



2ej' 51

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Revisó y aprobó

TUMORES ODONTOGENICOS

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

presenta

JOSE LUIS ANZALDO GONZALEZ

México, D. F.

1982



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.

TUMORES ODONTOGÉNICOS

1.- Introducción

2.- Generalidades

3.- Clasificación

a) Tumores Epiteliales

b) Tumores mesenquimatosos

c) Tumores Mixtos

4.- Tratamiento

5.- Conclusiones

6.- Bibliografía.

Introducción.

Desde que tuve la oportunidad de conocer los procesos patológicos en la cavidad oral, me surgió una gran inquietud para darle una mayor atención a toda la cavidad oral, ya que es de suma importancia para todo cirujano dentista de la práctica general, saber detectar cualquier enfermedad que se presente y hacer una evaluación total, para evitar problemas futuros a nuestros pacientes.

Es por eso que me incliné por elaborar este tema de tumores odontogénicos; esperando que sea de gran utilidad para todo aquel profesionista, futuras generaciones y estudiantes.

Dada a mi limitada y poca experiencia clínica esta tesis está basada a una revisión bibliográfica, que ha sido tomada de una gran cantidad de autores.

Generalidades

Es importante saber diferenciar las causas de los problemas que se presentan en los maxilares. para poder efectuar un buen diagnóstico, por medio de diferentes métodos, procedimientos y llegar a la identificación final de una enfermedad o anomalía.

Tenemos varios métodos y procedimientos para llegar a esto, entre estos tenemos;

Diagnóstico.-Habilidad del clínico para descubrir o advertir la presencia de una enfermedad o anomalía o sea simplemente el descubrimiento de un signo clínico como una tumefacción, una úlcera o tumor, en esencia la habilidad para dar un nombre al proceso patológico y para que sea satisfactorio el clínico debe reconocer y saber la evaluación y el desarrollo de la anomalía y para tener éxito se debe conocer no solo los signos clínicos sino también aquellas facetas relacionadas con ellas, como las causas ontogénicas y manifestaciones radiológicas e histopatológicas.

Para esto tenemos varios métodos ;

1.-Diagnóstico Clínico- Identificación de una enfermedad basada solo en observación y valoración de los signos y síntomas clínicos de la entidad patológica que son observables con los ojos e palpables manualmente.

2.-Diagnóstico Radiográfico.-Por este método podemos llegar a la identificación ,de la mayoría de los tumores, se hace fácilmente al advertir la imagen, radiográfica característica de esta enfermedad especialmente, la presencia de dos o mas formaciones dentarias supernumerarias en una o varias regiones del maxilar.

3.-Diagnóstico a través de datos anamnésticos.-Basada a la valoración, de la historia personal como edad, sexo, y ocupación del enfermo, ya que algunas enfermedades de la boca son características de ciertas edades; Elong Herpes simples en los adolescentes, cementomas en hombres tipo de trabajo depositos de metales, etc.

4.-Diagnóstico de laboratorio.-Es esencial para observar pruebas por medio de resultados de cultivos microbiológicos , o de muestra del resultados de la biopsia de una muestra de tejido.

3.-Diagnóstico Quirúrgico.- La sospecha de un absceso subperióstico , se confirma mediante una incisión que produce la liberación de un exudado purulento.

El quiste óseo idiopático, cuyas características clínicas y radiográficas , pueden sugerir el diagnóstico solo pueden identificarse de forma definitiva por medio, de la exploración quirúrgica por el hallazgo de una cavidad ósea vacía de tejido quístico.

Neoplasia.-Es una masa anormal cuyo crecimiento excede de los tejidos normales y que no está relacionado con estos mismos y que persiste en la misma manera excesiva después de cesar el estímulo que desencadenó el cambio.

El compartimento biológico de los tumores los separa en dos grupos;

Primer grupo.-

Tumor Benigno.- Es aquel cuyo crecimiento es lento, no invade los tejidos vecinos, ni da metástasis, y solo compromete la vida del enfermo por su posición o por sus secreciones internas, generalmente está encapsulado.

Segundo grupo.

Tumor Maligno.- Crece rápidamente e invade las estructuras que los rodean, generalmente da metástasis y si no reciben un tratamiento efectivo ocasiona la muerte del enfermo.

Diferencias entre tumores Bónignos y Malignos.

Características	Tumor Bónigno	Tumor Maligno
Estructura y diferenciación	Frecuentemente típica, del tejido de órigen	Frecuentemente atípica, e sea poco diferenciado
Modo de crecimiento	Expansivo con formación de capsula.	Generalmente rápido, muchas mitosis anormales.
Velocidad de crecimiento.	Generalmente lento y pocas mitosis normales	Generalmente rápido muchas mitosis anormales.
Progresión del crecimiento	Generalmente lento y progresivo.	Raramente cesa, casi siempre es rápido y progresivo.
Metástasis	Ausentes	Generalmente presentes.

PERIODOS CLÍNICOS DE LOS TUMORES ODONTOGÉNICOS

Los tumores de origen dentario, se caracterizan por una marcha y evolución idénticas; tales son los periodos clínicos de los tumores odontogénicos, que pueden clasificarse sucintamente, ya que serán considerados en cada tumor en particular, de la siguiente manera;

I.-Período de iniciación.-Período que se denomina silencioso, pues ningún síntoma clínico revela su presencia. Es el período de origen del tumor; se inicia en el interior del maxilar, sin molestias ni sintomatología de ninguna clase, son a veces "descubrimientos radiográficos" cuando por motivos se investiga radiográficamente en el maxilar.

2.-Período de deformación.-Puesto en marcha el tumor, el proceso aumenta de volumen, a expensas del hueso donde está alojado. Esta marcha característica del tumor benigno, la hace rechazando el hueso, atrofianzolo por compresión, sin hacerle formar parte del mismo.

Las tablas óseas, por lo tanto, son rechazadas por el

tumor que esta unido de un poder de crecimiento extraordinario.

El hueso se deforma variable, según sea el volumen de proceso la tabla externa, en general es la mas prontamente deformada (sobre todo en el maxilar inferior) la bóveda palatina de muestras, prematuramente de los tumores odontogénicos que alberga.

3.-Período de exteriorización.-La resistencia ósea no es infinita. llega un momento en el que el hueso no puede ceder más, e ha desaparecido por atrofia, hasta el avance tumoral, El tumor se exterioriza, se pone en contacto con el medio bucal, separado de este solo por el perieste y tejido gingival, que permanece como reducto inexpugnable, aún en tumores de gran tamaño .

En estos dos periodos, el tumor que ha adelgazado las tablas óseas y las ha dejado, papiráceas permite ser reconocido clínicamente por el sistema denominado por Dupuytren cepitación apergamizada. Destruído el hueso, desaparece este sistema y el proceso de la osteomatología; resistencia, fluctación e dureza (tumores esfírnicos)

3.-Período de supuración.- La supuración no es mas que una complicación en la marcha del tumor, pudiendo suceder tal contingencia, en cualquiera de los tres primeros periodos.

