

286
rej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TUMORES ODONTOGÉNICOS

TESINA
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

HERIBERTO OLVERA DE JESUS.

ASESOR: DRA. BEATRIZ ALDAPÉ BARRIOS.

Vo Bo
Alvarez



MÉXICO, D. F.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

269426



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.

AGRADECIMIENTOS .-

A Dios:

*Por la vida tan feliz que me ha dado
y por hacerme saber que siempre estará a mi lado.*

A mi mamá Paz de Jesús de Olvera

*Con todo el cariño, amor, y respeto alcanzable en la vida.
Por el apoyo e impulso que siempre me ha dado con sus
palabras amorosas y tiernas. A ella que tanto se ha preocupado
por mi, le otorgo mi más inmenso cariño, y mis futuros logros.*

A mi padre : Miguel Olvera Villarreal.

*Con mucho respeto y cariño por que me ha enseñado que para alcanzar
lo que uno quiere en la vida necesita disciplina y esmero.*

A mis hermanos : Miguel Angel, Alma Delia, Héctor, Mayra y Rodrigo.

Con mucho cariño por que siempre me han apoyado incondicionalmente.

A mi sobrina Deborah.

*Con todo el cariño que siento por ella,
por todo lo que la extraño y por que siempre
será mi sobrina preferida.*

A Elisa

*Con todo mi amor, por todo el tiempo que me
has dedicado y porque espero estar a tu lado
por siempre.*

*A mis cuñados : Sharon y Antonio.
Por su sincera amistad.*

*A la familia Sánchez Serrano.; Pepe, Paty y Grecia.
Por su invaluable amistad, por los momentos
que hemos pasado juntos y por que espero que
siempre estemos juntos.*

A mis amigos de la facultad : Armando, Jaime, Angel Armando, Mario y Jesús Silva.

*A la máxima casa de estudios
Universidad Nacional Autónoma de México
Por haberme dado la oportunidad de desarrollar una
licenciatura dentro de una de sus grandes facultades*

*A la Facultad de Odontología por los conocimientos
y experiencias que obtuve en ella.*

*En general a todos mis demás amigos y compañeros que de alguna
manera contribuyeron en la culminación de mi carrera de Cirujano Dentista.*

*A la familia Olvera Espindola
Por su cariño.*

*A las familias: Luengas Quintero y Maciel Luengas.
Por su apoyo y amistad.*

A mis profesores en agradecimiento por todos los conocimientos que me brindaron dentro de las aulas y clínicas de la facultad de Odontología. Principalmente al Dr. Javier Portilla Robertson.

A los Doctores. del Departamento de Patología Bucal de la Unidad de Posgrado Daniel Quezada Rivera, José Luis Tapia Vázquez, Bernardo Cruz Legorreta Por su apoyo en la elaboración de esta Tesis

Muy especialmente a la Dra. Beatriz C. Aldape Barrios por el gran apoyo en la elaboración de esta Tesis, por su tiempo y por motivarme para seguir estudiando.

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig 1.....	SAPP	Fig 30.....	OMS
Fig 2.....	SAPP	Fig 31.....	OMS
Fig 3.....	SAPP	Fig 32.....	OMS
Fig 4.....	SAPP	Fig 33.....	SAPP
Fig 5.....	SAPP	Fig 34.....	SAPP
Fig 6.....	SAPP	Fig 35.....	SAPP
Fig 7.....	SAPP	Fig 36.....	SAPP
Fig 8.....	SAPP	Fig 37.....	SAPP
Fig 9.....	SAPP	Fig 38.....	OMS
Fig 10.....	SAPP	Fig 39.....	SAPP
Fig 11.....	SAPP	Fig 40.....	OMS
Fig 12.....	SAPP	Fig 41.....	SAPP
Fig 13.....	OMS	Fig 42.....	SAPP
Fig 14.....	SAPP	Fig 43.....	SAPP
Fig 15.....	SAPP	Fig 44.....	SAPP
Fig 16.....	OMS	Fig 45.....	SAPP
Fig 17.....	SAPP	Fig 46.....	SAPP
Fig 18.....	SAPP	Fig 47.....	SAPP
Fig 19.....	OMS	Fig 48.....	OMS

Fig 20.....	SAPP	Fig 49.....	SAPP
Fig 21	SAPP	Fig 50.....	SAPP
Fig 22.....	OMS	Fig 51.....	OMS
Fig 23.....	SAPP	Fig 52.....	OMS
Fig 24	SAPP	Fig 53.....	SAPP
Fig 25.....	SAPP	Fig 54.....	OMS
Fig 26	OMS	Fig 55.....	OMS
Fig 27.....	SAPP	Fig 56.....	OMS
Fig 28	SAPP	Fig 57.....	OMS
Fig 29.....	OMS		

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1	
ODONTOGÉNESIS.....	6	
TUMORES BENIGNOS.		
I. EPITELIO ODONTOGÉNICO SIN ECTOMESÉNQUIMA		
ODONTOGÉNICO.		
1. Ameloblastoma.....	10	
2. Tumor Odontogénico Escamoso.....	16	
3. Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante (Tumor de Pindborg).....	18	
4. Tumor Odontogénico de Células Claras.....	20	
II. EPITELIO ODONTOGÉNICO CON ECTOMESÉNQUIMA		
ODONTOGÉNICO CON O SIN FORMACIÓN DE TEJIDO DENTAL DURO.		
1. Fibroma Ameloblástico.....	21	
Fibrodentinoma Ameloblástico (Dentinoma) y		
Fibro - Odontoma Ameloblástico.....		22
2. Odontoameloblastoma.....	24	
3. Tumor Odontogénico Adenomatoides.....	25	
4. Quíste Odontogénico Calcificante.....	26	
5. Odontoma Complejo	28	
6. Odontoma Compuesto.....	30	

