hay una zona radiolúcida en el hueso, que contiene una gran masa solitaria opaca o muchas radiopacas irregulares menores de material calcificado. En algunos casos se encuentra dentina en cantidades poco reducidas o mal calcificada, de manera que no hay opacidad en la imagen radiolúcida.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS. La presencia de esmalte o de matriz adamantina entorpece el diagnóstico de dentinoma, por que según la definición, una masa irregular de esmalte y dentina debe ser designada como odontoma compuesto complejo.

Ya que 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.

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. A veces, el componente epitelial prolifera de manera neoplásica, junto con la porción conectiva de la lesión y comienza a formarse dentina displásica; a estos casos, se ha aplicado el término fibrodentinoma ameloblástico.

TRATAMIENTO. Es mediante la excisión quirúrgica con cureteado minucioso de la zona. Algunas lesiones tienen una cápsula de tejido conectivo que, si en el momento de la intervención se deja puede ser causa de recidiva de este tumor. En este tumor va haber considerable destrucción local del hueso, además de que no va haber metástasis.

A.b) FIBROMIXOMA ODONTOGENICO. Es un tumor de los maxilares que se origina en la porción mesenquimatoso del germen dental, sea en la papila dental, folículo o ligamento periodontal.

La lesión fué estudiada por *Thoma y Goldman*, quienes presentaron casos, pero recientemente *Gorlin* ha presentado algunos más. Se carece de pruebas absolutas sobre el origen en el aparato odontógeno, probablemente dada la frecuencia de esta lesión en maxilares y ante la ausencia casi total en cualquier otro hueso del esqueleto.

CARACTERISTICAS CLINICAS. El fibromixoma odontogénico llamado también mixoma odontógeno se produce con mayor frecuencia en la segunda o tercera década de la vida. Raras

veces aparece antes de los 10 y después de los 50 años.

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

Es de crecimiento lento, y el dolor puede o no ser caracte--rística. Otra más es que hay más apariciones en la mandí--bula y no hay predilección por algún sexo.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS. Hay dos tipos de casos uno la imagen radiolúcida destructiva expansiva, que a ve--ces tiene estructura multilocular. En otro caso revela un aspecto moteado o en panal de abeja del hueso. El despla--zamiento de dientes por la masa tumoral es un hallazgo re--lativamente común, pero la resorción radicular es menos --frecuente. El tumor suele extenderse antes de ser descu--bierto. La invasión del anto ocurre con frecuencia en las lesiones del maxilar.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS. El mixoma se compone de -células fusiformes y estrelladas dispuestas en forma laxa, muchas de las cuales poseen largas prolongaciones fibrila--res que tienden a entremezclarse. La substancia intercelu--lar es mucoide. El tejido laxo no es muy celular, y esas -células no presentan evidencias de actividades significati--va (nucleólos prominentes, figuras mitóticas, pleomorfismo) El tumor está intercalado con una cantidad variable de mi--núsculos capilares, y algunas bandas de colágenos. Algunas veces se encuentran nido de epitelio odontógeno.

TRATAMIENTO. El tratamiento de los mixomas odontógenos es la encisión quirúrgica, seguida de la cauterización. -- Aunque esta es una neoplásia benigna, con frecuencia presen

ta invasión local incidiosa, la cual dificulta la eliminación completa, problema que aumenta por la naturaleza laxa y gelatinosa del tejido propiamente dicho. Las lesiones extensas pueden requerir recesión para erradicar el tumor.

El pronóstico es bueno, pero el índice de recidiva es elevado. El tumor no es sensible a la erradiación. Se conoce una forma maligna franca de este tumor, el mixosarcoma odontógeno, pero es muy raro.

A.c) FIBROMA AMELOBLASTICO. Se puede considerar como un ejemplo de tumor mixto verdadero. El fibroma ameloblástico es una neoplásia relativamente de origen dental, que se caracteriza por la proliferación simultánea tanto de tejido epitelial como mesenquimatoso sin formación de esmalte o dentina.

CARACTERISTICAS CLINICAS. 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 33 años, para *Small y Waldron*, el fibroma ameloblástico se presenta en personas mucho más jóvenes. En una revisión de casos publicados al igual que *Gorlin* encontró pacientes con fibroma ameloblástico de 14 años, así mismo 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 trábeculas óseas. En cambio, se agranda por expansión gradual, de manera que la periferia de la lesión suele ser lisa. Por lo general no hay quejas de parte del paciente afectado.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS. No se hallan diferencias significativas regulares entre el aspecto del ameloblastoma simple y el fibroma amelobástico. 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 datiliformes largos y nidos. Estas células epiteliales suelen ser de tipo cuboide o cilíndrico y tienen estrecha semejanza con el epitelio odontógeno primitivo. 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 marcado en esta lesión que en el ameloblastoma simple. Al igual que 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 escasos vasos sanguíneos, y se produce la hialización yuxtaepiteliales de las zonas de tejido conectivo. Los estudios con microscopio electrónico han sugerido que esta aparente hialización podría, en realidad ser una lámina basal exuberante. Hay veces que esté llega a asemejarse a la dentina displá

sica. Algunos investigadores dicen que el fibroma ameloblástico nada más en su odontoma complejo inmaduro y que a la larga se transformaría en un odontoma. Sin embargo, *Eversole y Col.*, en un estudio de la histiogénesis 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 inmadu -- ra en una altamente diferencia

TRATAMIENTO. El tratamiento del fibroma ameloblástico ha de -- ser algo más conservador que el del ameloblastoma simple, pues -- to que no infiltra en forma activa al hueso, se separa facil -- mente del hueso y presenta poca tendencia a recidivar, aún -- después de un procedimiento conservador.

A.d) ESMALTOMA. Se le conoce también como *Perlas del Esmal -- te*, su estructura es esférica, blanca y pequeña, semejante a una gota.

CARACTERISTICAS CLINICAS. Puede encontrarse unida a la super -- ficie del esmalte del diente o como estructura libre en la -- membrana parodontal, como con más frecuencia en la bifurcación o trifurcación radicular. No es observada frecuentemente, de -- escasa importancia clínica y descrita solo en molares.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS. Es radiopaca, lesión pequeña

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

TRATAMIENTO. No requiere de tal.

A.e) CEMENTOMA. También se le conoce como displasia cementaria periapical, está es una lesión bastante común, pero sigue siendo un enigma para los investigadores que intentaron explicar su origen en el tejido odontógeno, el cemento, en tanto que otros creen que constituye nada más -- que una reacción deshusada del hueso periapical. No se -- considera una neoplasia en el sentido corriente de la palabra.