La supuración implica la evolución de los tumores odontogénicos. El pues debe abrirse camino quirúrgico o espontáneamente y la sintomatología adquiere otras características.

TUMORES ODONTOGÉNICOS.

Histogénesis.-En la sexta semana de la vida intrauterina se inicia la odontogénesis(aumento de número de células epiteliales que da comienzo al proceso en forma simultánea para todos los dientes primarios .

Los tumores odontogénicos, pueden producirse en cualquier momento durante la odontogénesis, aquellos que se generan durante la primera etapa, de la evolución dentaria, no contienen tejidos dentarios calcificados y por lo tanto se les denomina "Blandos" , cuando se forma durante la segunda etapa pueden contener dentina, esmalte o cemento, solo o combinados, algunas veces se les califica como lesiones "Duras ó Calcificadas"

El término de tumores odontogénicos se usa generalmente para designar un grupo de neoplasias tisulares provenientes de las estructuras que se originan al diente, o sea, Tumor odontogénico es el que en el curso de su evolución , produce dientes o estructuras dentales desorganizadas que contienen precursores de estructuras calcificadas.

Histológicamente existen tres grupos básicos de tumores odontogénicos

1.-Los en que el elemento tumoral es epitelial

2.-Los que el elemento tumoral es mesenquimatoso

3.-Los que constituyen en una combinación de los dos anteriores.

Además de su origen tiene en común otras características.

1.-Casi todos son benignos, algunos como el ameloblastoma puede ser localmente agresivos y recurrir repetidas veces, pero ninguna produce metástasis.

2.-Con pocas excepciones aparecen en los maxilares.

3.-Todos crecen lentamente.

4.-Se derivan de los tejidos que participan en la odontogénesis.

Adenocarcinoma Región de caninos superiores

20 - 40 años

Femenino.

crecimiento lento; asintomático o puede producir un aumento de agrandamiento, deformidad; migración de los dientes; las tablas mandibulares pocas veces destruidas; dientes de las zonas vitales.

zona rad. aislada, solitaria bien delimitada, por lo general asociada con coronas de dientes retenidos, crecimiento lento, asintomático o puede producir agrandamiento.

Tumor en forma de cilindro, con una gran cantidad de dientes entre los focos de crecimiento.

Odontoma Compuesto	Ambos maxilares	cualquier edades.	Ambos	<p>ocurre en distintos grados. Radiopacidad estática durante años y en la cual se distinguen vaga unitariamente estructuras dentoides. Radiopacidad irregular asintomática de crecimiento limitada; dientes vitales</p>	Pocas o muchas estructuras dentoides con puestas de dentina, esmalte y cemento.
Odontoma Complejo	" " " "	" " "	"	<p>Odontom. complejo o compuesto, circundado por o asociado con una radiolucencia que parece aumentar lentamente.</p>	Masa irregular, desorganizada, de tejidos dentarios duros.
Odontoma Quístico	" " " "	" " "	"		Odontoma complejo o compuesto asociado con quistos revestido de epitelio.

CLASIFICACION

1.-TUMORES EPITELIALES

- a) Ameloblastoma
- b) Ameloblastoma Acantomatoso
- c) Adenocarcinoma
- d) Melanocarcinoma

2.-TUMORES MESENQUIMATOSOS

- a) Quiste
- b) Fibroma Cementario
- c) Quiste Odontogénico
- d) Fibroma Odontogénico
- e) Dentinoma

3.-TUMORES MIXTOS (EPITELIALES Y MESENQUIMATOSOS)

- a) Fibroma Ameloblástico
- b) Quiste ameloblástico
- c) Quiste compuesto, complejo y Quiste.

I.-TUMORES EPITELIALES.

Ameloblastoma.—Este tumor puede surgir, de los restos de la lamina dental y del órgano productor del esmalte, la capa basal de la mucosa bucal o revestimiento epitelial de los quistes dentígeros.

Los ameloblastomas son neoplasmas centrales, benignos de tipo embrionario derivados de células potencialmente formadoras de esmalte.

Estos tumores suelen ser de crecimiento lento, ocurren con mayor frecuencia en el cuerpo o ramas de la mandíbula y pueden estar encapsulados o no, pueden manifestarse en cualquier edad, aunque se observa más a menudo entre los 20 y 30 años.

A medida que aumenta de tamaño, el tumor puede expandir la tabla cortical ósea al extremo de haberse pasado a través del hueso e invadir los tejidos blandos que la recubren o las estructuras vecinas, tales como el seno maxilar, la órbita y hasta la base del cráneo.

Al principio estos neoplasmas son sólidos, pero después se tornan quísticos a expensas de células estrelladas.

Es un tumor que produce invasión local, pero en muchos casos no presenta características, metástasicas su etiología es desconocida, y se ha pensado en traumatismos, infección, mala nutrición y extracción dentaria, también se ha sugerido un origen genético, es decir la lamina dental del esmalte, y las bases de Malassez de la vaina de la raíz de Herwig, se ha señalado que el 30% de los ameloblastomas procede de los restos epiteliales del interior, de los quistes odontogénicos neoplásicos y de los quistes primordiales y dentados.

Cerca del 80 % se presentan en la mandíbula y el resto en el maxilar.

En ambos la gran mayoría (80%) se localiza en la zona molar y pequeño porcentaje de 10% al 20% en la zona premolar, solo pocas veces se ve afectada, los tumores son de crecimiento lento y su duración media antes del tratamiento, es de cinco a ocho años.

En las primeras fases de desarrollo el tumor suele ser asintomático y muchas veces, se encuentra durante una exploración radiográfica habitual.

Clinicamente los ameloblastomas presentan dos aspectos : sólido y el quístico.

Los ameloblastomas quísticos, pueden presentar dos formas clínicas, en la primera el quiste es unico (unilocular), en la segunda ellos quistes son multiples (multilocular) y su numero varia, en forma extraordinaria. El tamaño de los quistes en esta segunda forma tambien es distinto; algunos son grandes cavidades rodeados por quistes mas pequeños, a manera de satelites de los quistes mayores (aspecto de pompas de jabón) otros son una multitud de pequeños quistes, que hace asemejar el tumor a un racimo de uvas.

Como todos los tumores de los maxilares, el ameloblastoma tiene tambien, dos periodos clínicos, un primer periodo silencioso, sin ninguna sintomatologia precoz y aparente y un segundo periodo, en el cual el tumor hace exteriorización, con sintomas ruidosos en general. El tiempo que media entre la iniciación y en exteriorizarse es variable.

La evolución del tumor, Murphy sostiene que los tumores, semisolidos evolucionan de 1 a 5 años; los puramente quísticos de 10 a 20 años; el tipo unilocular en 10 años y el multilocular entre 14 y 15 años.

Iniciada la marcha del ameloblastoma en cualquiera de los maxilares, comienza su desarrollo atrofiando el hueso que los rodea.

Su evolución es de carácter invasor, aunque sin los caracteres, los tumores de crecimiento periférico, en algunos casos su evolución puede presentar cierto grado de malignidad o gravedad clínica.