**III. ECTOMESÉNQUIMA ODONTOGÉNICO CON O
SIN EPITELIO ODONTOGÉNICO INCLUIDO.**

1. Fibroma Odontogénico.....32

2. Mixoma (Mixoma Odontogénico, Mixofibroma).....35

3. Cementoblastoma Benigno
(Cemento Blastoma, Cementoblastoma Verdadero).....37

TUMORES MALIGNOS

I. CARCINOMAS ODONTOGÉNICOS.

1. Ameloblastoma Maligno.....39

2. Carcinoma Primario Intraoseo.....39

3. Variantes Malignas de otros Tumores Epiteliales Odontogénicos.....41

4. Cambios Malignos en Quistes Odontogénicos.....41

II. SARCOMAS ODONTOGÉNICOS.

1. Fibrosarcoma Ameloblástico (Sarcoma Ameloblástico).....42

2. Fibrodentinosarcoma Ameloblástico y Fibro - Odontosarcoma Ameloblástico..... 43

3. Carcinosarcoma Odontogénico.....43

CONCLUSIONES.....44

GLOSARIO.....45

BIBLIOGRAFÍA.....47

INTRODUCCIÓN

Los Tumores Odontogénicos derivan de los tejidos que forman los dientes y constituyen un grupo de lesiones con características muy diversas.

Esto puede deberse a la complejidad que existe en la formación de los dientes, ya que estos tumores se originan por alteraciones del proceso normal de la Odontogénesis.

Según la Organización Mundial de la Salud, una de las primeras tentativas de clasificar los tumores originados en los tejidos dentales fue la de Broca, en 1877, quien basó su clasificación en la fase de desarrollo alcanzada por el diente en el momento de iniciarse la proliferación anormal. A partir de entonces ha habido otras clasificaciones, entre las que se destaca la de Thoma y Goldman en 1946, quienes publicaron una clasificación en la que los tumores odontogénicos se dividían en tumores de origen ectodérmico, mesodérmico y mixto. En 1958 Pindborg y Clausen propusieron una clasificación basada en el efecto inductor de un tejido dentario sobre otro, la que fue ligeramente modificada por Gorlin y colaboradores en 1961.

El germen dentario tiene tres principales componentes: órgano del esmalte, la papila dental y el folículo dental.

El esmalte es una estructura epitelial derivada del ectodermo que cubre gran parte de la cavidad bucal.

La papila y el folículo dental son ectomesenquimatosas (mesodermal), siendo parte derivada de células que emigraron de la cresta neural en la embriogénesis.

Ambos son de morfología densa en el germen del diente y la diferenciación de estas células depende de un patrón complejo de interacción inductivas entre el epitelio y el ectomesénquima.

Los sitios en los cuales los diferentes dientes formarán su apariencia serán determinados antes del comienzo del epitelio bucal para formar el epitelio odontogénico. El epitelio (lámina dental), el desarrollo del órgano del esmalte de los dientes individuales y la morfología de cada órgano del esmalte son controlados por el ectomesénquima.

El órgano del esmalte es responsable de la formación y abarca cuatro capas externas.

- 1) Epitelio dental.
- 2) Retículo estrellado.
- 3) Estrato intermedio interior.
- 4) Epitelio dental.

La papila dental es responsable de la formación de dentina y al contactar con el epitelio provee la inducción de estímulos necesarios para la diferenciación de odontoblastos en la superficie de la papila.

Cuando la formación de la dentina empieza, está por turno provee los estímulos para la maduración interior dental en función con ameloblastos y el esmalte es depositado en la superficie de la dentina en el área de la corona. Después una extensión (adicional nueva) de cada órgano del esmalte provee el epitelio necesario para la inducción en la diferenciación de odontoblastos y formación dentinaria en el área de la raíz.

La extensión epitelial del órgano del esmalte se dispersa y los residuos (restos epiteliales de Malassez), persisten a través de la vida en el ligamento encerrado en la superficie de la raíz.

La morfología e inducción se relacionan entre varias partes del germen normal del diente, son reproducidos con una gran o menor extensión, en muchos de los tumores o lesiones parecidas a tumores de los tejidos odontogénicos. Así la observación de estas características es igualmente importante en la identificación de las lesiones y en su clasificación.

Por ejemplo, la dentina normal es fácilmente identificable porque tienen una estructura tubular, pero si por alguna razón esta estructura tubular esta ausente es fácil distinguir entre la atípica mal mineralizada dentina y el atípico osteoide.

Sin embargo, se desarrollará un tejido parecido al osteoide que proveerá una fuerte evidencia de que el material es en realidad dentina displásica.

El cemento que cubre la dentina de la raíz del diente existe en ambas formas: acelular y celular.

