

177
21



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TUMORES ODONTOGENICOS
ECTODERMICOS**

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANA DENTISTA
P R E S E N T A
P A T R I C I A M I R A N D A S O T O

ASESOR: C.D. GRACIELA LLANAS Y CARBALLO



CIUDAD UNIVERSITARIA.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



1997



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A TI SEÑOR

Gracias por haberme permitido terminar con esta ilusión, y haber estado a mi lado para darme fuerza y sabiduría en los momentos más difíciles de esta caminata que ha de culminar.

A MIS PADRES

TERE Y FEDERICO

Gracias por su comprensión y el cariño que me han brindado incondicionalmente en los momentos más difíciles, para poder enfrentarme a la vida, y por haberme impulsado hacia el buen camino y principalmente por el apoyo que me brindaron para la realización de este trabajo. Los quiero.

A MIS HERMANOS

FEDE Y TERESITA

Por la motivación para lograr alcanzar la meta que undía me propuse.

En memoria de Fedé.

Los quiero mucho.

Esta tesina la dedico con
cariño a mi esposo ANGEL
y a mis hijas GRACIELA y
ANGELES. Los quiero mucho.

I N D I C E

TUMORES ODONTOGENICOS ECTODERMICOS

INTRODUCCION.....	1	pág.
CAPITULO 1 ODONTOGENESIS.....	3	pág.
CAPITULO 2 CLASIFICACION DE TUMORES ODONTOGENICOS..	11	pág.
CAPITULO 3 TUMORES BENIGNOS Y CRECIMIENTOS GINGIVALES...	13	pág.
CAPITULO 4 CRITERIOS PARA EL TRATAMIENTO DE TUMORES.	31	pág.
CONCLUSIONES	33	pág.
BIBLIOGRAFIA	34	pág.

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

Este estudio trata del origen de los tumores odontogénicos basados en estudios de microscopia electrónica y casos clínicos, radiológicos e histológicos de muchos autores que se han dedicado a la observación de estos tumores.

Estos tumores odontogénicos son un grupo de lesiones muy variadas y complejas, además de ser únicos porque no se dan en ninguna otra parte del organismo.

Es importante decir que estos tumores aparecen inesperadamente en cavidad bucal pero tienen la facultad de ser tumores benignos por tanto su pronóstico es bueno para el paciente dependiendo de la zona anatómica que se encuentren, si son de comportamiento maligno nos dará un pronóstico malo para el paciente.

Podemos decir que son tumores raros los de comportamiento maligno y esta facultad es debida a que los tumores odontogénicos se dan en algunos casos por la impactación dental o dientes retenidos en el epitelio que los recubre y por esto son menos expuestos a agentes externos de tipo cancerígeno.

Se puede considerar que la importancia de una lesión tumoral que está dada por la frecuencia y gravedad como por ejemplo el carcinoma de mucosa bucal.

Sigue siendo prioridad el diagnóstico y tratamiento de estos tumores que aunque algunos no son tan frecuentes, pero no dejan de ser importantes porque existe la posibilidad de encontrarnos este tipo de lesiones , en la práctica dental.

C A P I T U L O 1

ODONTOGENESIS

La odontogénesis es el estudio del origen del desarrollo dental a partir de las capas embrionarias.

Como conocimiento general debemos decir que la odontogénesis normal se desarrolla en forma similar como en las glándulas mamarias, salivales, lagrimales, folículos capilares, derivados primariamente del epitelio, la interacción entre el epitelio y el mesénquima es un elemento esencial en el desarrollo de estas estructuras.

La embriología de la cara es importante ya que existen periodos donde se lleva a cabo la diferenciación celular, para ser exactos en la sexta semana de vida intrauterina se lleva a cabo esta diferenciación de epitelio que recubre a los procesos alveolares que formarán la IMmina dentaria, dando origen a los primordios de la dentición. El ectodermo invaginado inducirá a las células mesenquimatosas, derivadas de la cresta neural a diferenciarse en la papila dentaria y continuar la odontogénesis.

ETAPAS DEL DESARROLLO DENTAL.

Las etapas del desarrollo son cinco, las cuales consisten en las siguientes características:

LAMINAS DENTARIAS:

La cavidad primitiva del embrión está tapizada por epitelio escamoso estratificado y cuando el embrión alcanza, la sexta y séptima semana de vida intrauterina, manifiesta así el primer signo del desarrollo dentario que consiste en la aparición de una banda continua de engrosamiento ectodérmico en las futuras crestas alveolares.

Posteriormente se forma una lámina epitelial que tiene la forma de herradura denominada banda epitelial primaria. El borde de esta banda se divide en dos procesos - que son:

el primero que forma el extremo de la banda bucal o vegetal y el segundo que comprende la porción epitelial interna que forma al primordio de la porción ectodérmica de los dientes.