ETIOLOGIA. 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. Ya que se considera de etiología desconocida, aunque se ha pensado que es un producto de un traumatismo crónico-leve, quizá de la oclusión traumática. Porque es imposible relacionarla con alguna infección obvia del diente, con antecedentes de sífilis o -- transtorno hormonal.

CARACTERISTICAS CLINICAS. En la literatura se conocen varias series de casos que a su vez esto proporcionó considerable información sobre las características clínicas de la lesión. Otra característica que esta lesión afecta más a la mujer que al hombre. En algunas lesiones se daban -- predominantemente en negros.

Las lesiones se originan en el ligamento periodontal, o -- cerca de él, alrededor del ápice dental, por lo común en -- dientes anteriores hasta premolares inferiores. Muchos casos presentaban en realidad lesiones múltiples. Pocas son las veces que hay alguna manifestación clínica.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS. Puede presentar un cua

dro radiográfico variado, según la fase en el momento del descubrimiento que esto sucede accidentalmente durante un examen radiográfico intrabucal de rutina, puesto que la lesión es asintomática. Algunas lesiones localizadas cerca del agujero mentoniano, y aparecen invadiendo al nervio --

Existen tres fases en su desarrollo, y son:

FASE OSTEOLITICA. Es el paso inicial en la fase más incipiente en su desarrollo y empieza con la formación de una zona circunscrita de fibrosis periapical acompañada -- por su destrucción localizada de hueso. Como hay pérdida de substancia ósea y reemplazada por tejido conectivo, la lesión aparece radiolúcida. Tiene mucha similitud con lesiones periapicales como el granuloma o el quiste, originando la muerte pulpar ya fuera por infección o trauma. -- Que no hay duda que son muchos los dientes que son extraído incesariamente, ya que el odontólogo no ha sabido reconocer la lesión. Salvo que se encuentre afectado por caries o trauma, ya que los dientes con displasia periapical todavía tienen vitalidad.

FASE CEMENTOBLASTICA. s la segunda fase del desarrollo de esta lesión, o sea el comienzo de la calcificación en la zona radiolúcida de fibrosis. Esto ha sido descrito ya que hay una mayor actividad cementoblastica con depósito de espículas de cemento o cementículos. El estímulo para la formación de este material calcificante no ha podido ser determinado.

FASE MADURA. Se determina como la tercera fase de esta historia natural de la lesión en la cual se deposita excesiva cantidad de material calcificado en la zona focal y aparece en las radiografías, una radiopacidad bien definida

que suele estar rodeada de una delgada línea o banda radiolúcida. De manera que pueda haber una considerable similitud radiográfica entre la fase madura de la displasia cementaria periapical y la llamada osteítis condensante y osteomielitis esclerosante focal crónica, una reacción periapical del hueso, generalmente como una respuesta a la infección

TRATAMIENTO. 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 al diente, salvo que haya razones ajenas a esta lesión.

A.a.1) ODONTOMA COMPUESTO COMBINADO. Se difiere del odontoma complejo, ya que cuenta con un grado elevado de morfodiferenciación e histodiferenciación. Sin embargo la morfodiferenciación puede variar considerablemente de un caso a otro, 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. El tumor es pequeño y benigno. Al contrario del tipo complejo. La mayoría de odontomas compuestos ocurren en la región incisívocanina del maxilar superior. Su diagnóstico de más del 50% se dará en la 2da. y 3ra. década.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS. Frecuentemente estos tumores aparecen entre las raíces de los dientes anteriores deciduos, impidiendo la erupción de sus sucesores permanentes.

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

Los dientes son enanos y generalmente deformados, casi todos tienen raíces simples.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS. Algunos tumores tienen hasta solo tres o cuatro dientes mantenidos juntos dentro de una cápsula de tejido conjuntivo.

Microscópicamente, exhiben un orden normal del tejido dental

TRATAMIENTO. Exéresis quirúrgica conservadora. No hay recidiva después de practicada esta.

A.a.2) ODONTOMA COMPLEJO Este parece ser menos frecuente que el odontoma compuesto. En el desarrollo del diente normal hay una degeneración de la lámina dental poco después de la formación de tejido duro y el odontoma complejo corresponde a este estadio de inducción.

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.

La mayoría, se diagnóstica en la 2da. y 3ra. década de vida del paciente.

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

El odontoma complejo no es maligno y suele permanecer bastante pequeño, aunque rara vez será de un tamaño grande. Por lo regular será más frecuente en la región del 2do y 3er molar inferior de la mandíbula.

B.a) 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 interesa a ambas tablas del hueso, pero en particular la tabla externa. Es irregular, abollado, duro. Da el signo de la crepitación a modo de pergamino. La mucosa que lo cubre es normal. No hay trismus ni adenopatías, ni -- anestesia labiomentoniana. Son tumores epiteliales no -- calcificados, de carácter multicéntrico y con tendencia a la recidiva después del tratamiento. Como se dijo anteriormente se compone exclusivamente de epitelio. Se observa en los sujetos jóvenes y su asiento de predilección es el ángulo del maxilar.

En su mayoría se localiza en la zona molar y un pequeño porcentaje (10%) en la zona premolar. Pocas veces se ve afectada la porción anterior de los huesos.

CARACTERÍSTICAS CLINICAS. La evolución espontánea es muy lenta e indolente. Se lleva a cabo por accesos. La mucosa de la masa tumoral es normal. Cerca del 26% al 30% se origina en quistes foliculares preexistentes, y alrededor del 5% al 15% de los quistes foliculares muestran proliferación ameloblástica. Clínicamente el lugar afectado puede aparecer normal, o puede estar agrandado y mostrar desplazamiento y maloclusión de los dientes regionales.

Las recurrencias son comunes, sin embargo este problema es consecuencia de una extirpación incompleta.

CARACTERÍSTICAS RADIOLOGICAS. Este estudio es siempre explícito. El aspecto multilocular son *pompas de jabón*, es el más frecuente. Las radiografías oclusales pueden reve

lar expansión y deformidad de las tablas, pero estas pocas veces se destruyen. También va a presentar un aspecto areolar que corresponde las pequeñas geodas, cuyos contornos son redondeados. El tumor puede asociarse con un diente retenido y aparecer como una radiolucidez, alrededor de la corona retenida.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS. El estroma del tumor se compone de tejido conectivo fibroso y no está encapsulado. Microscópicamente, el ameloblastoma es exclusivamente un tumor epitelial. El epitelio forma hojas, islotes y cordones cuya capa periférica está constituida por células cilíndricas y cuboides que se parecen a ameloblastomas, que estas a su vez se infiltran en los espacios medulares mucho más allá de la masa tumoral principal, en tanto que la masa central habitualmente, consiste en células estrelladas que se asemejan al retículo estrellado del órgano del esmalte.