El cemento y la dentina se parecen al hueso en que tienen una matriz sustancial de colágeno, el componente orgánico del cemento es de no colágeno y está presente en pequeñas y semejantes cantidades, cuando un espécimen es desmineralizado antes de seleccionarlo, la tenue matriz del esmalte puede ser pérdida. Sin embargo en algunas circunstancias (especialmente cuando el esmalte esta encerrado por otros tejidos), la matriz puede retenerse. Glóbulos de material basófilo mineralizado en contacto con epitelio ameloblástico puede representar esmalte displásico.

Lesiones que contienen cemento.- Dentro del ligamento periodontal normal, siguiendo el cemento que cubre la raíz del diente y algunas veces fusionadas al cemento no es raro encontrar masas basófilas redondas y fuertemente calcificadas. En esta localización es razonable suponer que estas masas derivan del tipo de células que forman el cemento adyacente llamadas cemetículos. Cuando masas similares son encontradas en ciertos tumores o lesiones parecidas a tumores en la boca a menudo se fusionan dentro de grandes agregados y algunas veces se entremezclan con depósitos de hueso, es razonable considerar estos del cemento; esta suposición es reflejada en los nombres con los que se conocen estas lesiones.

Sin embargo, esta mas organizado que su similar, material parecido al cemento que puede ser encontrado en lesiones en esqueleto craneofacial, en la boca ocasionalmente en otras partes del esqueleto, localizaciones en las que no es posible considerar derivaciones a los tejidos odontogénicos.

Estas observaciones pueden ser atribuibles al hecho de que aunque formado por células del aparato odontogénico el cemento es una formación del hueso empaquetado, por lo tanto, es entendible, que algunas veces tejido similar en apariencia puede ser encontrado en otras localizaciones además de la boca.

La clasificación de los tumores odontogénicos ha incluido provisionalmente lesiones en las cuales el tejido duro quizás de cemento o hueso o una mezcla de ambos, lesiones que pueden ser descritas con el encabezado de " Neoplasias y otros tumores relacionados con

el hueso". En esta revisión la única neoplasia que generalmente es aceptada como esencialmente cementogénica. (El cementoblastoma benigno ha sido incluido en la categoría formal como lesión cemento - osificante) .

CLASIFICACIÓN

La primer propuesta de la siguiente clasificación define Neoplasias como, lesiones parecidas a tumores y quistes que aparecen en el aparato odontogénico.

Sin embargo, la clasificación también incluye algunas lesiones distintivas de la mandíbula, lesiones que son de nivel incierto y otras que son claras lesiones no neoplasias, pero mucho se distinguirán de neoplasias odontogénicas. La clasificación incluye unos nuevos tipos de tumores odontogénicos que han sido descritos recientemente, así que una imagen preliminar solo podrá ser avalada por sus características clínicas e histopatológicas.

Los tipos de tumores de hueso que pueden ocurrir en otras partes del esqueleto y no muestran rasgos especiales cuando ocurren en boca no son incluidos, solo se discuten a través de ciertos tumores de hueso y lesiones parecidas a tumores que son distintivas y ocurren en la boca.

CLASIFICACIÓN DE TUMORES ODONTOGÉNICOS.

A través de los años se ha intentado producir una clasificación lógica de Tumores y de Lesiones parecidas a tumores de los tejidos odontogénicos. Recientes avances en nuestro entendimiento del origen y las interacciones de estos tejidos, han provisto bases científicas para su clasificación.

La clasificación usada aquí esta basada primero en el comportamiento del tumor con una amplia división de las lesiones generalmente consideradas como benignas y aquellas consideradas como malignas; la categoría de las benignas incluye un número de entidades que probablemente o que ciertamente no son neoplasias.

Entonces las subdivisiones de las lesiones benignas están basadas en los tipos de tejidos envolventes odontogénicos: el epitelio odontogénico sin ectomesénquima odontogénico;

epitelio odontogénico con ectomesénquima odontogénico; ectomesénquima odontogénico con o sin incluir epitelio odontogénico.

Notas en la terminología.

- 1.- Cuando hay una buena evidencia de que esa es una lesión neoplásica, está se planteará en una breve definición de la lesión a la que precede la descripción detallada.
- 2.- Cuando hay una buena evidencia de que la lesión representa un desarrollo anormal o malformación, en este también se manifestará una breve definición.
- 3.- En acorde con la práctica común, los términos " lesión " y tejido lesionado pueden ser usados para ambas Neoplasias y desordenes no neoplásicos.
- 4.- Los sinónimos son dados cuando ellos son ampliamente usados en la literatura: el término preferido esta dado primero, y es seguido por el sinónimo en la categoría.

ODONTOGÉNESIS

Los dientes se desarrollan del ectodermo y del mesodermo. El esmalte se deriva del ectodermo de la cavidad bucal, todos los otros tejidos se diferencian del mesénquima circundante, un derivado del mesodermo.

Al parecer el desarrollo dental se inicia por la influencia inductiva del mesénquima en el ectodermo supradacente. Este mesénquima tiene su origen en la cresta neural.

El desarrollo dental es un proceso continuo, pero generalmente se divide en etapas para fines descriptivos (etapas de yema, casquete y campana) con base en el aspecto que presenta el diente en desarrollo. No todos los dientes comienzan a desarrollarse al mismo tiempo. La primera yema dental aparece en la región anterior de la mandíbula, más tarde, el desarrollo dental ocurre en la región anterior del maxilar superior, y posteriormente progresa en ambos maxilares. El desarrollo dental continua durante años después del nacimiento.