A lo largo de ellas se forman unas pequeñas protuberancias redondeadas, siendo el resultado de una rápida proliferación de las células epiteliales llamados dientes cáducos u órganos del esmalte.

La dentición caduca tiene lugar en el segundo mes de vida intrauterina.

El inició de la dentición permanente, surge en extensión de la lámina dentaria en su parte distal y que crece en sentido posterior por debajo del epitelio oral y que es llamada lámina dental accesorio. (1)

En el cuarto mes de vida intrauterina aparece el órgano del esmalte del primer molar, los segundos y terceros molares aparecen en el nacimiento.

Los dientes permanentes se desarrollan como resultado del crecimiento del borde libre de la lámina dentaria, siendo está localizada lingualmente con respecto a los dientes primarios llamada lámina de reemplazamiento y que aparece en el quinto mes de vida intrauterina. La actividad de la lámina dentaria prosigue a los cuatro y cinco años de edad después del nacimiento.

ESTADIO DE BROTE:

En está etapa se da la formación de la banda epitelial primaria en relación con una condensación de las células mesenquimatosas; la cual rodea la punta del diente en proliferación al órgano del esmalte y que se cree que se origina de la cresta neural. Está condensación da lugar a la pápila dentaria y al saco dentario.

ESTADIO DE CASQUETE:

La banda epitelial primaria da lugar a la lámina dental, en la cual las células mesenquimatosas crecen en el seno de la condensación y en cuanto a la lámina vestibular - tiene una orientación hacia bucal, la convexidad de esta estructura forma parte del epitelio externo del esmalte y las células que se encuentran en la convexidad formando, parte del epitelio interno del esmalte.

De la papila dentaria se desprende una prolongación vertical que es el cordón de esmalte y que funciona como área de reserva de células en división para el órgano de esmalte en rápido crecimiento. Las células ectodérmicas del brote han proliferado, formando un casquete en la cima del globo en crecimiento por las células mesenquimatosas.

ESTADIO DE CAMPANA:

Al crecer, el caquete primario se forma una invaginación que está tapizada por el epitelio interno del esmalte, este se profundiza a partir del borde cervical del órgano del esmalte, sigue creciendo lo cual origina una forma de campana. (1)

DIFERENCIACION CELULAR:

La interacción entre los componentes ectodérmicos y mesenquimatosos del gérmen dentario, determina la morfología de la futura unión entre el esmalte y la dentina. A partir del órgano del esmalte se forma finalmente el órgano dentario mientras que la papila dentaria forma la dentina y la pulpa dentaria. El saco dentario es el tejido que forma el cemento y el ligamento periodontal. La formación inicial del tejido duro tiene lugar en la cresta correspondiente a la futura unión esmalte dentina del borde incisivo o punta de la cúspide. Esta formación va precedida por una diferenciación gradual de las células epiteliales y mesenquimatosas, las cuales alcanzan un estado de diferenciación por la división celular que se lleva a cabo, antes de la secreción de la matriz protéica.

El gérmen dentario constituye un sistema único en el que las células mesenquimatosas solamente se diferencian en odontoblastos, si las células se hayan en estrecha asociación con el epitelio interno del esmalte.

Al ir formándose las respectivas matrices, éstas crecen progresivamente. Las células epiteliales internas del esmalte y las células mesenquimatosas se hayan separadas por una membrana basal. ver esq. (1 y 2)

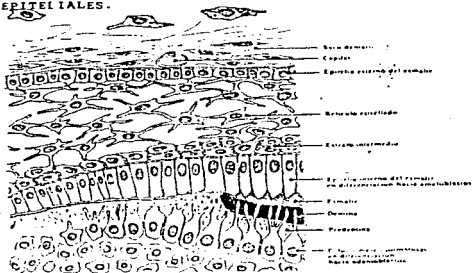
DESARROLLO DEL GERMEN DENTARIO Y DESTINO DE LA LAMINA DENTARIA.