En el maxilar superior, estos procesos rechazan el seno, deforman la bóveda palatina, el piso de las fosas nasales y en algunas ocasiones el etmoides y hasta las paredes de las órbitas, ocasionando exóftalmia, puede invadir la cavidad del cráneo.

La destrucción ósea gradual es débil, más que a un proceso infiltrativo, a la creciente compresión, producida por la masa del tumor.

El crecimiento de los ameloblastomas según Spring es una combinación de crecimiento infiltrativo y expansivo, penetra en el maxilar de una manera tal, que sus tejidos invaden los espacios de la médula ósea entre las trabéculas.

En el maxilar inferior o mandíbula la marcha es más lenta, porque el tejido óseo le opone mayor resistencia a su desarrollo, pero consiguen al fin vencerla.

El desarrollo en el maxilar inferior se hace hacia ambas tablas, a pesar del mayor crecimiento, tiene lugar hacia la tabla externa.

Estos tumores suelen infectarse con alguna frecuencia, dado en esta instancia un cuadro semejante, al de osteomielitis; gran cantidad de fistulas, se abren en la vecindad del tumor, por la que fluye un pus característico.

Una sonda introducida por estas fistulas, penetra en amplia cavidad, el estado general está perturbado con fiebre, anorexia y emaciación.

Radiográficamente.—Su aspecto es de un tumor central expansivo del hueso, con imágenes polimorfas, radiolúcidas.

El tejido óseo asiento del tumor, se presenta bajo el aspecto de una imagen geboica, formada por una serie de cavidades unidas y separadas entre ellas, por tabiques mas o menos espesos.

al examen radiográfico muestran tres formas distintas que corresponden a sus tres variedades clínicas; si el tumor es sólido (recuérdese que sólido se trata de una masa compacta de tejido adematino blando).

La imagen radiográfica presenta contornos netos, sin cavidades menores en su interior; la densidad de la imagen radiográfica, esta de acuerdo en la construcción del hueso y se asemeja a la que dan los fibromas centrales, menos clara que los tumores quísticos en general. La forma unilocular da a la radiografía una

mancha radiolúcida, que también tiene contornos perfectamente netos.

Las formas multiloculares, en los tumores formados por múltiples cavidades grandes, se presentan con imágenes radiolúcidas, con el aspecto llamados en pompas de jabón.

Microscópicamente.-El ameloblastoma, exclusivamente un tumor epitelial. el epitelio forma β hojas, islotes y cordones cuya capa periférica, está constituida por células cilíndricas o cuboides, que se parecen a ameloblastos, en tanto que la masa central habitualmente consiste, en células estrelladas, que se asemejan al retículo estrellado del órgano del esmalte.

Este es el cuadro microscópico común, pero puede observarse variedades.

El estroma del tumor se compone, de tejido conectivo fibroso, el tumor no está encapsulado, islotes y racimos, infiltran los espacios medulares mucho más allá de la masa tumoral principal.

Por lo tanto en realidad, el tumor es más extenso de lo que se indica su sombra radiográfica.

Adenoblastoma.—tambien llamado tumor odontogénico adenomatoide, es un tumor odontogénico epitelial que comprende cerca de 3% de tumores odontogénicos de los maxilares y se presenta con mayor frecuencia en la segunda década de la vida.

Es mas común en la mujeres que en los hombres y en el maxilar , casi dos veces más que en la mandíbula. En el maxilar, la zona de los caninos, constituye la localización preferida, la mayoría de los adenoameloblastomas, se asocian con dientes retenidos y a menudo con quistes dentígeros.

El tumor puede ser asintomático o producir un agrandamiento en la zona.

Radiográficamente.— se observa una zona radiolúcida circunscrita , en algunos casos, la radiolucencia puede mostrar pequeños focos radiopacos.

Si el tumor es grande, las tablas del hueso afectado puede estar levemente dilatada, a diferencia de otros ameloblastomas el adenoameloblastoma , puede estar encapsulado.

El tumor se compone de estructuras semejantes a conductos, revestidos de epitelio cilíndrico o cuboideo. Los espacios entre los conductos, estan llenos de células epiteliales dispuestas de manera dispersas.

Ameloblastoma Acantomatoso.- Es idéntico al ameloblastoma en todo sentido, excepto en su aspecto microscópico.

Una parte en su totalidad del tumor consiste en islotes epiteliales compuestos de células ameloblastoides y otras que se asemejan a un retículo estrellado.

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 asociados con dientes retenidos o masas irregulares, de una substancia calcificada.

En muchos casos, se presentan como una lesión, parcialmente quística y se cree que la mayoría de adenoblastomas, si no todos proceden del revestimiento epitelial de quistes foliculares.

Melanoameloblastoma.-También llamado tumor neuroectodermico de la infancia, comprende cerca del 47% de los tumores odontogénicos de los maxilares.

Se conoce por muchos nombres, tumor de origen embrionario, retiniano, tumor de origen embrionario progonoma y ameloblastoma pigmentado.

Se cree que se origina; en el neuroectodermo, en el tejido precursor de la retina o que es de origen odontogénico.

El ameloblastoma pigmentado o Melanótico, es un tumor raro, se trata de un tumor benigno que se presenta durante el primer años de vida, generalmente los primeros seis meses y es más frecuente, en las niñas que en los varones. La lesión aparece habitualmente (mas del 80% de los casos), en el maxilar sobre todo en su porción anterior.

También se ha informado acerca de las lesiones en otras zonas, fuera de los maxilares.

Debido al reducido tamaño del maxilar en los primeros meses de vida, el tumor causa la impresión equivocada de ser bastante extenso, se presenta como una tumoración de crecimiento, relativamente rápido en la parte anterior del maxilar.

Pero puede localizarse, en cualquier otro lugar de ambos maxilares, que levanta el labio superior del niño y le dificulta la succión.

La mucosa suprayacente puede estar invicta, pero todo lo demás, el niño parece sano y normal.

Radiográficamente.-Revelan zonas radiolúcidas y des desplazamientos de los dientes en desarrollo.

Microscópicamente.-El melanoameloblastoma, el tumor se compone de dos tipos de células epiteliales, reunidas en islotes separados por haces de tejido conec tivo.

Uno de los tipos es células cuboideas con abundante citoplasma, que contiene granulos pardos de melamina, otro tipo de células consiste en un núcleo redondo intensamente basofilo y escaso citoplasma.

Los islotes tumorales pueden estar, integrados por un tipo o por ambos tipos de células, no hay mitosis, ni pliomorfismo.

El melanoameloblastoma no produce metástasis, es un tumor benigno.

2. TUMORES MESENQUIMATOSOS.

I. Cementoma.-Se conoce tambien, por los nombres de fibroma periapical, cementoblastomas y displasia fibrosa periapical.

El cementoma es una proliferación de tejido conjuntivo, benigno de crecimiento lento que se origina en los elementos celulares de la membrana peridental, al desarrollarse el tumor destruye la lamina dura y crece periapicalmente preemplazando el hueso normal, trabecular circundante por una masa de tejido fibroso, en el interior del cual se observan distintas cantidades de materia calcificada, cemento o hueso.

Comprende algo mas del 10% de los tumores odontogénicos de los maxilares.