Lámina Dental.- La primera indicación del desarrollo dental se presenta al inicio de la sexta semana como un engrosamiento del epitelio bucal, un derivado del ectodermo superficial. Estas bandas en forma de "U", denominadas láminas dentales, siguen el trayecto de los maxilares primitivos.

Etapas de yema.- Cada lámina dental desarrolla rápidamente diez centros de proliferación de donde las protuberancias, denominadas yemas dentales, crecen en el mesénquima subyacente, estas yemas dentales se convierten en la primera dentición. Las yemas dentales para la dentición permanente que tienen predecesores deciduos comienzan a aparecer alrededor de la décima semana de vida fetal a partir de continuaciones más profundas de la lámina dental. Se desarrollan lingualmente a las yemas de los dientes deciduos. Los molares permanentes que no tienen predecesores deciduos se desarrollan como yemas a partir de extensiones posteriores a la lámina dental. Las yemas dentales para la dentición permanente aparecen en distinta fecha, principalmente durante el período fetal. Las yemas para segundo y tercer molares permanentes aparecen después del nacimiento.

Etapa de casquete .- A medida que crece cada yema dental, adquiere el aspecto de un casquete debido a una invaginación producida por el mesénquima. Su parte ectodérmica se conoce como órgano del esmalte (órgano dental), porque produce esmalte.

La parte interna de cada yema dental con forma de casquete, invaginada por el mesénquima, se denomina papila dental. Es el primordio de la pulpa dental y sus células externas producen dentina.

La capa celular externa del órgano del esmalte se llama epitelio externo del esmalte y la capa celular interna que delinea al casquete se denomina epitelio interno del esmalte. La región central de las células dispuestas laxamente entre las capas del epitelio del esmalte recibe el nombre de retículo del esmalte (retículo estrellado) . A medida que se forman el órgano del esmalte y la papila del diente en desarrollo, el mesénquima circundante al diente en desarrollo, el mesénquima circundante al diente en desarrollo se condensa para formar una estructura en forma de cápsula denominada saco dental. Este saco dará origen al cemento y al ligamento periodontal.

Etapa de campana .- Conforme se diferencia el órgano del esmalte, el diente en desarrollo toma la forma de campana. Las células mesenquimatosas que se encuentran en la papila dental adyacente al epitelio interno del esmalte se diferencian en odontoblastos los cuales producen predentina y depositan junto al epitelio interno del esmalte. Posteriormente, la predentina se calcifica y se convierte en dentina. Al engrosarse esta, los odontoblastos regresen hacia el centro de la papila dental, pero sus prolongaciones citoplasmáticas, las prolongaciones odontoblásticas (prolongaciones de Tomes) permanecen rezumadas en la dentina. Las células del epitelio interno del esmalte se diferencian en ameloblastos, que producen esmalte en forma de prisma (bastones) sobre la dentina. Cuando aumenta el esmalte, los ameloblastos regresan hacia el epitelio externo del esmalte. La formación de esmalte y dentina comienza en la punta (cúspide) del diente y progresa hacia la futura raíz. La raíz del diente comienza a desarrollarse después que la formación de dentina y esmalte esta bien avanzada. Los epitelios interno y externo del esmalte se unen en la región cervical

del diente. Aquí forman un pliegue denominado vaina radicular epitelial, la cual crece en el mesénquima e inicia la formación de la raíz. Los odontoblastos adyacentes a la vaina radicular epitelial al formar dentina continúan con relación a la de la corona. Al aumentar la dentina, se reduce la cavidad de la pulpa para formar un conducto radicular estrecho a través del cual pasan los vasos y los nervios. Las células internas del saco dental se diferencian en cementoblastos, productores del cemento. Conforme se desarrollan los dientes o se osifican los maxilares, las células externas del saco cobran mayor actividad en la formación del hueso, excepto en su corona, el diente esta sujeto en su alvéolo (cavidad ósea) por el fuerte ligamento periodontal, derivado del saco dental. Algunas partes de sus fibras están incluidas en el cemento, otras en la pared ósea del cemento.

Erupción dental .- Cuando el diente se desarrolla, se inicia externamente un movimiento continuo. Por lo general, los dientes del maxilar inferior brotan antes de que los del superior, y los dientes de las niñas aparecen antes que los de los niños. Al crecer la raíz del diente, la corona gradualmente irrumpe a través del epitelio bucal. La parte de la mucosa bucal que rodea la corona que brotó se convierte en encía.

El retardo en la erupción de todos los dientes puede indicar un trastorno sistémico o nutricional como hipopituitarismo o hipotiroidismo.

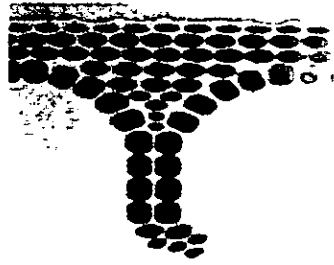


Fig. 1.

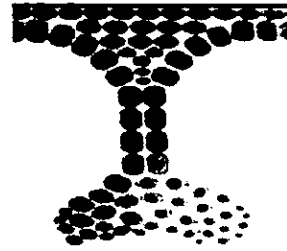


Fig. 2.