El proceso de diferenciación celular progresa en dirección apical, formandose la, prolongación del órgano del esmalte, la prolongación está compuesta por epitelio in terno y externo del esmalte y se le denomina asa cervi cal. Está estructura es la vaina radicular de Hertwig. Finalmente , en el estadio de campana, la lámina dent a se desintegra a causa de la invasión mesenquimatososa en donde pueden aparecer los restos de la lámina en for ma de perlas epiteliales llamadas perlas de serres, las cuales pueden dar origen a quistes o tumores odontogén icos en épocas posteriores a la vida. (2)

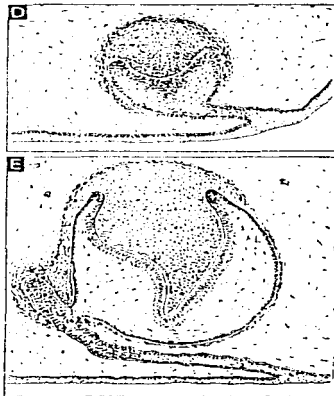
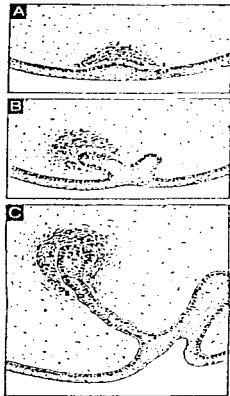
DESARROLLO DEL GERMEN DENTARIO Y DESTINO DE LA LAMINA DENTARIA.

El proceso de diferenciación celular progresa en dirección apical, formandose la, prolongación del órgano del esmalte, la prolongación está compuesta por epitelio interno y externo del esmalte y se le denomina asa cervical. Esta estructura es la vaina radicular de Hertwig. Finalmente, en el estadio de campana, la lámina dentaria se desintegra a causa de la invasión mesenquimatososa en donde pueden aparecer los restos de la lámina en forma de perlas epiteliales llamadas perlas de Serres, las cuales pueden dar origen a quistes o tumores odontogénicos en épocas posteriores a la vida. (2)

ESO 1.
ESTADIOS DE DIFERENCIACION CELULAR DE LOS TEJIDOS EPITELIALES.



ESO 2
ESTADIOS DEL DESARROLLO DENTAL EN EL SER HUMANO



C A P I T U L O 2

CLASIFICACION DE TUMORES ODONTOGENICOS

Thomas y Goldman en el año de 1946, clasificaron a los tumores odontogénicos de acuerdo a las capas embriónicas y que corresponden a las siguientes:

TUMORES DE ORIGEN ECTODERMICO

- 1.- Ameloblastoma
- 2.- Tumor odontogénico escamoso
- 3.- Tumor epitelial calcificante
- 4.- Tumor odontogénico adenomatoide

TUMORES DE ORIGEN MESENQUIMATOSO

- 1.- Cementomas
- 2.- Cementoblastoma benigno
- 3.- Fibroma calcificante
- 4.- Mixoma odontogénico
- 5.- Fibroma odontogénico
- 6.- Dentinoma

TUMORES MIXTOS (de origen mesenquimatosos y ectodérmico)

- 1.- Fibroma ameloblástico
- 2.- Fibroma odontoma ameloblástico
- 3.- Odontoma ameloblástico

Pindborg y Clausen en el año de 1958, basaron su clasificación en la capacidad inductiva de los tejidos odontogénicos sobre otros tejidos. Como por ejemplo: el epitelio odontogénico es capaz de provocar la formación de

odontoblastos, que al formar dentina inducen a la maduración de los ameloblastos los cuales finalmente formarán el esmalte.

Por primera vez en 1972 , la Organización Mundial de la Salud, preparó una clasificación en la cual se da por el grado de benignidad o malignidad y que corresponden a los siguientes:

TUMORES BENIGNOS:

- 1.- Ameloblastoma
- 2.- Ameloblastoma acantomatoso
- 3.- Tumor odontogénico adenomatoide.
- 4.- Tumor odontogénico epitelial calcificante
- 5.- Cementomas
- 6.- Cementoblastoma benigno
- 7.- Fibroma cementificante
- 8.- Mixoma odontogénico
- 9.- Fibroma odontogénico
- 10.- dentinoma
- 11.- Fibroma ameloblástico
- 12.- Odontoma ameloblástico
- 13.- Odontoma

TUMORES MALIGNOS:

- 1.- Ameloblastoma maligno
- 2.- Carcinoma intraóseo primario
- 3.- Fibrosarcoma ameloblástico
- 4.- Odontosarcoma ameloblástico
- 5.- Osteosarcoma

C A P I T U L O 3

TUMORES BENIGNOS ODONTOGENICOS Y CRECIMIENTOS GINGIVALES

Los tumores odontogénicos son neoplasmas producidas durante el desarrollo embriónico, fetal o posnatal a partir de células primitivas o inmaduras. En algunos tejidos y órganos, sin embargo, continúa el desarrollo durante la vida adulta, como en el caso de los dientes en donde no alcanzan las células la plena madurez hasta la vida adulta.

Aún cuando surgen en adultos, pueden haber estado presentes durante un largo período sin haberse advertido. Estos tumores odontogénicos ectodérmicos aparecen inesperadamente, muchos de ellos están asociados con anomalías del desarrollo dental, como son los dientes retenidos.