Se trata de una lesión periapical, asintomática mas del 70% de los casos, se encuentra en la raza negra, es casi 10 veces más común en las mujeres que en los hombres y suele presentarse despues de la segunda década de la vida.

Aproximadamente el 92% afecta a la mandíbula, por lo general los incisivos, en tanto que el maxilar se ve comprometido, pocas veces.

Las lesiones pueden ser únicas o múltiples de los dientes afectados, poseen vitalidad.

El aspecto radiográfico depende de la etapa del tumor, en la primera fase las radiografías muestran una zona radiolúcida periapical, parecida a la que se observa en un granuloma dentario o quiste radicular. En la segunda etapa la radiolucencia revela manchitas de radiopacidad, posteriormente las lesiones se presentan en áreas circunscritas, de una radiopacidad densa.

La evolución de la lesión, depende de la primera etapa, hasta la última etapa, requiere un período de seis años término medio.

Microscópicamente.-En la primera fase la lesión se compone de fibroblastos jóvenes y una gran cantidad moderada de fibras de colágena.

En la segunda etapa, las lesiones muestran la formación incipiente de espículas e islotes de un tejido calcificado, basofilo acelular y moderadamente celular que se asemeja al cemento.

En la última etapa, toda la lesión consiste en masas basofílicas, en las cuales se observan pocas células, numerosas líneas de reposo y reversión y espacios medulares, escasos y pequeños.

El cementoma se caracteriza por un crecimiento extremadamente lento y limitado.

Fibroma Cementante.-Es un tumor odontogénico raro que no se relaciona con los ápices dentarios por lo común, es solitario y puede ser asintomático o producir agrandamiento del maxilar.

Se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino, pacientes mayores de 40 años y en el maxilar inferior, zona de molares y premolares.

Las radiografías muestran un defecto radiolúcido, en el cual pueden observarse manchitas radiopacas, según el tiempo evolutivo, presentan como una lesión osteolítica que recuerda a un granuloma apical o como una formación esclerosa rodeada por una banda radiolúcida.

Microcópicamente.-Revelan un tumor compuesto de fibroblastos y haces colágenos, dentro del estroma fibroso pueden observarse numerosos focos de sustancia calcificada relativamente acélular e intensamente basófila, que se parece al cemento.

Muchos de los supuestos fibromas cementantes son en realidad fibromas osificantes, en los cuales el tejido óseo aparece basófilo y se asemeja superficialmente al cemento.

Maxioma Odontogénico.-Constituye aproximadamente el 6% de los tumores odontogénicos y debe ser distinguido del verdadero maxilo.

El tumor es más frecuente en el maxilar que en la mandíbula y suele presentarse en individuos menores de 35 años, asociado por lo general con un diente retenido.

Es de crecimiento lento y habitualmente asintomático, pero con el tiempo puede producir una expansión localizada del maxilar.

Radiográficamente.-Se observa una radiolúencia bien definida.

Microscópicamente.-Revela pocas células estrelladas y cantidad superabundante de substancia intercelular, levemente basofila dentro de este tejido, pudiéndose ver focos aislados de epitelio.

Fibroma Odontogénico.-Se presenta aproximadamente el 23% de los tumores odontogénicos y es por lo consiguiente, la más común de esas lesiones, este tumor odontogénico afecta a ambos sexos por igual y generalmente en la segunda década de la vida.

Es más frecuente en la mandíbula, que en el maxilar siendo el tercer molar y el canino, zonas preferidas.

Clinicamente.-La lesión es asintomática o puede producir un agrandamiento leve de la zona, y casi siempre se asocia con un diente retenido.

Radiográficamente.-Revelan radiolucencia de extensión variable, asociada con la corona del diente, razón por la cual la corona se parece a un quiste dentiger, sin embargo en la exploración o intervención quirúrgica se encuentra una lesión sólida más que quística.

Microscópicamente.-Muestran una masa circunscrita de tejido conectivo denso o laxo, en el cual están dispersos cordones e islotes de epitelio.

En algunos casos, pueden experimentar calcificación y la lesión, puede llamarse fibroma odontogénico, calcificante.

Dentinom .-Es un tumor odontogénico mesenquimatoso, compuesto exclusivamente de dentina es rarísimo, si al caso existe.

Las lesiones crecen lentamente, se presentan en la mandíbula.

Microscópicamente,-Se comprueba que consisten únicamente en substancia similar a la dentina.

TUMORES MIXTOS

1.-Fibroma Ameloblastico.-Es un tumor odontogenico compuesto de elementos epiteliales y mesenquimatosos.

La lesión constituye del 2.5% de los tumores odontogénicos de los maxilares, se presentan a una edad mas temprana, que el ameloblastoma comun, la mayoría de los pacientes son niños y la edad promedio de aparición es alrededor de los 15 años.

El tumor es más frecuente en la mandíbula que en el maxilar, especialmente en la zona de premolar y a menudo se asocia con un diente retenido, afecta a ambos sexos por igual.

Los tumores son de crecimiento lento y pueden ser asintomático o producir agrandamientos del maxilar y emigración de los dientes.

radiográficamente.-Se observan zonas radiolúcidas de las tablas del maxilar y en algunos casos, múltiples, expansión, desplazamiento de los dientes.

La mayoría de las lesiones se asocian con dientes no erupcionados.

Microscópicamente.-Existe un fondo de tejido men_ sequimatoso, joven altamente célular igual o pare_ cido a la papila del germen dentario.

En el interior de la mesenquima joven, puede verse cordones delgados e islotes pueden ser, pequeñas y sumam_nte parecidas, a las observadas en la lamina dentaria.

En muchas zonas pueden observarse células cuboi_ deas y cilíndricas semejantes a los ameloblastos y células estrelladas, que se parecen a un retículo estrellado.

El tumor no tiene, ni un componente de tejido cal_ cificado, tampoco está encapsulado, ni muestra di_ fusamente, los espacios medulares circundantes.

El tejido tumoral se extiende, al interior del hueso como masa sólida.

Odontoma Ameloblastico.-Es una lesión benigna que represent un 3% de los tumores odontogénicos, de los Maxilares.

Estan compuestos por tejidos dentarios calcificados y por epitelio mesenquima odontogénicos en proliferación activa, se presentan en los niños y al comienzo de la vida adulta, pero sobre todo en pacientes de 15 años.

El tumor es más común en el maxilar que en mandíbula y más frecuente en el hombre que en la mujer. Es asintomático, pero a veces puede agrandar y deformar el hueso afectado.

Radiográficamente.-Se ve una zona radiopaca irregular, rodeada de una región radiolúcida o asociada con ella.

Microscópicamente.-Revelan zonas de tejidos dentario duros, calcificados. (dentina, predentina, esmalte, matriz de esmalte y cemento) islotes de mesenquima que se parecen a tejido pulpar y numerosos islotes y cordones de epitelio odontogénico compuesto por células similares a ameloblastos y a las retículas estrelladas.

En algunas zonas, esas células odontogénicas cubren la matriz del esmalte, de la misma manera en que el órgano del esmalte cubre el esmalte.