Este es un cuadro común y usual, no obstante, pueden observarse variaciones. Por lo tanto el tumor es más extenso de lo que se indica radiográficamente.

TRATAMIENTO. Si el tumor nunca ha sido tratado, y según la localización se puede pensar en una solución relativamente conservadora; pero si el tumor es una recidiva, deberá ser objeto de un tratamiento quirúrgico.

B.b) PLEXIFORME. El ameloblastoma simple es el tipo his
tológico mas frecuente. Se ve mucho más frecuente en per
sonas con edad promedio de 30 a 40 años, al igual que por
el sexo ya que afecta por igual, ademas que no existe pre
dilección por una raza determinada.

CARACTERISTICAS CLINICAS. Por lo general, el ameloblasto
ma crece lentamente y puede estar presente algún tiempo -
antes de que el enfermo se da cuenta de su existencia. En
las primeras fases del desarrollo, el tumor suele ser asin
tomático, y muchas veces se encuentra durante una explora
ción radiográfica habitual. Cuando el ameloblastoma se
desarrolla en un quiste primordial, los signos y síntomas
son los de cualquier lesión quistica central de los maxi
lares. Estos casos puede que el tumor se descubra solo -
después de estudiar muchos cortes del quiste. Otra carac
terísticas es que se desarrolla más abundantemente en la --
mandíbula y en la zona de los molares. En caso de que ---
afecte la maxila superior afecta el seno maxilar y el sue
lo de la nariz. Es raro encontrar el ameloblastoma sim--
ple por delante de la zona premolar.

El motivo de la consulta suele ser un agrandamiento doloro
so del hueso afectado. La exploración de la boca mostra
ra una masa dura, no dolorosa, de tamaño variable que au
menta 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 ali
neados.

Cuando existe la enfermedad avanzada, los signos son:

Este presentará asimetría importante, dolorosa, crecimiento lento, continuo, la masa puede ser de varios centímetros de tamaño y ocupar un espacio considerable en la boca, produciendo alteración de la función bucal. La superficie suele ser lobulada y la mucosa puede ulcerarse. Los tumores son dolorosos y la palpación debido a la presión sobre los troncos nerviosos, y pueden ser crepitante o de dureza ósea, dependiendo de la cantidad de degeneración quística de su interior.

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

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS. Estas van a ser 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 los quistes crecen de una forma más amplia y más 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 periférico bien definido pero suele carecer de margen hiperostótico.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS. Dependerá de una exploración microscópica de dos muestras de tejido o sea por medio de biopsia de las zonas císticas, serán dos muestras como se dijo antes, ya que así será de más ayuda para el patólogo, una de estas muestras se toma de la parte más --

sólida del tumor. El diagnóstico diferencial debe tenerse en cuenta a los sarcomas primitivos óseos, las metástasis neoplásicas y el granuloma reparador de células gigantes.

TRATAMIENTO. El ameloblastoma es un tumor persistente y se señala un porcentaje alto de recidivas. Por ello es necesario practicar la extirpación en bloque, extendiéndose más allá de la dimensión radiográfica del tumor.

Deben remitirse los tejidos de los bordes de resección para practicar la exploración microscópica. Muy a menudo se alcanza en la primera intervención el éxito, por lo que la extirpación debe comprender todo el tejido posible, incluso a expensas de la cortical ósea inferior de la mandíbula, que puede sustituirse mediante un injerto.

B.c) 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 islotes epiteliales compuestos de células escamosas. Estas pueden estar queratinizadas y aparecerse a los de un carcinoma de células escamosas. Parte del tumor puede mostrar las características células ameloblastoides y otras que asemejan 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 y maligna.

Sin embargo, esa suposición es incorrecta y, con excepción

de las características microscópicas recientemente descritas, la lesión es idéntica al ameloblastoma.

B.d) TUMOR NEUROECTODERMICO

MELANOTICO DE LA INFANCIA. Se le conoce por muchos nom-- bres como: *Tumor de origen embrionario retiniano*, *Tumor - de origen embrionario*, *progonoma* 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. También llamado *Melanoameloblastoma*, comprende cerca del 0.7% de los tumores odontogénicos de los maxilares.

El ameloblastoma pigmentado o melanótico es un tumor raro: los casos mencionados en la literatura son menos del 30%. Se trata de un tumor benigno que se presenta durante el - primer año de vida, generalmente durante los primeros seis meses de vida, y es más frecuente en las niñas. La lesión aparece habitualmente más de un 80% en el 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 relativa-- mente rápido en la parte anterior del maxilar que levanta el labio superior y le dificulta la succión, la mucosa su-

prayacente puede estar intacta.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS. Estas revelan zonas radiolúcididad y desplazamiento de los dientes en desarrollo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS. Las características microscópicas del melanoameloblastoma tiene valor de diagnóstico.

1.- 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 melanina.

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

B.e) AMELOBLASTOMA O EPITELIOMA ADAMANTINO. Se observan --en los sujetos jóvenes y su asiento de predilección es el ángulo del maxilar. El tumor interesa ambas tablas del --hueso, pero en particular la tabla externa. Es irregular, abollado, duro. Da el signo de la crepitación a modo de --pergamino. La mucosa que lo cubre es normal. No hay trismus, ni adenopatías, ni anestesia labiomentoniana.

Son tumores epiteliales no calcificados, de carácter multicéntrico y con tendencia a la recidiva después del tratamiento.

CARACTERISTICAS CLINICAS. Su evolución espontánea es muy -
lenta e indolente. Se lleva a cabo por abcesos.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS. Tiene un aspecto multilocu-
lar "*pompas de jabón*" es el más frecuente. El aspecto areo-
lar "*en panal de abejas*", corresponde a las pequeñas geo--
das cuyos contornos son redondeados.

TRATAMIENTO. Es quirúrgico. Si el tumor nunca ha sido --
tratado, y según la localización, se puede pensar en una -
solución relativamente conservadora; pero sí el tumor es -
una recidiva, deberá ser objeto de una resección.