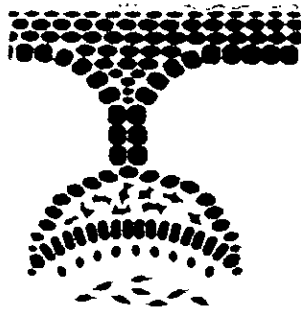


Fig. 3.

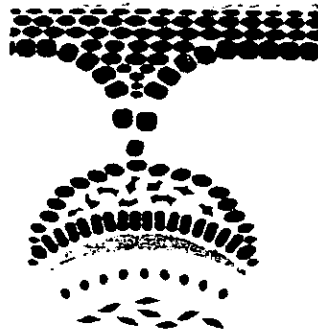


Fig. 4.

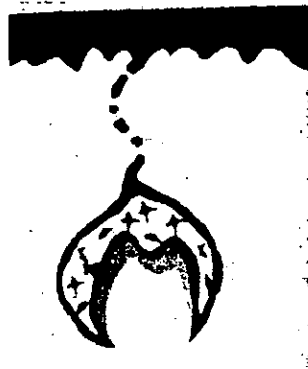


Fig. 5.

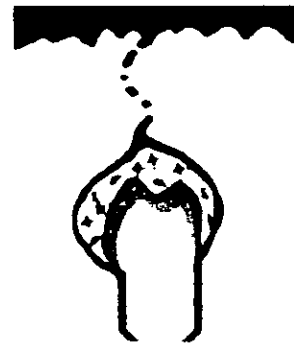


Fig. 6.



Fig. 7.

EPITELIO ODONTOGENICO SIN ECTOMESENUIMA ODONTOGÉNICO.

AMELOBLASTOMA

Neoplasia benigna localmente invasiva que se origina en el tejido del tipo órgano del esmalte; el cual no sufre diferenciación sino hasta el punto de formar esmalte. Es el más común de los tumores odontogénicos y con sus variedades representa el 1% de todos los tumores y quistes de los maxilares.

Origen .- La mayoría de los investigadores consideran que tiene un origen variado, aunque se desconoce el proceso inicial del estímulo. De esta manera la neoplasia puede derivar de :

- a) Remanentes de la lámina dental (Restos de Serres).
- b) Epitelio reducido del esmalte.
- c) Restos epiteliales de Malassez.
- d) Cápsula epitelial de quistes odontogénicos. (Dentífero).

• Localización .- 80 % Mandíbula (70 % molares y rama ascendente 20 % región premolar y 10 % en la región incisal).

Maxilar (molares).

Características Clínicas .- Comúnmente los ameloblastomas se diagnostican en las 4ª y 5ª décadas de vida. No existe predilección por raza y sexo . Es de crecimiento lento, asintomático, produce expansión de la mandíbula y puede provocar movilidad dental.



Fig. 8.



Fig. 9.

- Características Radiográficas .- El ameloblastoma muestra variación considerable. El cuadro típico es de una zona radiolúcida bien delimitada uni o multilocular. La característica de las lesiones multiloculares grandes dan la apariencia de pompas de jabón.

Los ameloblastomas maxilares presentan con mayor frecuencia el aspecto unilocular.



Fig. 10.



Fig. 11.

- Características Histológicas .- El ameloblastoma muestra dos patrones principales : folicular y plexiforme. Sin embargo, no es frecuente que ambos patrones estén presentes en el mismo tumor.

En el patrón folicular el epitelio del tumor está en forma de discretas islas que consisten de una masa central de células poliédricas o células angulares fragilmente conectadas parecidas al retículo estrellado, rodeadas por una capa de células columnares que parecen epitelio dental interno.



Fig. 12.



Fig. 13.

En el patrón plexiforme el epitelio del tumor se muestra como una malla de bandas de células interconectadas de células cuboidales o columnares e incluyen las células que parecen retículo estrellado. Estas a menudo son menos numerosas que el tipo folicular.

Diagnóstico Diferencial .- Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante, Fibroma osificante, Querubismo, Quiste dentígero, Quiste primordial, Granuloma central de células gigantes y Hemangioma central.

• Tratamiento .- Resección quirúrgica marginal en bloques de 1 a 2 cm, más allá de los límites radiográficos^{1-3,44-47}

AMELOBLASTOMA UNIQUÍSTICO

Lesión quística unilocular cuyos aspectos clínicos en muchas ocasiones se asemeja a un quiste dentígero y a menudo se asocia a un tercer molar no erupcionado.

- Localización .- Zona molar de la mandíbula
- Características Clínicas .- Se presenta por lo general entre la 2ª Y 3ª década de la vida, no existe predilección por raza y sexo. Es de crecimiento lento, asintomático.



Fig. 14.

- Características Radiográficas .- Zona radiolúcida en la parte pericoronar del diente retenido y se extiende hasta la apófisis coronoides.



Fig. 15.

- Características Histológicas .- Consta de tres variantes, Ameloblastoma uniuquístico intraluminal. La lesión consta de una densa uniformidad de la cápsula del tejido conectivo fibroso, la cubierta epitelial de la luz es uniforme y tiene una capa hiper cromática de células basales empalizadas, muchas de las cuales muestran polarización invertida de los núcleos. Las capas que permanecen se asemejan al retículo estrellado. Algunas lesiones contarán con áreas en las cuales el epitelio estará denso con proyecciones papilares extendidas dentro del luz. Cuando el denso forro penetra al tejido capsular adyacente es denominado como ameloblastoma mural uniuquístico. En algunos quistes dentígeros ocurre una ligera diferencia en el patrón histológico. El patrón consiste de proyecciones nodulares intraluminarales que contienen como patrón una malla de epitelio sin los cambios distintivos de la capa de las células basales. Este patrón es referido como ameloblastoma uniuquístico plexiforme.