Odontoma Mixto.- (tipo más frecuente) se observa como una masa radiopaca densa de tamaño variable (desde unos pocos milímetros hasta varios cms) y de forma diversa (aunque la mayoría tiene una forma redondeada).

Las estructuras anatómicas, se identifican fácilmente como dientes o como formaciones muy parecidas a los dientes.

Los dientes afectados son de pequeños tamaños, deformados y se pueden identificar aún el esmalte, la dentina y la pulpa.

A veces se observa un diente definitivo bien formado de aspecto normal, en estrecho contacto al odontoma.

En algunos casos la corona del diente definitivo, que no ha brotado incluso todo el diente, se ha incorporado al odontoma.

Odontoma Complejo.—Contiene, también todos los elementos dentarios desarrollados, es decir esmalte, la dentina, pulpa y cemento, pero este tipo de tumor tiene una radiografía tan especial que parece muy poco o nada a la anatomía del diente.

Lo más frecuente es que se presente, en forma de masa radiopaca uniforme, bien redondeada por una zona estrecha radiotransparente o bien una zona ancha que rodea la corona del diente, bien desarrollado que no ha brotado, cuando de nuevo, el aspecto de una gran calcificación, en el interior de un quiste dentario; en otros casos, el diente sale rompiendo su ligamento y dejando el odontoma detrás. Estos odontomas son más difíciles de identificar radiográficamente que los otros, ya que por su aspecto pueden parecerse a la displasia fibrosa, al osteoma o fibroma osificante, no constituye una lesión agresiva mediante la extirpación conservadora y el raspaje.

Odontoma.-(compuesto, complejo y quístico)

Comprenden el 22% de los tumores odontogénicos de los maxilares, se componen de tejidos dentarios duros.

Aparecen a cualquier edad y en ambos sexos, afectan la mandíbula y el maxilar por igual y suelen ser asintomáticos, pocas veces alcanzan gran tamaño y entonces pueden deformar los contornos normales del maxilar, crecen lentamente y pueden persistir durante décadas, sin ningún síntoma o pueden desarrollarse durante un tiempo y después permanecer estáticos por el resto de la vida del paciente.

Sobre características microscópicas y radiográficas existen dos tipos de odontomas.

El odontoma compuesto.-Microscópicamente es posible observar estructuras con forma de dientes que consisten en núcleos central del tejido pulpar encerrado en cascara de dentina y cubierto parcialmente por esmalte.

Odontoma Complejo.-Es un conglomerado de dentina, matriz de esmalte, cemento y cajas de tejido pulpar.

Amue... tipo de odontomas constituyen lesiones de crecimiento limitado.

TRATAMIENTO.

Tratamiento del Ameloblastoma.—Es esencialmente quirúrgico, este es el concepto actual de la cuestión, el punto de vista que varía es que consiste en la vía, que se ha de seguir para la intervención y en los límites de la misma.

El tumor debe ser eliminado quirúrgicamente, porque este es el único medio de suprimirlo, prevenir las recidivas y evitar el aumento de volumen de la afección, con todas sus secuelas.

Tres son las conductas con que debe ser realizada la operación, todas ellas dependen del volumen del tumor, de su ubicación, de su tipo clínico, de su histología y del estado general del paciente.

Para extraer un ameloblastoma, no es suficiente el raspaje de los tejidos tumorales o enucleación del tumor, siguiendo los planos del clivaje.

La recidiva es la regla, y esta se presenta con aspecto, graves que el tumor primitivo.

Sin embargo, en ameloblastomas de un tamaño mayor de dos centímetros, con una rigurosa técnica de raspaje y eliminación de la tabla externa ha tenido éxito este procedimiento.

Las tres conductas a seguir que hemos mencionado se concretan en tres tratamientos quirúrgicos.

1.-Eliminación del tumor por raspado con total eliminación, de sus partes.

2.-Extracción radical del tumor y de las partes óseas y blandas vecinas. (resección parcial del maxilar inferior)

3.-Resección del maxilar asiento de la afección. (hemirresección total.)

1.-La eliminación del tumor por raspado.-La ubicación del tumor (los próximos a la arcada alveolar), su volumen (diámetro menor de dos centímetros) y el examen histológico, permiten instaurar un tratamiento conservador; la eliminación de la masa tumoral por raspado con cucharillas para hueso, de tamaños diferentes.

Tiempos quirúrgicos.-

Incisión.-La incisión debe situarse en la cara vestibular, en ambos maxilares. Debe ser amplia, para permitir así la perfecta, visión del tumor, se condiciona el lugar donde se halla situado el aneurisma y esta regida por los principios quirúrgicos corrientes.

Ostectomia.-El hueso de la tabla externa, adelgazado en grado mas o menos variable, se reseca a es_ coplo y martillo o fresa, para permitir abordar el tumor ; se extrae la porción ósea reseca, la esencia en este tipo de operación, es eliminar la tabla externa que cubre, el proceso hasta su limite inferior, vecino al borde inferior del maxilar.

2.-Evacuación del tumor.-Ya en presencia del tumor se extraen las masas quísticas, con cucharillas buscando los pequeños quistes, guiándose por la vista y el tacto.

El hueso sano circunvecino debe ser tambien eliminado, con cucharillas o fresas para hueso, con objeto de prevenir las recidivas.

Se tocan las paredes con una solución de cloruro de zinc, al 20%. La diatermia y electrocoagulación que se esta empleando con éxito en las clinicas americanas, completara la operación.

Osturnación de la cavidad .-En este tipo de tumor, es conveniente, la cavidad ósea resultante de la operación, con gasa yodoformada la que se deja de 4 ó 5 dias, y se la extrae, en pequeños trozos proporcionales a su longitud, en varias sesiones, con el objeto de evitar hemorragias.

2.-Resección parcial del maxilar.-Thoma preconiza el método de extripación radical sin la resección total del maxilar.

Resección no quiere decir completa extracción del maxilar asiento del proceso. Una operación radical puede ser resección parcial, extrayendo una sexta o una cuarta parte del maxil. P, junto con el tumor.

La exéresis del tumor debe hacerse en tejido sano, como lo aconseja Calvin. Las líneas de exéresis deben llegar hasta cerca del borde inferior del hueso y extenderse un centímetro, hacia mesial y hacia distal (zona de seguridad)

se desprenden y se separan los coágulos, mucoperiosteos bucal y el lingual (recordar la función osteogénica del periostio) Y el bloque, se toma con una pinza para hueso y se extrae.

A esta altura de la operación, manara abundante sangre por los vasos seccionados, que se recorren el conducto dentario inferior, y por los vasos vecinos al proceso.

Se hará hemostasia de los vasos del conducto, con un golpe, con un instrumento romo, o colocación de un trozo de hueso tomado de la vecindad en la desembocadura del conducto, trozo que se hará pegar violentamente y que servirá de tapamiento.

Puede usarse la cera que emplean los neurocirujanos, para hueso .

Se coloca un injerto óseo de costilla o de hueso coxal.

Los colgajos se reponen en su sitio, por las suturas correspondientes. Los maxilares deben de ser fijados por métodos ortodóncicos;

un arco total para el maxilar superior y un medio arco para el lado sano del maxilar inferior y ligadura interna del r.