B.f) TUMOR ODONTOGENICO ADENOMATOIDE. Desde que se registr
arón los primeros casos de tumor odontogénico adenomatoid
e (tumor adenomatoide ameloblástico), por *Dreiblandt y Har*
bitz, han sido comunicados por lo menos 100 casos. Es po-
sible que *James y Fourbes* registrarán un caso de una niña
de 4.6 años de edad. Estos se han publicado con nombres -
diversos: *adenoameloblastoma, odontoma compuesto complejo*
quistico, tumor del epitelio del organo del esmalte, amelo
blastoma glandular y tumor adenomatoide odontogénico; la -
denominación más común, es la de adenoameloblastoma. Sin
embargo, el comportanmiento 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 describen *James y Forbes, Harbitz, Whol, Glosk, Durlington y Lefkowitz, Ch'ini* en los estudios de tumores odontogénicos de sus lecciones, *Stafne* fué el primero en reconocerlo como entidad.

El análisis de 100 casos revela que el tumor es algo más frecuente en mujeres que en hombres y que ocurre durante la segunda década de la vida. 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. Ya que en su mayoría los adenoameloblastomas se asocian con dientes retenidos y, por eso en las radiografías se confunden a menudo con quistes dentígeros.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS. Las radiografías ponen de manifiesto una zona radiolúcida circunscrita asociada muchas veces con un diente retenido. En algunos casos la radiolucencia puede mostrar pequeños focos radiopacos. El tumor puede ser asintomático o producir un agrandamiento en la zona. Si el tumor es grande, las tablas del hueso afectado pueden estar levemente dilatadas, sin embargo esto no es la regla.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS. El tumor se compone de estructuras semejantes a conductos, revestidas de epitelio cilíndrico y cuboide. Los espacios entre los conductos es

tán 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. Consiste en raspaje local, luego del cual -- no hay recurrencia. Por lo tanto la lesión es mucho menos agresiva que los ameloblastomas.

C.a) QUISTE RADICULODENTARIO. Este quiste resulta de la transformación quística del granuloma apical. Se desarrolla muy a menudo en un diente cariado cuya pulpa se ha necrosado. Evoluciona en cuatro fases: lactancia, deformación, exteriorización y fistulización.

CARACTERISTICAS CLINICAS. Se comprueba entonces la tumefacción situada a nivel de la zona apical, cubierta de una mucosa sana o congestionada. La palpación puede dar la impresión de crepitación semejante a la de un pergamino. -- Con la punción exploradora se puede obtener un líquido citrino. La evolución espontánea se prosigue hasta llegar a la exteriorización. En tal caso se observa una fístula de la que mana un líquido quístico si se ejerce presión sobre el tumor.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS. Después de un período de lactancia en el cual el diagnóstico de quiste solamente -- puede ser radiológico (imagen radioclara) se presenta una fase de deformación debida al desarrollo del quiste.

TRATAMIENTO. El tratamiento de los pequeños quistes, depende en algunos casos del tratamiento endodóntico conservador del diente. El tratamiento quirúrgico, aplicable en todos los casos, consiste en el ablación de la bolsa, acompañada de la extracción del diente respectivo.

C.b) QUISTES PERICORONARIOS. Se trata de quistes uniloculares que rodean la corona indeme de un diente incluido. - Se desarrollan tanto a nivel de los dientes temporales como de los permanentes. Son menos frecuentes que los quistes radiculodentarios.

I.a) QUISTE NASOALVEOLAR. Se trata de una tumefacción ovoide que levanta el ala de la nariz, engrosando el labio superior, y que llena el surco nasogeniano en su parte media deformando el vestíbulo en la región canina.

TRATAMIENTO. El tratamiento consiste en la enucleación por vía bucal con despegamiento de la mucosa nasal.

I.b) QUISTE DE LA PAPILA PALATINA. Tumefacción ovoide, fluctuante, que se asienta por detrás de los incisivos centrales, a la altura del paladar. Puede romperse en cualquier momento y dejar escapar un líquido de sabor salado.

TRATAMIENTO. Es quirúrgico y consiste en la enucleación del tumor.

I.c) QUISTE DERMOIDES DEL PISO DE LA BOCA. El quiste dermoide mediano es sublingual, de color amarillento cuando la mucosa que lo cubre está tensa. El quiste dermoide lateral es más a menudo submaxilar y **en alforja** o doble saco supra y submilohioideo.

TRATAMIENTO. Consiste en la enucleación por vía bucal o suprahioidea.

I.d) QUISTE DEL CONDUCTO TIREOGLOSO. Es excepcional y puede localizarse en la base de la lengua, provocando trastornos respiratorios importantes.

TUMORES HIPERPLASICOS DE LA MUCOSA BUCAL. Estos tumores son secundarios a irritaciones de origen externo, en particular dentario. Se distingue el granuloma telangiectá-

sico, la diapneusia y los tumores hiperplásicos circunscritos de la encía.

I.e) GRANULOMA TELANGIECTASICO O BATHRIOMICOMA. Este falso tumor de origen microbiano puede encontrarse en toda la extensión de la mucosa bucal, pero en particular a nivel de la lengua, de los labios y de las encías.

CARACTERISTICAS CLINICAS. Se trata de un tumor indoloro, saliente, redondeado, del grueso de un guisante o un poco más grande, de superficie lisa o uniforme, cubierto de un epitelio delgado. A veces se reduce, este tumor está estrangulado en la base, a menudo pediculado, con un surco que lo separa del epitelio sano. Se observa después de una herida infectada y alcanza su volumen definitivo entre 10 y 15 días. Permanece entonces estacionario indefinidamente, sin desaparecer.

TRATAMIENTO. Consiste en la excisión y en la supresión de la irritación, con objeto de evitar la recidiva.

I.f) DIAPNEUSIA DE LA MUCOSA BUCAL (DELARUE Y HOUSSET). Cuando las arcadas dentarias son incompletas debido a la avulsión de un diente, la mucosa tiene a insinuarse en el hiato formando ahí una especie de hernia. La formación de esta hernia es además favorecida en la mayoría de los casos por un tica de succión.

CARACTERISTICAS CLINICAS. El tumor tiene el aspecto de un nódulo sésil, más o menos regular, que se adapta al interticio y sus bordes. Esta hernia, blanda al comienzo, toma luego una consistencia firme. Su coloración superficial es idéntica a la de la mucosa cercana, salvo en caso

de inflamación.