Es probable que otros se originen en aquellos vestigios del aparato odontogénico que permanecen en las mandíbulas después que la evolución dental se ha completado. Pero cuando aparece en la vejez en un estado latente o que crecen lentamente desde el período de la odontogénesis, está evolución se ha comprobado por estudios de microscopía el origen de algunos tumores, formándose a partir de los residuos celulares odontogénicos.

Por otro lado la mayoría de los tumores odontogénicos tienen un comportamiento biológico de dos formas :

Los tumores benignos tienen un comportamiento localiza
do e invasivo a los tejidos involucrados, de forma exten
dida en los tejidos llegando a reemplazarlos a estos y
cuando el crecimiento del tumor es de tipo expansivo so
lo empujan a los tejidos.

En los tumores malignos odontogénicos, se comportan de
manera invasiva hasta destruir al tejido blando y teji
do óseo, en esta clase de tumores, su malignidad no es
debida a una metástasis diseminada, sino por el aspecto
microscópico que ha proporcionado evidencia citológica_
de malignidad, la diseminación en esta clase de tumores
no se da por vía hematogéna

La metástasis por vía linfática o a través de la sangre
se da a partir del crecimiento primario, pero esto es
muy raro en tumores odontogénicos, por la disposición
anatómica del tejido que les dió origen o por su eviden
cia citológica. (3)

Por otro lado debemos de recordar algunos conceptos bas
cos, ya que estas neoplasias odontogénicas se comportan
como tumores benignos odontogénicos.

Neoplasia se define como: "un nuevo crecimiento en el
que la multiplicación de las células no están totalmen

te controladas por los sistemas reguladores del organismo y tienen un carácter a veces progresivo". (4)

Tumor se define como: "cualquier neoplasia cuyas células se alteran en forma permanente pero tienen capacidad de crecimiento y reproducción".(5)

Tumor benigno se define; como: "El conjunto de células que semejan al tejido que les dió origen. El tumor su le crecer con lentitud por expansión, es localizado y está envuelto en una cápsula de tejido fibroso".(5)

La mayoría de las definiciones señalan a las neoplasias como crecimientos o proliferaciones , por esto es importante decir que la existencia de otros tipos de crecimientos que no son neoplásicos y que se consideran los siguientes:

1. Hiperplasia
2. Hipertrofia
3. Metaplasia
4. Displasia

En la hiperplasia existe un aumento absoluto en el número de sus células en un órgano o tejido constituido por células estables. Al haber más células de dimensiones normales, los tejidos y los órganos hiperplásicos presentan un aumento de volumen.(8)

La hipertrofia se presenta cuando las células aumentan su tamaño a este proceso se le relaciona con los teji

dos cuyas células están permanentes, es decir carecen de la capacidad de reproducirse en condiciones normales y tienen una demanda funcional mayor. (6,7,8)

La metaplasia es otra forma de proliferación anormal, pero controlada, que se caracteriza por la conversión de un tipo celular diferenciado en otro tipo celular maduro. (8)

La displasia celular, es un defecto en la maduración celular en un epitelio de revestimiento. La displasia tiene una histología desordenada, como es el caso del cáncer en donde presenta atipía celular y no es más que el desorden de las células observadas por microscopio. (8)

Estos desordenes o atipías de las células son indicadores del grado de alteración que presenta un tejido y que van desde una atipía leve hasta un carcinoma "in situ" o bien ser una lesión invasiva. (8)

De acuerdo a la cantidad de las células y de su morfología, se hace a continuación el listado de las características histológicas normales de los tumores benignos:

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS DE LOS TUMORES BENIGNOS.

TUMOR BENIGNO

Estructura.....	Típica.- es semejante a las células del tejido de procedencia.
Diferenciación.....	Bien diferenciados.
Crecimiento.....	lento
Tipo.....	expansivo
Metástasis.....	ausentes
Cápsula	presente
Forma.....	redondeada
Vascularización.....	escasa
Necrosis.....	rara
Ulceración.....	rara
Núcleo citoplasma.....	normal
Núcleo nucléolo	normal
Citoplasma.....	normal
Mitosis.....	raras
Tipos de mitosis.....	típicas
Ultraestructura.....	semejante al tipo normal
Invasión	rara
Efectos clínicos.....	locales
Cónducta clínica.....	rara vez fatal.

3.1 AMELOBLASTOMA

La etiología del ameloblastoma, es la que se origina en los restos celulares del órgano del esmalte de la lámina dental o de los restos epiteliales de malessez o del epitelio de quistes. (9)

La Organización Mundial de la Salud define al ameloblastoma como:

"Neoplasia localmente invasora, constituida por la proliferación de epitelio odontogénico en un estroma fibroso".