Fig. 16.

- Diagnóstico Diferencial .- Quiste dentígero y Quiste Primordial .
- Tratamiento .- El tratamiento depende del patrón histológico, los que presenten patrón plexiforme así como los que presenten patrón intraluminal serán tratados con enucleación. La lesión que contenga patrón mural se tratara con resección marginal^{1-3,44-47}

AMELOBLASTOMA PERIFÉRICO.

- Origen .- Parece originarse en el epitelio superficial o en los restos de la lámina dental .
- Localización .- Mandíbula (molares) dos a uno en relación con el maxilar.

Características Clínicas .- Se presentan entre la 3ª y 7ª década de la vida, su tamaño es de 0.5 a 2 cm., su coloración es igual a la de la mucosa adyacente, se presenta como nódulos firmes en la encía, no invaden al hueso subyacente, y cursan de manera no agresiva.



Fig. 17.

- Características Radiográficas .- Después de la lesión primaria extraosea rara vez se presentan cambios en el hueso, ocasionalmente hay una "SAUCERIZACION" de la placa de la cortical, esa aparece como una radiolucidez en forma de taza abajo del nódulo elevado debido a la presión ejercida por el hueso. Si la lesión se localiza en el área de la papila interdental, algunos dientes pueden separarse.

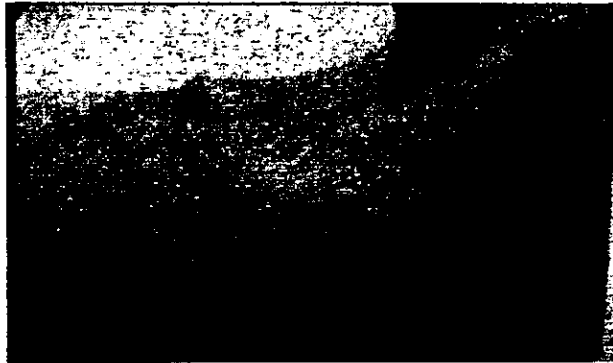


Fig. 18.

- **Características Histológicas** .- El tejido esta compuesto de filamentos de epitelio odontogénico, generalmente se parece al patrón folicular . Las islas epiteliales comúnmente exhiben la variante acantomatosa con áreas centrales de formación de queratina. En algunas lesiones los filamentos epiteliales se continúan con la superficie del epitelio. Las islas epiteliales y filamentos están generalmente alrededor de tejido fibroso. Pequeñas lesiones tienen un margen inferior que usualmente esta arriba del hueso cortical. Las lesiones grandes muestran un empuje del margen que produce la imagen de taza por la resorción del hueso cortical.

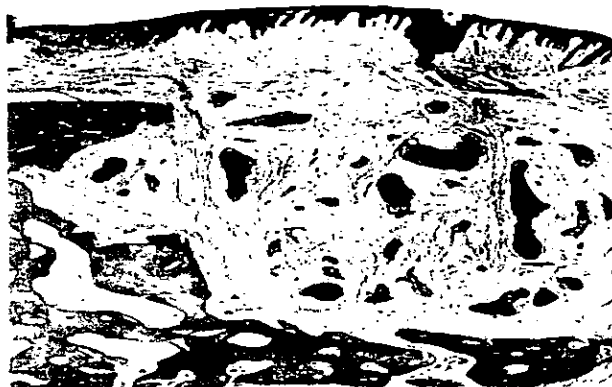


Fig. 19.

- Tratamiento .- Excisión quirúrgica ^{1-3,45-47}

TUMOR ESCAMOSO ODONTOGÉNICO

Descrito en 1975 por Pullon. Lesión rara, potencialmente agresiva derivada del epitelio odontogénico , que consiste en islas bien diferenciadas de epitelio escamosos estratificado. Las islas epiteliales ocasionalmente muestran focos de degeneración quística central.

- Origen .- Probablemente proviene de remanentes de la lamina dental o de restos de Malassez.
- Localización .- Afecta por igual a maxilar (zona anterior) y mandíbula (zona de premolares - molares).
- Características Clínicas.- El tumor se ha encontrado entre la 2ª y 7ª década de la vida, con la mayoría ocurriendo en la 3ª sin predilección por sexo. Se presenta como nódulos pequeños de crecimiento lento y sintomáticos.



Fig. 20.

- **Características Radiográficas** .- Presentan una zona radiolúcida que se presenta en las lesiones pequeñas unilocular bien delimitada y en las lesiones grandes son multiloculares y pueden tener bordes indistintos, existe pérdida de hueso alveolar interproximal, usualmente no existe reabsorción radicular.



Fig. 21.

- **Características Histológicas** .- Las principales características histológicas son las islas de epitelio escamoso estratificado colocadas en un tejido conectivo maduro. Estas islas epiteliales constan de una capa periférica aplanada de células cuboidales y carecen de células columnares que son típicas del ameloblastoma.