TRATAMIENTO. Consiste en la extirpación del seudotumor y en la supresión de la causa local (falta de un diente)

I.g) TUMORES HIPERPLASICOS CIRCUNSCRITOS DE LA ENCIA.

Estos tumores se designan en la mayoría de los casos con el término de épulis. Son la consecuencia de un traumatismo accidental, funcional o terapéutico. Se encuentran en cualquier edad, más a menudo en las mujeres con dentadura temporal o permanente, en las crestas desdentadas, - provistas de prótesis o carente de ellas.

CARACTERISTICAS CLINICAS. La superficie del tumor está - cubierta de una mucosa que puede ser lisa, botante o edematosa. La lesión situada en el tejido celular submucoso, adquiere un aspecto diferente, según su asiento y evolución. Se trata de un granuloma telangiectásico que interesa la fibromucosa y el periostio, ya que evoluciona hacia la fungosidad, la fibrosis o la angiomatosis según -- las condiciones locales y generales. Este épulis puede - llegar a tener un volumen muy grande y comprometer los -- dientes situados en la proximidad. El épulis puede extenderse en superficie o penetrar profundamente en el ligamento alveolodentario por un fino pedículo que será preciso - destruir quirúrgicamente a fin de evitar la recidiva. Asimismo debe destacarse la importancia de los transtornos sanguíneos en la etiología de estos tumores.

TRATAMIENTO. Después de realizado el control de la fórmula sanguínea y de la hemostasia, comprende la ablación -- completa de la hiperplasia con bisturí de cuchilla o con

bisturí eléctrico, y la supresión de las posibles causas -
de irritación dentaria.

II.a) PAPILOMA DE LA MUCOSA LUCAL. Esta lesión se encuentra tanto en el niño como en el adulto. Se localiza en la mucosa palatina, los labios, la lengua, las encías o las mejillas.

CARACTERISTICAS CLINICAS. Es indolora. Puede ser aislada o múltiple, tiene el tamaño de un guisante o un poco más. La masa es sésil y está formada de finas digitaciones arborescentes, de color blanco nacarado.

TRATAMIENTO. Consiste en la ablación completa, cortando por tejido sano. No hay recidivas.

II.b) PAPILOMATOSIS. Se trata de una hiperplasia papilomatosa que se encuentra a nivel de la fibromucosa palatina, a veces en la lengua.

CARACTERISTICAS CLINICAS. Esta papilomatosis se presenta en forma de numerosos papilomas hemisféricos o filiformes de 2 a 4 mm. de ancho y de 2 a 3 mm. de largo.

TRATAMIENTO. Consiste en la ablación de la mucosa patológica.

II.c) QUERATOACANTOMA. Este tumor se localiza casi siempre en los labios, la lengua, el reborde alveolar y también en la piel de la nariz, de las mejillas y de la frente. La mayoría de los casos se encuentra en el hombre -- adulto. El tumor puede aparecer sin causa aparente o como consecuencia de un traumatismo crónico o de una infección.

CARACTERISTICAS CLINICAS. Se trata de un nódulo hemisfé-

rico, a veces de una pápula o de una ulceración. Se caracteriza por una evolución bastante particular: aparece aumentada de tamaño y desaparece espontáneamente en el -- curso de 3 a 6 meses. Al comienzo es un pequeño tumor in doloro, superficial, nodular, de consistencia muy firme, centrado por un orificio que contiene una zona cornea.

TRATAMIENTO. Consiste en la ablación quirúrgica.

III.a) FIBROMA DE LA MUCOSA BUCAL. Es un tumor benigno muy frecuente en el adulto, se localiza en la mucosa de las mejillas, la lengua, de los labios, del velo del paladar, del piso de la boca y de las encías.

CARACTERISTICAS CLINICAS. Se trata de un tumor indoloro, sésil o pediculado, nodular, cubierto de una mucosa normal, de consistencia más o menos firme. Después de haber eliminado el diagnóstico de neurofibromatosis.

TRATAMIENTO. Consiste en la extirpación del tumor. En un principio, no hay recidiva.

III.b) LIPOMA. Este tumor se desarrolla en la zona profunda de la mucosa a partir del tejido adiposo y del tejido fibroso. Se encuentra en todas las edades.

CARACTERISTICAS CLINICAS. Se trata de una deformación indolora, difusa, más o menos blanda y que se localiza en el piso de la boca, de la mejilla, de la cara interna de los labios, del vestíbulo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS. El aspecto macroscópico es típico: masa amarilla lobulada por una red fibrosa, de consistencia blanduzca, que se vuelve dura bajo la influencia de un chorro de cloruro de étilo.

TRATAMIENTO. Extirpación quirúrgica.

IV.a) LEOMIOMA. Se desarrolla a expensas de las fibras musculares lisas de los espacios vasculares. Se localiza en la base de la lengua en donde puede engendrar transtor nos respiratorios, o en los labios, el velo del paladar, la lengua o la cara interna de las mejillas.

CARACTERISTICAS CLINICAS. Es una masa indolora, de consistencia firme, cubierta de una mucosa normal.

TRATAMIENTO. Extirpación quirúrgica.

IV.b) RABDOMIOMA. Se desarrolla a expensas de las fibras musculares estriadas. Se encuentra en la lengua y velo del paladar.

CARACTERISTICAS CLINICAS. Se trata de una masa nodular más o menos en relieve.

TRATAMIENTO. Extirpación quirúrgica.

IV.c) MIELOBLASTOMA. De células granulosas fue descrito por *Abrikossoff*. Se puede hallar en la mucosa bucal y en particular en la lengua, en la cresta gingival, en los músculos, la osofaringe, las glándulas salivares y también en las vías respiratorias, el aparato urinario e incluso en el corazón. La evolución es benigna.

CARACTERISTICAS CLINICAS. Se trata de un tumor indoloro, que tien la forma de un nódulo saliente, sésil, en ocasiones pediculado de consistencia firme, cubierto de una mucosa normal.

V.a) ANGIOMA. Se asienta en un punto cualquiera de la cavidad bucal, pudiendo presentarse en dos formas: el angioma plano, mancha sanguínea y el angioma cavernoso, tumor-sanguíneo susceptible de borrarse por la presión manual. Al lado de estas dos formas de angiomas se ha de advertir la gran frecuencia de las dilataciones venosas o varices-sublínguales y una forma particular de varices del anciano; el angioma senil del labio inferior que se desarrolla en la mujer después de la menopausia.