La resección parcial que hemos indicado, conservando un ligero trozo de la canal del maxilar inferior que actúa como un puente óseo, evita la interrupción del hueso.

En este tipo de resección , debe agregarse la colocación , de un injerto óseo, del hueso coxal ó costilla, que se fija al maxilar con alambre de osteosíntesis.

3.-Resección total del hemimaxilar.-En los ameloblastomas de gran tamaño y en los recidivantes, se impone la resección del hemimaxilar asiento de la tumoración. Con esta conducta se salvan los peligros de una nueva formación tumoral.

Es el único camino a seguir en los grandes procesos que hacen imposible su extracción por vía bucal.

La resección del maxilar típica o atípica, es de resorte de la cirugía general, cuya descripción no nos corresponde.

Además del tratamiento quirúrgico y como complementándolo, en vez de este, se usan otros procedimientos, para esos tumores.

Maternia Quirúrgic Mex, G.M. dice que el método de elección de la mayoría clínica, con este tratamiento se destruye el tumor y se favorece la formación del hueso.

El tumor es sometido a la coagulación y el hueso circunvecino, es cauterizado en suficiente profundidad no menor de 5mm.

Dos o tres meses se requieren para la separación del secuestro, en cuyo tiempo el hueso sano se espesa considerablemente.

El electrodo es aplicado, en las extremidades óseas y con la ayuda de una fuerte corriente se eleva la temperatura del hueso hasta conseguir, que el periostio empalidesca, y se haga friable.

Los tejidos blandos se separan y el trozo óseo, carbonizado se corta. Estas veces se repiten las veces necesarias.

radioterapia.—Los ameloblastomas no son radiosensibles, ni radioresistentes, apesar
En nueve casos tratados con roent o radioterapia, se noto cambio regresivos.

La radioterapia disminuye el volumen de los tumores y tiene cierta influencia sobre el proceso infeccioso, cuando ellos estan infectados.

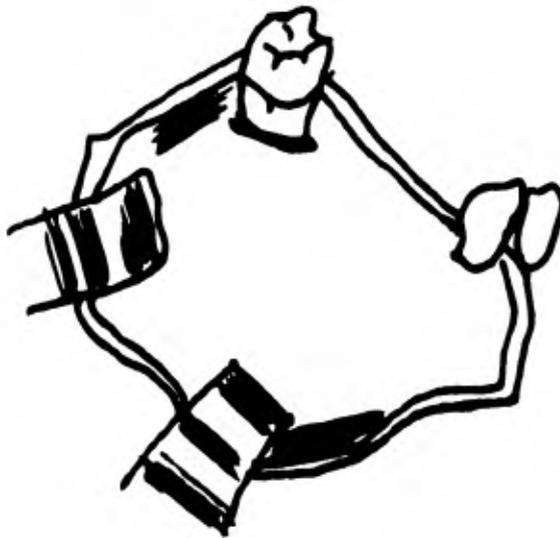
Thoma recomienda la cirugía prolegica, seguida de intervencion quirúrgica, su aplicacion posoperatoria radium.

AMELOBLASTOMA

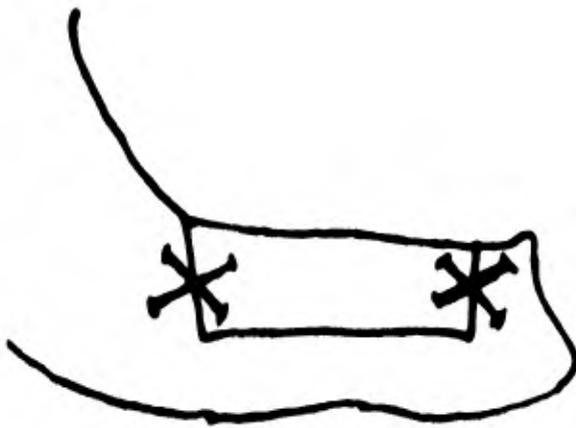
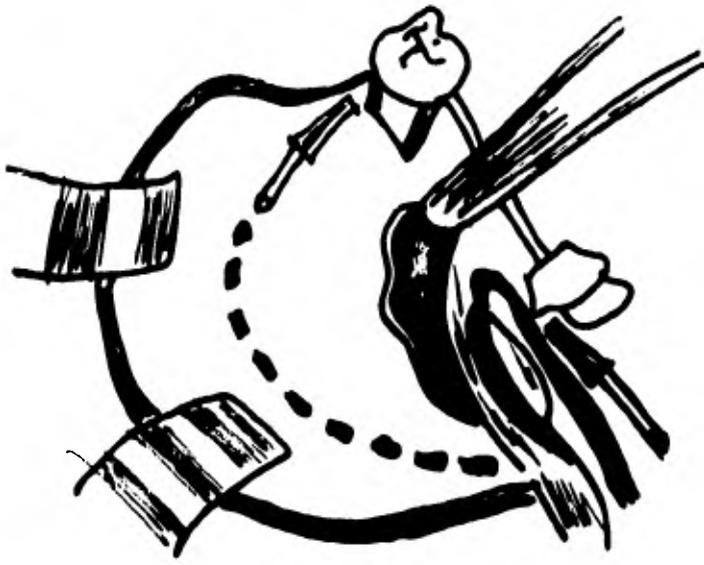
Extripación radical por resección parcial del maxilar, en un caso de ameloblastoma del maxilar inferior, que reúne las condiciones raras para este tipo de operación



A.-Incisión desde el dental, desde el segundo molar hasta el espacio entre canino e incisivo lateral.



**B.-Desprendimiento del colgajo, nast. cerca del borde
del maxilar; el colgajo se mantiene con separaciones.**



c.-Ostectomia.con fresas de risura.(tambien puede usar_ se fresa redonda no 8, que realiza perforaciones desde la tabla vestibular hasta lingual, orificios que se unen con la fresa de figura o con un escopio;el escopio y la pinza de guia , eliminan la tabla vestibular ,manobra que no siempre, es necesaria si se quiere eliminar en bloque el hueso, desde el molar hasta el canino;con una pinza para hueso resacado; se procede a la hemostasia.

En el lecho óseo obtenido por la manobra anterior se coloca el injerto de costilla o parte superior de hueso coxal, que haora obtenido otro cirujano y se fija con alambres de osteosintesis, se vuelve al colgajo a su primitiva ubicación y se sutura.

Ameloblastoma Acantomatoso.- Su tratamiento es idéntico que el ameloblastoma, estudiando el caso.

Adenoameloblastoma.- Su tratamiento consiste en raspaje local, luego del cual no hay recurrencia. Por lo tanto la lesión es menos agresiva, que los ameloblastomas y el ameloblastoma acantomatoso y por lo cual, debe ser tratada de manera más conservadora.

Neiranameloblastoma.- Su tratamiento es idéntico que el de adenoameloblastoma y las recurrencias son muy raras.

Cementomas.-no existe indicación para eliminar e estos tumores, a no ser que esten distorsionando una area o dentada y originen sectores elevados que interfirieran una protesis.