Fig. 22.

- Diagnóstico Diferencial.- Histiocytosis X.

Tratamiento .- El curetaje es el tratamiento de elección, y la recurrencia es muy rara^{*4.5.44-}

47

TUMOR ODONTÓGENICO EPITELIAL CALCIFICANTE (TUMOR DE PINDBORG).

Descrito en 1955 por Pindborg. Es una neoplasia epitelial localmente invasiva.

- Origen .- Restos epiteliales de la lámina dental y/o del epitelio reducido del esmalte.
- Localización .- El patrón central (intraoseo) dos de cada tres lesiones aparecen en la mandíbula y una de tres en la maxila. Así mismo es más frecuente que aparezca en zona de molares que de premolares.

El patrón periférico (extraoseo) ocurre con mayor frecuencia en la parte anterior de la boca.

- Características clínicas .- Aparece entre la 3ª y 7ª década de la vida. No presenta predilección por sexo, es de crecimiento lento, asintomático, puede provocar expansión de la mandíbula y puede estar relacionado con dientes retenidos.
- Características Radiográficas .- Zona mixta (Radiolúcida - Radiopaca) bien delimitada que puede ser uni o multilocular



Fig. 23.



Fig. 24.

•Características Histológicas .- Histológicamente, el tumor muestra una variación considerable. Existen láminas de células epiteliales poligonales cuyos núcleos varían en tamaño, forma y número. Presentan cantidades variables de un producto extracelular que puede ser amiloide en el cual pueden encontrarse depósitos concéntricos calcificados (anillos de Liesegang) que al ser lo suficientemente grandes y densos producen calcificaciones. Existe pleomorfismo nuclear.



Fig. 25.

•Diagnóstico Diferencial.- Si la lesión es Radiolúcida, debe diferenciarse del Quiste Dentígero, Quiste primordial, Ameloblastoma y Mixoma.

Cuando la lesión presenta patrón mixto debe diferenciarse del Quiste Odontogénico Calcificante, Tumor Odontogénico Adenomatoides, Fibro - Odontoma Ameloblástico, Fibroma Ameloblástico, Fibroma Osificante y Osteoblastoma.

Tratamiento .- Resección con márgenes de tejido normal es el tratamiento más recomendable^{6-8,44-47}

TUMOR ODONTÓGENICO DE CÉLULAS CLARAS

Se a descrito recientemente y se han publicado muy pocos casos. Neoplasia benigna localmente invasiva muy poco frecuente.

- Origen .- Probablemente de remanentes de la lámina dental o restos de Malassez.
- Localización .- Mandíbula.
- Características Clínicas .- Mujeres de más de 60 años, de crecimiento lento, asintomático.
- Características Radiográficas.- Zona radiolúcida mal delimitada.
- Características Histológicas.- El principal aspecto histológico son las islas de superficie uniforme vacuoladas, células claras y finamente punteadas células sin la evidencia de diferenciación glandular. Muchas células del tumor contienen abundantes gránulos de glucógeno. Ultraestructuralmente muchas células exponen exhiben prominente vacuolización y una escasez de organelos citoplasmáticos. El estroma maduro fibroso es escaso, y no hay evidencia de deposición amiloide o calcificación.

El tumor tiene alguna similitud al adenocarcinoma de células claras y parece ser más localmente agresivo que el ameloblastoma.

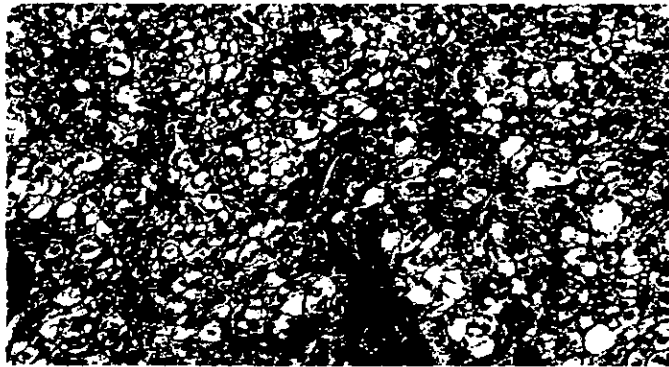


Fig. 26.

- Diagnóstico Diferencial .- Histologicamente del Tumor Odontogénico epitelial Calcificante, Carcinoma Mucoepidermoide Central, Carcinoma de Células Acinicas Metastásico y Ameloblastoma.

Tratamiento.- Enucleación Quirúrgica⁴⁶

CON ECTOMESENQUIMA ODONTOGENICO CON O SIN LA FORMACIÓN DE TEJIDO DENTAL DURO.

FIBROMA AMELOBLÁSTICO

Tumor de origen mixto compuesto de epitelio y mesénquima neoplásico.

- Origen.- Proliferación de restos odontogénicos.
- Localización.- Se localiza mas frecuentemente en la rama mandibular, aunque puede afectar cualquier zona de los maxilares, se le asocia a menudo a un diente no erupcionado.
- Características Clínicas.- Se presenta entre la 2ª y 3ª década de la vida, el promedio es a la edad de 14 años, no existe predilección por sexo y su crecimiento es lento y asintomático.
- Característica Radiográficas .- Zona radiolúcida bien delimitada uni o multilocular y pueden relacionarse con la corona de un diente retenido.