V.b) LINFAGIOMA. Tumor linfático, muy rara vez enquistado, y más a menudo difuso, que se observa principalmente en los labios, en el que se ha de subrayar la gran frecuencia de varices linfáticas (red de cordones duros a la palpación).

V.c) TUMOR GLOMICO. Del tamaño de un guisante, liso, elástico, de color rosado o azulado, es secundario a un --traumatismo. Se puede encontrar en los labios o en las mejillas.

CARACTERISTICAS CLINICAS. Es un tumor doloroso, benigno.

TRATAMIENTO. Debe ser retirado quirúrgicamente.

VI.a) TUMORES NERVIOSOS. Los Schwannomas o neurinomas, son tumores duros que pueden volverse voluminosos y se observan excepcionalmente. Se pueden localizar en la len--gua, en el velo del paladar, los labios, las encías, el -vestíbulo o el piso de la boca. La evolución es lenta.

TRATAMIENTO. Ablación quirúrgica, o diatérmica.

VII. 1) TUMORES MIXTOS. Estos tumores se caracterizan - por su aspecto clínico benigno y lento, por su recidiva - constante cuando los mismos son tratados por enucleación simple, así como por la frecuente transformación maligna - cuando se prescinde de la intervención. Estos tumores es- tán constituidos por la asociación de tejido epitelial y de una estroma conjuntiva.

CARACTERISTICAS CLINICAS. Indoloro, móvil. Varía según - la localización. No existen adenopatías. Su evolución - es lenta.

- PALADAR. El tumor mixto puede asentarse en la bóveda - palatina y el velo del paladar. Tiene una forma ovala- da y puede ocasionar disfonía y disfagia.
- En la cara interna de las mejillas. El tumor mixto se ubica frente a los molares en el mismo plano del conduc- to de Stenon. La sialografía de la glándula parótida - visualiza la independencia del tumor yugal con respecto al sistema glandular parotídeo.
- En la parte anterior del piso de la boca, el tumor re- viste los signos clínicos de un tumor sublingual.
- En el labio superior. El tumor se asienta casi siempre en el fondo del vestíbulo, adherido a la cara vestibular del maxilar.
- En el triángulo retromolar. La neoformación deforma la base del pilar anterior del velo del paladar.

El tumor mixto también puede localizarse en los bordes la- terales y en base de la lengua.

Exámen Anatomopatológico. Confirma el diagnóstico.

TRATAMIENTO. Al diagnosticarse clínicamente queda contra indicada la biopsia e impone una exéresis amplia.

Después del tratamiento, el futuro está amenazado con los riesgos de recidivas, probablemente vinculados a un foco-tumoral residual. En cambio, la transformación maligna - no se observaría, sino en los tumores mixtos de los labios.

VII. 2) CILINDROMAS. El cuadro clínico de los cilindromas es muy semejante al de los tumores mixtos. Solamente el examen histológico puede aportar la certeza diagnóstica. El tumor se localiza en el velo del paladar, en los labios, en las glándulas salivares principales y accesorias.

CARACTERISTICAS CLINICAS. La evolución espontánea es sumamente lenta y se caracteriza locamente por el aumento de volumen y por la ulceración del tumor. Y a distancia, por la aparición de adenopatías y sobre todo de metástasis pulmonares y óseas.

TRATAMIENTO. Consiste en una exéresis amplia del tumor, seguida de radioterapia sistemática. Esta última no siempre evita las recidivas y las metástasis.

TUMORES DE MIELOPLAXAS. En el maxilar, el asiento y predilección de los tumores de mieloplaxas es la parte media de la rama horizontal de la mandíbula. Es un tumor propio de los jóvenes. Se trata de una tumefacción de consistencia elástica, luego depresible, blanda, cubierta de una mucosa adelgazada, roja, violácea. Los dientes que están enfrente son a menudo móviles. No hay adenopatía ni anestesia labiomentoniana. Valiéndose de la punción es posible obtener algunas gotas de sangre o de una serosidad sanguinolenta. Este tumor puede exteriorizarse.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS. Este pone de manifiesto -- una imagen radioclara, trabecular, lagunar, recorrida por finos tabiques divisorios anastomosados entre sí. Este tabicamiento realiza un aspecto alveolar. Las corticales son a veces rechazadas por la tumoración, pero nunca erodadas.

TRATAMIENTO. Los tumores de mieloplaxas verdaderas pueden sufrir recidivas después del raspado. No obstante, con un tumor virgen de cualquier tratamiento se refiere la cirugía conservadora. Con respecto a las recidivas de los tumores habrá que acudir a la enucleación y raspado o a la resección parcial.

TUMORES MEDULARES. Proceden del tejido conjuntivo, de los vasos o de los elementos hematopoyéticos. No son frecuentes. Se pueden clasificar en esta categoría algunas formas de quistes en relación con las inclusiones epiteliales. Por otra parte, se pueden citar los osteomas, los condromas, los fibromas y los lipomas.

TRATAMIENTO. Los angiomas, los mixomas, poco frecuentes se caracterizan por una terapéutica delicada, después de la cual son posibles las recidivas.

TUMORES MALIGNOS

Los tumores malignos de la cavidad bucal, sea cual fuere - su asiento, tiene características comunes, a saber: morfológicas, anatomopatológicas y , evolutivas. No obstante - cada localización conserva su propia individualidad. Estos tumores tienen una repercusión funcional rápida sobre la masticación, la deglución y la fonación. Cabe señalar el interés del diagnóstico precoz y, de un tratamiento codificado, que deberá establecerse y llevarse a cabo en un medio especializado.

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.

Los canceres de la mucosa bucal, se desarrollan a veces en lesiones preexistentes tales como las cicatrices, las que-

maduras, algunas infecciones crónicas (sífilis terciarias, lupus tuberculosos). Algunas lesiones mucosas, tienen tendencia particular a la degeneración, en particular a la --leucoplasia, y excepcionalmente al liquen plano erosivo, --lo cual explica la necesidad de una vigilancia particular de estos estados. Muy a menudo, el cáncer parece nacer en mucosa sana. El comienzo es de todas maneras insidioso, --excepto de signos funcionales y en ocasiones la adenopatía constituye el primer elemento revelador.

La neoplásia maligna de la boca no se caracteriza por su --aspecto clínico único y específico; puede presentar cual--quiera de sus forma clínicas.

La neoplasia maligna toma formas diferentes. Se comprende facilmente cuando se consideran las causas de estas varia--ciones.