(4)

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Es un tumor benigno de crecimiento progresivo, tipo ulcerativo y fungoso, asintomático, con un largo tiempo de evolución, es frecuente en el ángulo o rama mandibular, la lesión se presenta en niños, jóvenes y adultos, en etapas de benignidad avanzada causa deformidad facial y movilidad dental, así como maloclusiones, está lesión está asociada a dientes extraídos, a dientes no erupcionados, hay pérdida importante de hueso. (8,9,6,3)

En las características clínicas, histológicas y radiológicas, no siempre se presentan igual en todos los casos, ya que pueden presentarse complicaciones por el crecimiento del tumor o están asociadas a síndromes.

Se hizo una revisión de la literatura en cuanto al estudio de los casos reportados de, los últimos cinco años pudiéndose decir que hay muchas diferencias que hay que tomarse en cuenta:

El ameloblastoma representa el 5% de los tumores derivados del aparato odontogénico y el 15 % se ha visto que se originan de epitelio de quistes.(9)

Se ha observado que el estímulo que inicia el proceso de la tumoración es desconocido todavía, pero existen factores que predisponen al crecimiento de la lesión como son: traumatismos, inflamación, desnutrición e infección.

Stafne, propuso una teoría de la etiología odontogénica de tipo viral, basado en estudios de inmunohistoquímica en la cual demostró la presencia de antígenos del papilloma virus en dos ameloblastomas quísticos y en un caso de ameloblastoma tipo periférico. Mientras que en los ameloblastomas de consistencia sólida no se presentaron.(10) Cuando el tumor está en predisposición al crecimiento, esto se asocia a factores como la extracción dental en niños o adultos jóvenes. En algunos casos se presentan características clínicas como son; lesiones lisas y nodulares, ulceradas, de color blanco grisáceo de consistencia sólida; (esto no es una característica común) (10).

La superficie de la lesión presentó con un aspecto granular, de color marrón amarillento, con espacios quísticos. Muchos tumores se infectan provocando dolor y pariestias asociadas por la compresión del tumor en los nervios importantes, dando por tanto insensibilidad en algu

nas regiones anatómicas, como el caso de una niña de 12 años con un tumor asociado a parestesia del labio inferior y mentón , el tumor también puede infiltrar a tejidos blandos y duros.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

En estudios de microscopia electrónica se ha observado islotes y cordones de uniones de células en el tejido epitelial, estas células tienen forma cilíndricas en una disposición periférica, algunas células están en el centro de los islotes que asemejan al retículo estrellado del órgano del esmalte.

Existen 5 variedades histológicas con características propias como son:

FOLICULAR.- sus células se disponen en grandes nidos o islotes dispersos en el estroma. Estas células descansan sobre la membrana basal en forma periférica, estas células de forma redonda y poliédrica y que ha medida que se acercan al centro adoptan una forma de estrella semejante al retículo estrellado del órgano del esmalte. En los nidos celulares pueden formar a su alrededor estratos - basales como el tejido escamoso estratificado como en los quistes.

PLEXIFORME.- estas células se disponen en cordones irregulares que asemejan a la lámina dental, se observan células basales de forma cilíndrica y central, predominando las células de forma poliédrica en el retículo eg

trellado. (11, 9,12,13)

ACANTOMATOSO.- éstas células sufren una metaplasia esca
mosa en donde se puede formar queratina en la porción -
central de los islotes tumorales.

CELULAS GRANULOSAS.- éstas formas celulares epiteliales
contienen en su citoplasma pequeñas granulaciones acidó
filas, éstas células pueden ocupar la porción central
de los islotes pudiendo sustituir a casi todo el epite-
lio, los ameloblastos que se encuentran en el epitelio
no forman esmalte o dentina.

BASOCELULAR.- guardan semejanza con el carcinoma de célu
las basales de la piel estando ordenadas en láminas más
pronunciadas que en las células de tipo folicular, acañ
tomatoso o células granulares.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Las diferencias histológicas se hacen con todas las neop
lasias de origen odontogénico.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS.

Existen dos formas radiológicas, unilocular y multilocu-
lar; el primero presenta bordes regulares radiolúcido
con margenes definidos con un halo de hueso esclerótico
y asociados con dientes incluidos; los segundos tienen
un aspecto de "pompas de jabón", en su fondo son radio
lúcidas con zonas radiopacas y que es el diente retenido.

(12)

TRATAMIENTO.