Neuroma.-Su tratamiento consiste en enucleación y curetaje, seguidos a veces de cauterización, química o eléctrica, reservandose las resecciones en bloque para lesiones extensas.

El tumor no es radiosensibles.

El pronóstico es excelente, pero las recidivas son comunes. (25%) si el tratamiento es demasiado conservador.

Fibroma odontogénico.-su tratamiento unicamente consiste en raspaje y curetaje.

Dentinoma.-su tratamiento, consiste en extraer con hueso circundante, ya que se halla frecuentemente encapsulado y resulta facil.

Fibroma Ameloblastico.-Su tratamiento puede ser curativo o paliativo en su cavidad ósea, ya que no es infiltrante.

Odontoma.-El tratamiento de los odontomas es siempre quirúrgico, la terapéutica, se encuadra dentro de las normas corrientes en la cirugía bucal .

Estos tumores pueden ser intervenidos bajo anestesia local o general.

Los tiempos quirúrgicos son clásicos; incisión amplia, que permita visualizar y exteriorizar el tumor.

La osteotomía es sencilla, porque el hueso en general está adelgazado; se realiza a escople y martillo o con fresa, según las preferencias del operador. La enucleación del tumor es la mayor parte de las veces sencilla.

Es importante vigilar la cavidad ósea y extraer toda la membrana envolvente.

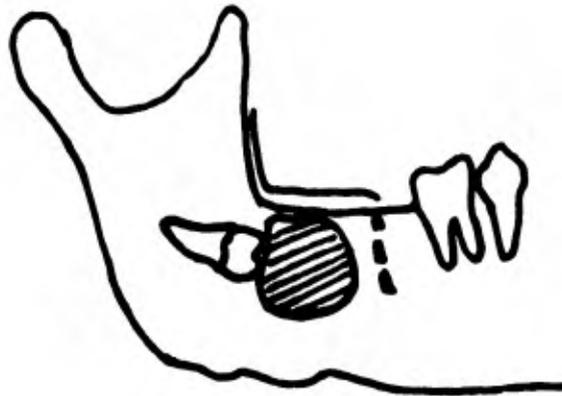
Ryking y Schurman demostraron en varios preparados, que en la membrana en cuestión existen, sustancias auras y epitelio odontógeno, que pueden ser causas de recidivas nuevas.

Cuanto más pueda encontrarse en nuevas radiografías posteriores algún anticulo o cavidad en la intervención.

ODONTOMA



A.-Presentación del caso, e incisión, esta se inicia sobre el borde anterior de la rama y llega hasta el primer molar.



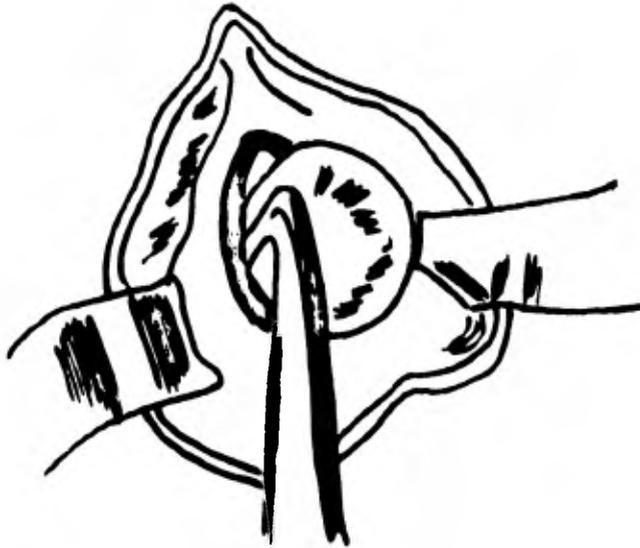
B.-Esquema de una radiografía y trazado imaginario de la incisión.



C.-Desprendimiento del colgajo, con un periostótemo;
aparece en la superficie ósea el relieve original
de por el tumor.



**D.-Osteotomia con escopio, par eliminar la cubierta
6na.**



E.-Con escopio rectos o angulados se elimina, el odontoma (si peligrara la identidad del hueso serác conveniente, en caso similar dividir el odontoma)



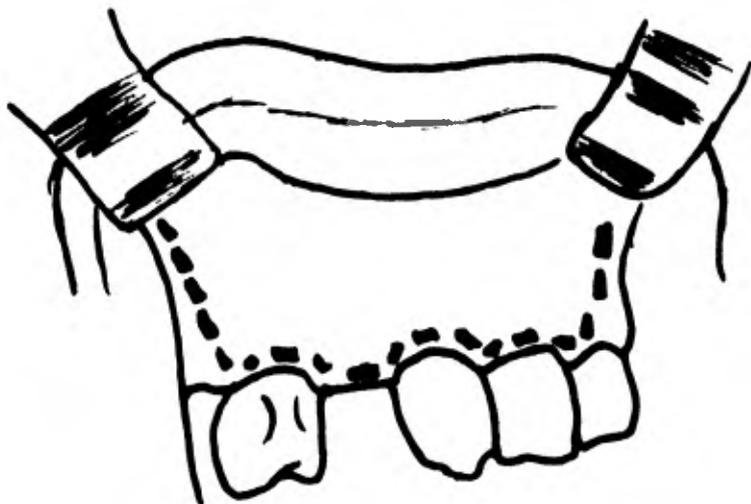
F.-Extracción del tercer molar inferior retenido en posición horizontal, por las técnicas indicadas, en exodoncia.



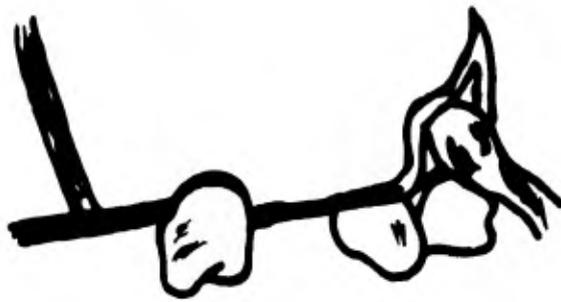
G.-Regularización de lo bordes óseos con pinza de gubia

H.-Sutura.