- a) El tipo celular influirá también en el aspecto clínico, así un carcinoma tendrá un aspecto algo distinto de un sarcoma y será muy diferente de un melanoma.
- b) El estado de diferenciación de las células malignas puede contribuir a las variaciones de su cuadro clí--nico.
- c) Su aspecto dependerá del tiempo de duración de la lesión de 12 meses o más; es de esperar que sea muy --distinta a una lesión de origen reciente (es decir --por semanas).
- d) Su aspecto será acorde a la localización original --del cáncer, ya que una lesión maligna se puede de--

sarrollar a partir de la mucosa bucal, por lo tanto será diferente a las que se desarrollan en los tejidos gingivales o del paladar, una diferencia -- en su aspecto entre los tejidos de mucosa y paladar, una diferencia en su aspecto entre los tejidos de mucosa y paladar, será, que en la primera es blando y de fácil compresión y el otro es rígido y delgado, estas características incluyen an algún grado - en el proceso canceroso.

- e) Los efectos de los procesos patológicos superpuestos son muy importantes en la determinación del aspecto clínico; por ejemplo, el 90% de todos los --- cánceres en la boca crecen a partir del epitelio es camoso que recubre a la cavidad oral, debido a la naturaleza del proceso patológico la masa tumoral - hara protusión (por lo menos en un grado mínimo) - en la cavidad oral ya que serán afectados por irritaciones y episodios traumáticos que son tan fre--- cuentes, la zona del tumor puede infectarse secundariamente, dando lugar tal vez a ulceración e in--- cluso puede existir necrosis del tejido, lo cual in fluye para variar el aspecto clínico del cáncer en la boca.

Los tumores odontógenicos malignos, figuran entre las neoplasias más raras de las arcadas. En estudios anteriores 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 puede ser mantenida. El ameloblastoma es un tomar definitivamente benigno y no produce metástasis, aun

que si puede "*invadir*" o penetrar en el hueso vecino, como lo hacen otros tumores benignos de hueso, tales como los tumores centrales de células gigantes y los hemangiomas.

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

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 del cuello juntamente con la arcada.

2.a) SARCOMAS. Los tumores conjuntivos malignos de la mucosa bucal puede ser propagaciones de lesiones sarcomatosas de la mucosa bucal, ya que estudios anteriores dicen - que se trata casi siempre de tumores primitivos de los maxilares. Proceden del tejido osteoformador, o condroformador del tejido conjuntivo intersticial o de las células hematopoyéticas.

El primer signo es de dolor, a veces la fractura espontánea en los casos de formas centrales (sarcoma central) y - el tumor cuando son formas periféricas (sarcoma subperióstico). Su modalidad de extensión condiciona el grado de - malignidad. Respetan durante mucho tiempo la articulación adyacente, invaden los tejidos próximos sobrepasando los - límites del hueso, llegan a la piel que se adelgaza y se - ulcera. Las metástasis son tempranas. La muerte es rápida.

2.b) OSTEOSARCOMAS DE LOS MAXILARES (SARCOMA OSTEOGENICO)
Este tumor se observa durante el crecimiento, entre los - 10 y 25 años. Su localización preferente es el ángulo -- del maxilar. Los signos de alarma son los siguientes: una tumefacción ósea cubierta por una piel caliente, a veces - dolores dentarios, hipoestesia mentoniana o yugal, movili- dad y desplazamiento de los dientes. La evolución es rá- pida y se lleva a cabo por abscesos.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS. El exámen radiológico de-- muestra una osteólisis sin carácter específico. La ruptura de la cortical determina un *espolón perióístico*, en el borde inferior de la mandíbula. Puede existir metástasis pulmonares que dan imágenes radiográficas redondeadas en-

forma de balores que se sueltan.

TRATAMIENTO. Es la exéresis quirúrgica amplia .

2.c) CONDROSARCOMA DE LOS MAXILARES. Este tumor muy infrecuente, se observa en el hombre entre los 30 y los 35 años. Su asiento de elección es la parte anterior del maxilar superior y la parte media de la rama horizontal de la mandíbula.

CARACTERISTICAS CLINICAS. Se trata de una tumefacción dura, indolora, lisa o lobulada, que puede ocasionar signos de obstrucción nasal o signos dentarios.

TRATAMIENTO. Es la exéresis quirúrgica amplia.

2.d) FIBROSARCOMA DE LOS MAXILARES. Este tumor se asienta en la mandíbula, se caracteriza por una imagen de franca osteólisis.

PRONOSTICO. Es menos malo que el del osteosarcoma.

2.e) SARCOMA DE EWING (SARCOMA DE CELULAS REDONDAS). Este tumor se observa en el niño y en el adulto joven, esto es, entre los 5 y los 25 años.

CARACTERISTICAS CLINICAS. Se trata de una tumefacción ósea que evoluciona rápidamente. En el maxilar, está frecuentemente invadido el seno correspondiente, en la mandíbula -- suele estar invadida la rama horizontal. El tumor se acom

pañía de dolores locales, de algias faciales y de parestesia labial. La lesión evoluciona extendiéndose *in situ*, con ulceración de los tejidos que la cubre.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS. El sarcoma de Ewing es muy sensible a las radiaciones, pero de manera bastante transitoria.

TRATAMIENTO. Lo habitual es asociar a la radioterapia la cirugía radical.

2.f) RETICULOSARCOMA DE LOS MAXILARES. Es dos veces menos frecuente que el sarcoma de Ewing. Su pronóstico es menos malo. Se localiza principalmente en la mandíbula.

TRATAMIENTO. Consiste en la exéresis amplia asociada a las radiaciones ionizantes *in situ* y en los ganglios regionales.

2.g) HEMATOSARCOMA DE LA CARA, LINFOMA MALIGNO DEL NIÑO AFRICANO. (enfermedad de Burkitt). Se trata de un síndrome maligno que comprende múltiples localizaciones tumorales nodulares. La lesión de los maxilares existen en el 88% de los casos en el niño africano y en un 38% de los casos en el adulto. El tumor comienza en el hueso alveolar, los dientes se desplazan y son expulsados. El tumor se extiende a la totalidad de los maxilares y acaba por invadir los huesos vecinos. La exteriorización no es constante.

La hipótesis de que esta enfermedad es transmitida por un

mosquito vector, está todavía en estudio. Las radiaciones y la quimioterapia, dan resultados transitorios.