La selección del tratamiento depende del tamaño del tumor, de la zona anatómica en que se encuentre, de la variante clínica, del comportamiento biológico, de la edad del paciente y de la localización del tumor. Scacia (14) propuso que para tumores sólidos y multiquísticos, mayor es de 3 cm. de diámetro, localizados en los segmentos posteriores de la mandíbula y en el maxilar superior, el tratamiento es radical en bloque o extirpación de la mitad de la mandíbula o la mitad del maxilar.

Por otra parte Vedtoffe (15) señaló, cuando los tumores son unikuísticos y periféricos el tratamiento es incisión local y curetaje.

3.2 TUMOR ODONTOGENICO EPITELIAL CALCIFICANTE O TUMOR DE PINDBORG.

La etiología del tumor odontogénico epitelial calcificante, es del epitelio reducido del esmalte.

La Organización Mundial de la Salud, lo define como: " Tumor benigno que se origina del epitelio reducido de esmalte, es una lesión localmente invasor, caracterizado por el desarrollo de las estructuras intraepiteliales , probablemente de naturaleza amiloide, que pueden ser calcificadas y que se pueden desprender al romperse las células".

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Es un tumor de crecimiento lento, benigno, progresivo , con un tiempo de evolución largo, no es frecuente que aparezca , representa el 1% de todos los tumores odontogénicos (15), se presenta en niños, jóvenes y adultos , la mayoría de los casos se presentan en mandíbula, en la zona de premolares y molares, está lesión está asociada en dientes no erupcionados.

En 1955, el tumor odontogénico epitelial fue descrito por Pindborg (14) . En la revisión de la literatura de los últimos 5 años , se encontró un caso del tumor de Pindborg del año de 1995, presentandose invasión al seno del maxilar, observandose las siguientes características:

Es un tumor que se presenta con frecuencia en mandíbula es raro que se presente en maxilar , pero en un caso de 1995 en una mujer de 27 años, se le desarrollo un tumor progresivo en la región del malar e involucrandose en el seno del maxilar con 18 meses de evolución, la paciente refirió extracciones previas , presentó parestesia in fraorbitaria, fué un tumor firme al tacto, asimetría fa cial, el tumor se involucro en el paladar con oblite ración del maxilar vestibular. (14)

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

En los estudios histopatológicos, se han encontrado las siguientes características:

Son células epiteliales poliédricas que se calcifican entre las masas epiteliales o en estroma. El citoplasma es eosinófilo con límites bien definidos, se forman nó dulos calcificados, dentro de las células o fuera de ellas, formando pequeñas masas con círculos concéntricos llamados anillos de Liessengange.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS.

En radiografía panorámica la lesión se observa unilocu lar o multilocular con calcificaciones radiopacas en el centro de la lesión adoptando en forma de un punteado disperso dentro de la lesión dando un aspecto de "nieve"

Estos nodulitos de densidad variable son las calcificaciones que se encuentran dentro de la lesión siendo algunas veces abundantes. La lesión se puede encontrar asociada a dientes no erupcionados, se observa importante área de destrucción de hueso.

TRATAMIENTO.

El tratamiento es variado dependiendo del sitio localizado y el tamaño de la lesión así como la destrucción de hueso. Cuando es una lesión infiltrativa al hueso se realiza la resección en bloque. Cuando no infiltra al hueso se practica la enucleación del tumor y curetaje. (18 , 14)

3.3 TUMOR ODONTOGENICO ADENOMATOIDE.

La etiología de los tumores odontogénicos adenomatoide, se originan de los restos del epitelio del esmalte o del epitelio de quistes . (13)

La Organización Mundial de la Salud lo define como:

"Tumor de epitelio odontogénico, con estructuras canaliculares y con modificaciones inductivas de intensidad variable en el tejido conjuntivo. El tumor puede ser en parte quístico, las únicas lesiones macizas son las masas localizadas en la pared de un gran quiste"

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Es un tumor de crecimiento lento, asintomático, progresivo, es frecuente que aparezcan en zona de anteriores, la incidencia en edad es en niños y jóvenes de 20 años, está lesión se presenta como una variedad quística de consistencia sólida, asociada a dientes retenidos o dientes impactados, tiene un aspecto de quiste, existe movilidad dental.

En la revisión de la literatura se encontraron varios aspectos a considerar.

Este tipo de tumor odontogénico adenomatoide, corresponde el 3% de todos los tumores odontogénicos , en 1907 fué descrito por Dreibladt y en 1948 Stafne lo describe con tres variedades clínicas:

1. FOLICULAR.- cuando la lesión central está asociada con dientes retenidos.

2. EXTRAFOLICULAR.- cuando la lesión central no involucra al diente.

3. PERIFERICO.- cuando la lesión central infiltra al hueso y expande las corticales óseas.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El tumor odontogénico adenomatoide está formado histológicamente por células epiteliales que por lo regular presenta un estroma estrecho de tejido conectivo. Estas células son de forma poliédrica ordenadas en una modalidad adenomatoide o en forma de conductos. En el tejido conectivo aparecen como dentina displásica. (4,3)

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS.