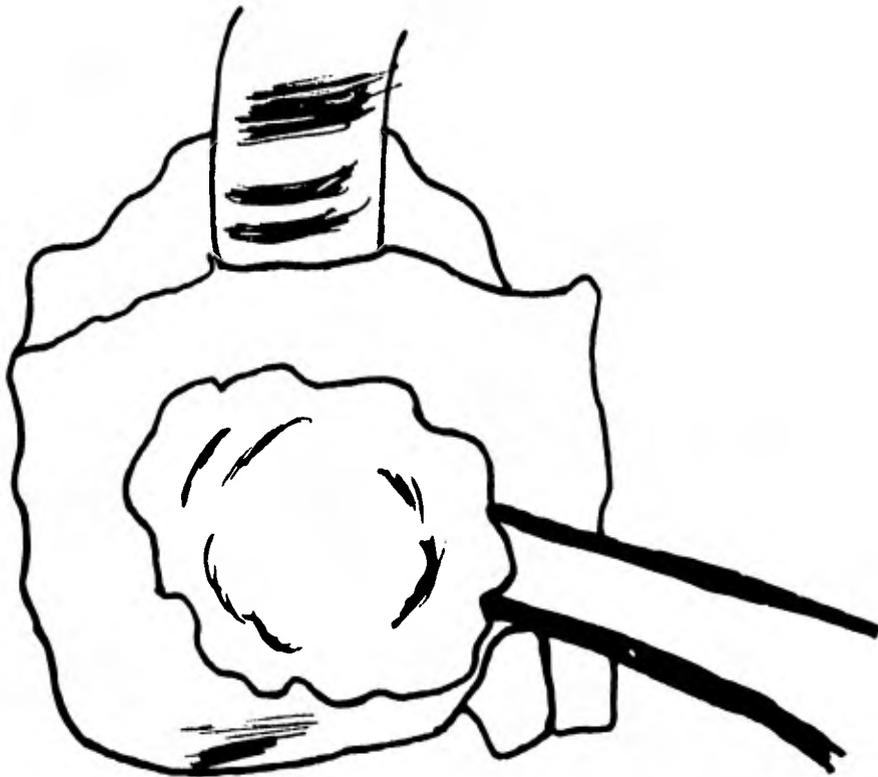
O D U N T O M A



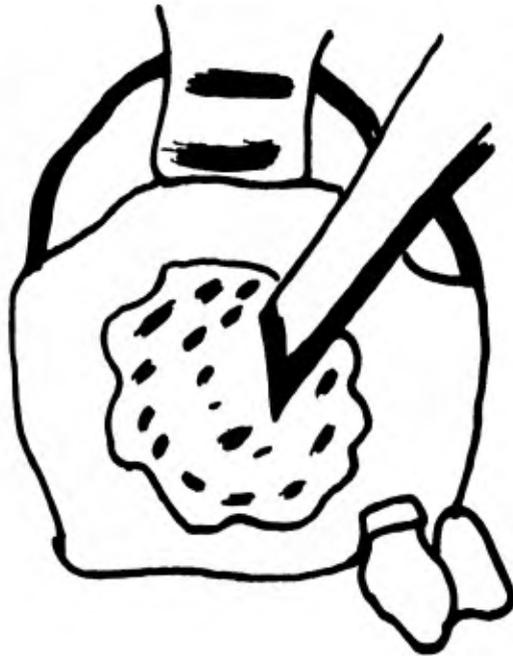
A.-Trasero de la incisión; el bisturí llega hasta el
bucno.



B.-Desprendimiento del colgajo con un periostotomo.



**C.-Osteotomía con un escople de media cañ ;extracción
del premolar.**



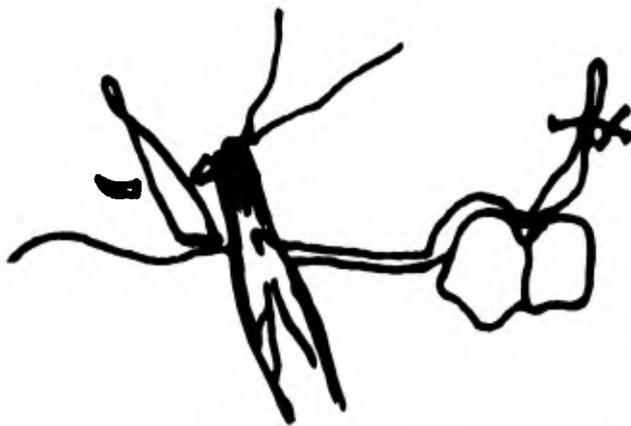
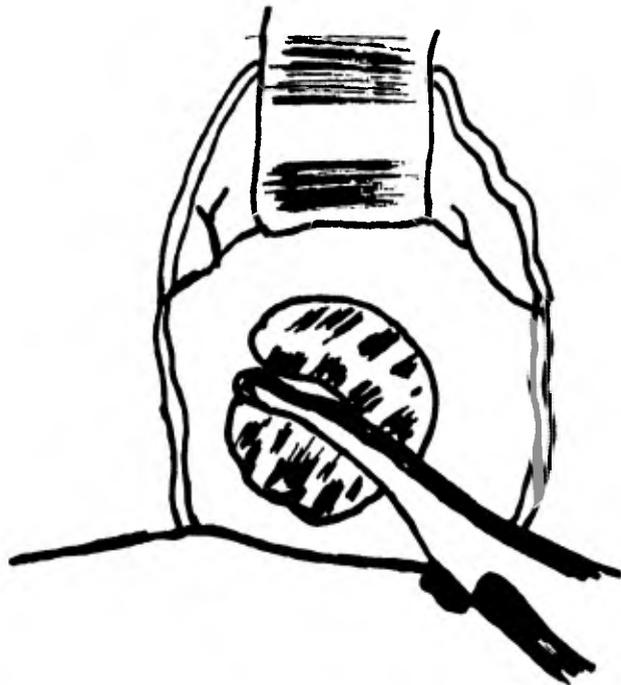
u.-División del quiste con un escoplo recto.



N.-Seccionando el odontoma, se introduce un instrumen_
to, elevador recto ó angular, se despiasa el hemisfe_
rio posterior, del odontoma, hacia el lado bucal.



F.-El esquema muestra, la cavidad que contenía, el hemisferio posterior del ocentoma; se elimina el segmento anterior, con un elevador de winter.



G. La cavidad vacía; se regularizan los bordes óseo con una pinza de gubia. II previa inspección de la cavidad continente del odontoma y verificar el estado, el estado del tabique óseo (el piso y pared lateral de seno) se desciende, el colgajo y se sutura.

Conclusiones.

Par efectuar un tratamiento adecuado, de los tumores odontogénicos, es importante efectuar un buen estudio, y nos basamos a un buen diagnóstico.

Todos los tumores odontogénicos se producen de neoformaciones tisulares, provenientes de las estructuras del diente.

Todos son benignos y con pocas excepciones, aparecen en los maxilares, ninguno produce metástasis, sus tratamientos son conservadores, con algunas excepciones en el ameloblastoma ya que es un poco más agresivo que los demás y llega a recurrir repetidas veces.

Al crecimiento de estos tumores son expansivos, con formación de capsula, generalmente son lentos, progresivos y asintomáticos.

Los pronósticos son favorables.

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

ZEGARELLI, E; KUTSCHER, A; HYMAN G, INTRODUCCION

Y CLASIFICACION.

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL, SALVAT EDITORES , S.A.

REIMPRESION 1977 (pags.3-5) (173) (pags.274 -280)

BHASKAR, S; CLASIFICACION PATOLOGIA BUCAL,

EL ATENEO EDITORIAL, REIMPRESION 1975

(pags. 176-196)

QUIRURGIA BUCAL-RIES CENTENO, CON PATOLOGIA CLINICA

Y TERAPEUTICA OCTAVA EDICION.(pags.529-553)

ESCUELA DE ODONTOLOGIA ALEMANA,

ENFERMEDADES QUIRURGICAS DE LA BOCA.