2.h) EPITELIOMAS DE LOS MAXILARES. Son tumores de diversas procedencias. Pueden tratarse de un epiteloma próximo que se ha propagado al hueso adyacente (senos, fosas nasales, mucosa gingival, lengua, piso de la boca, labios) O puede tratarse de un epiteloma que tiene como punto de partida los desechos paradentarios: pero este origen, más bien infrecuente, sigue siendo dudoso.

Es preciso diferenciar de estos epitelomas.

Los epitelomas metastásicos cuyo punto de partida puede ser un cáncer tiroideo, del seno, de las suprarrenales.

Los cilindromas, tumores malpighianos excepcionales, más delimitados, no enucleables y que pueden dar metástasis y recidivar *in situ*.

El epiteloma puede ser superficial o profundo. En su forma superficial, la lesión es vegetante o ulcerosa. La forma superficial vegetante tiene un aspecto papilomatoso y podría tener un pronóstico menos grave. La forma ulcerosa se manifiesta por una úlcera neoplásica circundada de un rodete indurado. La lesión desgasta el hueso en altura y no en profundidad. La adenopatía es temprana e intensa.

En su forma profunda, terebrante, el epiteloma se desarrolla de una manera incídiosa en el interior del hueso, entre las dos tablas óseas. No hay adenopatía temprana. Solamente más tarde, la lesión se va a exteriorizar a cau

sa del desgaste de una tabla ósea.

CARACTERISTICAS CLINICAS. Puede ser dentarios. Un diente se moviliza, luego cae. El alvéolo deshabitado no cicatriza y se convierte en el asiento de una herida ligeramente botonante, que sangra con facilidad.

La anestesia labiomentoniana confirma la infiltración profunda del tumor.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS. El examen radiográfico muestra la imagen de una gran zona de destrucción con zonas --aledañas en su contorno que presenta rarefacción ósea y zonas de imágenes en forma de encajes. Cuando la muralla de las corticales desaparece, se asiste a la invasión rápida de los planos superficiales con signos funcionales graves, en particular la disfagia. En muchos casos existen también un *trismus*.

La infección es muy frecuente y puede dar un aspecto engañoso que hace pensar en la osteítis.

El pronóstico de esta forma profunda, terebrante, infiltrante, es particularmente temible.

2.i) CARCINOMA Y AMELOBLASTOMA DE CELULAS GRANULARES. El carcinoma es el tumor metastásico más frecuente, observado en los maxilares; nace en próstata, tubo digestivo, mamas, pulmones, cuello del útero y vagina. En la mujer el tumor mamario es el más frecuente y causa principal de metástasis en la región bucal. También se han señalado tumores -tiroides, hipernefomas, melanoma maligno, linfosarcoma, - tumor de Ewing, condrosarcoma y simpatoblastoma.

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 lo demás, este tumor es idéntico al ameloblastoma común.

2.j) TUMOR EPITELIAL CALCIFICANTE (Tumor de Pindborg). El tumor odontogeno epitelial calcificante fue descrito por Pindborg por primera vez en 1956. Se considera que sea de origen dental, conserva poca similitud histológica con el ameloblastoma típico, y han de separarse las dos lesiones.

CARACTERISTICAS CLINICAS. Este tumor 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 años 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 en el maxilar con relación de 2 a 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 casos se dan en la zona de centrales, 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

ningun síntoma, y solo son conscientes de una hinchazón in dolora.

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

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

Una característica microscopico de este tumor es la presencia de substancia amiloide. Por lo menos en ciertas circunstancias se forma en zona intracelular 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. En un principio sugirió *Pindborg*, que la fuente de células epiteliales que componen este tumor es el epitelio reducido del esmalte del diente asociado no brota

do. En razón de la similitud morfológica de las células tumorales con las normales de esta capa del aparato odontógeno, se cree según los investigadores que las células se originan en el estrato intermedio. 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. Clínicamente este tumor se comporta como el ameloblastoma típido. Es de crecimiento lento, pero localmente invasivo y tiende a recidivar. El tratamiento será la resección quirúrgica.

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

- 1.- Al primer signo, síntoma o síndrome de un posible tumor odontogénico, realizar todos los estudios que -- sean necesarios para elaborar un diagnóstico acertado.
- 2.- Dar a conocer al paciente la forma más explícita, la patología odontogénica que padece.
- 3.- Condicionar al paciente para obtener del mismo, toda la cooperación.
- 4.- Los tumores odontogénicos surgen de la lámina dental o de sus derivados. Su origen dará, la clasificación entre los tumores benignos y malignos, ya que los primeros serán de crecimiento lento y su localización, -- es intraósea.
- 5.- En cuanto a los ameloblastomas son los tumores odontogénicos más agresivos, en base a sus presentaciones clínicas e histológicas, y su tratamiento el -- cual es siempre quirúrgico, e implica una técnica -- quirúrgica más radical.
- 6.- En los casos en que se requiera la utilización de un injerto, seleccionar 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 psicológico.*

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

- 1.- OSTRIA J.L., PORTILLA, JAVIER.- Tumores Odontogénicos Aspecto Clínico, Radiográfico e Histopatológico. Revista de la Facultad de Odontología UNAM. Vol. III - No. 12 Edición Especial, Febrero de 1976.
- 2.- ZEGARELLI E.V. KUTSCHER, HyMAN.- 6a. Diagnóstico en Patología oral. Edit. Salvat, España 1972.
- 3.- FRUGER, G: Cirugía oral Interamericana. México 1978.
- 4.- BERNIER J.L.- Tratamiento de las Enfermedades Orales. Editorial Bibliográfica OMEBA, S.A. Argentina 1962.
- 5.- GURALNICK, W.C.- Tratado de Cirugía Oral. Edit. Salvar, 1978.
- 6.- WILLIAM G. SHAPFER, MAYNARD K. HINE, BARNET M. LEVY.- Tratado de Patología Bucal. Nueva Edit. Interamericana S.A. de C.V. Tercera Edición 1980.
- 7.- ARCHER, H.W: Cirugía Bucal. Editorial Mundi. Argentina 1978.
- 8.- S.N. BHASKAR.- Patología Bucal. Editorial Argentina. Segunda Edición 1975.
- 9.- ROBER J. GORLIN, M.S, HENRY M. GOLDMAN, Patología -- Oral. Salvat Editores, S.A. Barcelona, España 6a. Edi.
- 10.- GRINSPAN, DAVID. Enfermedades de la Boca. Simiología,- Patología Clínica, y Terapéutica de la mucosa Bucal. - Editorial Mundi. Argentina 1970.