En una radiografía de tipo panorámica, se observó que la lesión se extiende en sentido apical, alrededor de la lesión se observa una línea radiopaca bien limitada. Persiste la dilatación de las corticales óseas, algunas presentan pequeñas zonas calcificadas mal definidas en el centro de la lesión, dando una imagen de "salpicaduras" siendo las calcificaciones centrales y mal definidas y con falta de orientación de los dientes, la lesión se asocia a dientes impactados o retenidos.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de elección es la enucleación local, ya que este tumor se comporta como un quiste. Si la tumoración presenta otros parámetros, como son la infiltración ósea, la localización del tumor, el tamaño del tumor, en este caso se hace la resección en bloque si no presenta infiltración al hueso será resección local y curetaje.

3.4 TUMOR ODONTOGENICO ESCAMOSO O TUMOR EPITELIAL BENIGNO.

La etiología del tumor odontogénico escamoso es el que se origina en los restos epiteliales de la lámina dental o de los restos epiteliales de malessez es el que le da origen al ligamento periodontal. (19)

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Es un tumor de crecimiento lento con un tiempo de evolución largo, se presenta tanto en la mandíbula como en el maxilar, asintomático, el tumor se puede infectar de manera secundaria, el crecimiento es de apariencia ulcerativa, la lesión está asociada a dientes incluidos hay expansión de los procesos alveolares por lo tanto hay movilidad dental de los dientes involucrados en la lesión, se presenta sensibilidad a la percusión. (19,20,21)

En la revisión de la literatura de los últimos cinco años , se encontró un caso del primer tumor odontogénico escamoso de tipo extraóseo, esto quiere decir que se presenta fuera del tejido blando y localizado sobre el hueso alveolar. (19)

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El tumor odontogénico escamoso se compone de islotes de epitelio escamoso maduro sin una capa de células dig

puestas en empalizada en forma periférica polarizada .
Esta capa periférica está aplanada con células de forma
cuboidal, las células escumosas son uniformes y no mues-
tran pleomorfismos nucleares o actividad mitótica. Otro
dato importante es que se forman microquistes que afec-
tan a los islotes epiteliales.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS.

Radiologicamente aparecen como una área radiolúcida semi-
circular o triangular entre los dientes, abarcando la
porción cervical de los dientes involucrandose las rai-
ces. Estas imagenes son superpuestas a la enfermedad pa-
rodontal. Algunas se manifiestan radiolúcidas de tipo
multilocular asociadas a dientes incluidos.(19)

TRATAMIENTO.

Para el tratamiento , se tomará en cuenta el tipo de le-
sión, el sitio y la extensión del tumor y el estado ge-
neral del paciente y seleccionar dos tipos de cirugías:

1. excisión local.
2. radical en bloque.

C A P I T U L O 4

CRITERIOS PARA EL TRATAMIENTO DE TUMORES

Para el tratamiento de tumores se debe tomar en cuenta los siguientes parámetros.

1. el tamaño del tumor
2. sitio y extensión del tumor.
3. comportamiento biológico
4. historia clínica
5. práctica de biopsia
6. examen de laboratorio (hematócrito)
7. radiografías
8. valorar el edo. general del paciente.

Para el comportamiento biológico, existe la siguiente clasificación, para tumores de tipo invasivo.

T: tumor primario

N: ganglios linfáticos regionales

M: metástasis a distancia

En la etapa T significa el tamaño del tumor, la extensión de la lesión de invasión local.

En resumen el sistema T.G.M se aplica a casi todas las áreas de cavidad bucal, bucofaringe, glándulas salivales mayores.

Definiciones de categorías T(tumor):

T1: Diámetro mayor o menor de 2cm, o limitado al sitio limitado de origen.

T2: Diámetro mayor a 4cm, o extensión hacia un sitio vecino.

T3: Diámetro mayor de 4cm, o extensión del tumor hacia una región vecina, o con fijación a las cuerdas vocales.

T4: Tumor masivo con invasión de estructuras circundantes (tejidos blandos, hueso, cartílago, nervios faciales).

Definiciones de las categorías N (del inglés lymph node - ganglio linfático):

N0: no hay afección de ganglios clínicamente.

N1: un ganglio de 3cm o menos de diámetro.

N2: Un ganglio de 3cm a 6 cm de diámetro, o múltiples ganglios positivos de más de 6cm. de diámetro.

N3: ganglio masivos , ganglios bilaterales o ganglios contra laterales .

Definiciones de las categorías M(metástasis):

M0: No hay metástasis distantes.

M1: Hay metástasis distantes .

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

Todos los tumores ectodérmicos se originan de la etapa de diferenciación celular del esmalte y que a su vez se desarrollan de la membrana ectodérmica en el desarrollo embrionario .

Estos tumores tienen una conducta inesperada y el cual permanecen latentes conforme se va desarrollando el diente, involucrandose la genética de cada organismo a nivel celular , además existen otros factores que pre disponen al crecimiento del tumor debido a factores como son los siguientes:

extracciones dentales, traumatismos, inflamaciones, desnutrición e infecciones.

Es importante que en el momento que se nos presente un caso, tener presente las características clínicas, histológicas y radiológicas más significativas y proponer un diagnóstico de presunción y así se confirma con el diagnóstico definitivo siempre y cuando se realicen los éxamenes de laboratorio, biopsia y así determinar el resultado histológico y estudios radiológicos, para de ahí partir la planeación del tratamiento más adecuado sienpre con la mentalidad de conservar la integridad del paciente.

Se concluye que el tema de tumores odontogénicos es para conocer un poco más del comportamiento patológico.

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

- 1.- BHASKAR S. Histología y Embriología Bucal. ed. Ateneo México. 1986; pag. 5-15
- 2.- Mjor A. Ivar. Embriología e Histología oral Humana.ed. ed. Salvat. México. 1990; pag. 1-10
- 3.- CHOEN BERTRAN. Fundamentos científicos en Odontología Ed. Interamericana. México. 1991; pag. 291-303.
- 4.- CABRINI LUIS ROMULO. Anatomía Patológica Bucal. ed. Mundi. México. 1980; pag. 245-264.
- 5.- ATKINSON. Técnicas de Quirófano. ed. Interamericana. 7a.ed. México. 1992; pag. 469.
- 6.- PARDON MIDAN J . Anatomía Patológica General. ed. Mos by. México. 1992; pág. 15,72-75.
- 7.- RUBIN Y FARBER. Fundamentos de Patología. ed. Interamericana. México. 1992. pág. 1-8
- 8.- FERNANDEZ LOPEZ ROCIO. Neoplasias Orales. UNAM.México. 1996. pág. 7-13 ,27-31.
- 9.- KHAN MA: Ameloblastoma in young persons:A clinic patologic analysis and etiologic investigation. Oral , Surgery Pathol. 1989. v.67; pág. 706-15
10. GÓNZALEZ LÓPEZ Blanca y cols: Ameloblastoma con historia de parestesia en una niña de 12 años.v.16.No.7 1995. 40-44.
11. GUO LEE Y COL:Tumor epitelial calcificante en el seno del maxilar. Journal Oral Maxilofacial:50:1326- 1328 1992.
12. EVERSOLE Y COL: radiographic characteristics of cystogenic ameloblastoma. Oral surgery. 57:572-7:1992
13. SHIN MEY Y COLS: tumor odontogénico adenomatoide, reporte de 3 casos, incluyendo el primer extraóseo.Oral - Suergy. 53:714-717: 1995.
14. PINBORG J.J :Calcifying epithelial odontogenic tumor. Acta Pathologica Microbiol Scand: 111:71, 1995.(suppl).
15. KROLL SO PINDBORG: tumor odontogénico epitelial calcificante, revisión de 23 casos y discusión de variaciones histológicas. Archivo Pathol: 98:206, 1994.

16. BHASKAR. Patología Bucal. ed. Ateneo. México.1984. 186-211.
18. BAUNSGAARD: Calcifying epithelial odontogenic tumor Laryngoscope. 93: 635. 1992.
19. ERNEST BADEN Y COLS: Tumor odontogénico escamoso.Surgery oral. 75: 783-8.1993.
20. REICHART PA: Squamous odontogenic tumor.Journal Oral Pathologic. 19: 226-8. 1992.
21. BIN H: Squamous odontogenic tumor: 32: 187-91. 1992.
22. WW. WAY LAWRENCE. Diagnóstico y tratamiento Quirúrgicos. Manual Moderno. 6a. ed. 1989. pág. 226 y 227.
23. SHAFER G. WILLIAM: Tratado de Patología Bucal. Inter americana. 1986. pág. 281-296 .
24. DICCIONARIO DE CIENCIAS MEDICAS . Salvat Mexicana. 11a.ed. México. 1978 1251 pág.
25. PEREZ TAMAYO RUY.:Introducción a la Patología.Ed.ateneo.1990. pág. 539-565.