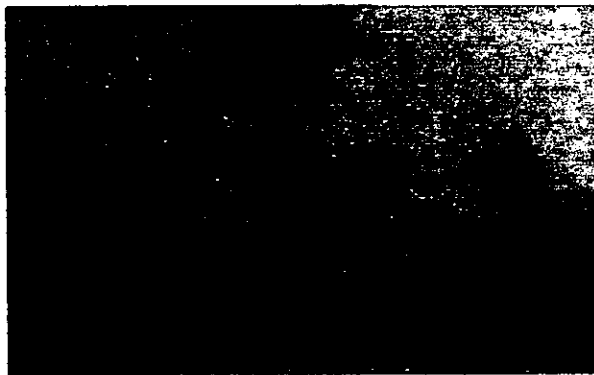


Fig. 27.

- Características Histológicas .- Consiste en finas ramas y cordones de epitelio

odontogénico que tienden a anastomarse en un patrón plexiforme consistente en una capa de células columnares o cuboidales rodeando a células centrales ovas pareciéndose a la lámina dental. El fondo se compone de tejido conectivo embrionario conteniendo casualmente fibroblastos extensamente separados.

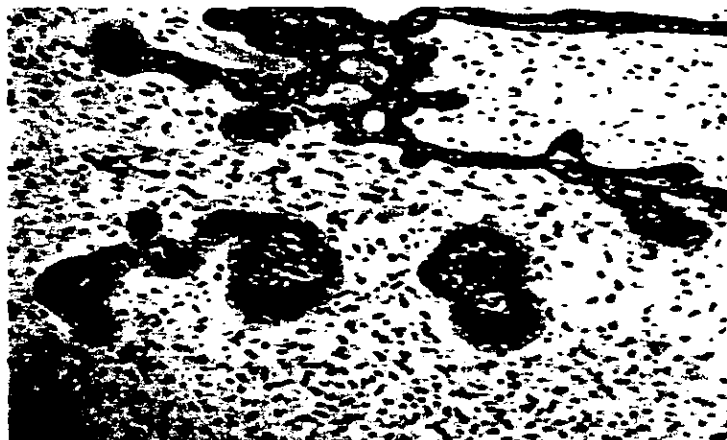


Fig. 28.

- Diagnóstico diferencial.- Ameloblastoma, Mixomas, Quiste Dentígero, Quiste primordial y Granuloma central de células Gigantes.

Tratamiento.- Enucleación, existe poca recurrencia^{9-10,44-47}.

FIBRO ODONTOMA AMELOBLÁSTICO

Tumor odontogénico mixto compuesto de epitelio y mesénquima neoplásico; que tiene las características del fibroma ameloblástico, pero que contiene dentina y esmalte

- Origen .- Proliferación de Restos Odontógenos.
- Localización .- La localización más frecuente es en la región posterior de la mandíbula, aunque puede afectar a cualquier parte del maxilar, generalmente se le asocia a un diente no erupcionado.
- Características Clínicas .- Aparece entre la 1ª y 2ª década de la vida, no existe

predilección por sexo, es de crecimiento lento y asintomático.

•Características Radiográficas .- Es una lesión mixta por la presencia de un odontoma, bien delimitada uni o multilocular y puede estar asociada a un diente no erupcionado.



Fig. 29.



Fig. 30.

• Características Histológicas .- El tejido es parecido al fibroma ameloblástico se encuentra epitelio odontogénico en forma de cordones columnares que recuerdan a la lámina dental. El mesénquima es un tejido conectivo embrionario fibroso con fibroblastos primitivos que recuerdan a la papila dental.



Fig. 31.

• Diagnóstico Diferencial.- Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante, Quiste Odontogénico Calcificante, Odontoma y posiblemente Tumor Odontogénico Adenomatoide. Desde el punto de vista histológico debe diferenciarse de la Hiperplasia Fibrosa Folicular, en la que también existe proliferación de restos odontógenos.

Tratamiento .- Curetaje o Extirpación, recurrencia muy poco frecuente^{11,44-47}

ODONTOAMELOBLASTOMA

Neoplasia rara caracterizada por la presencia de esmalte, dentina y un epitelio odontogénico pareciéndose a un ameloblastoma en estructura y comportamiento.

- Localización .- Ligera predilección por zona premolar y molar de mandíbula y maxilar.

características clínicas.- se presenta a cualquier edad, mayor frecuencia en niños, crecimiento lento, pueden provocar deformación o asimetría facial y en ocasiones se presenta dolor.

- Características Radiográficas .- Zona radiolúcida con presencia de masas radiopacas que pueden parecerse a dientes formados en miniatura o en una masa única de tejido calcificado. Además existe destrucción de hueso con expansión de láminas corticales.

- Características Histológicas .- Es de señalar la presencia de esmalte, dentina y epitelio odontogénico típico del Ameloblastoma, tiene una gran cantidad y variedad de células en una distribución compleja, incluyendo epitelio columnar escamoso o indiferenciado, así como ameloblastos, esmalte, dentina, papila dental, retículo estrellado, hueso, cemento y tejido conectivo.



Fig. 32.

- Diagnóstico Diferencial .- Radiográficamente del Odontoma y Ameloblastoma.

- Tratamiento .- Resección en bloque ^{12,44-47}

TUMOR ODONTOGÉNICO ADENOMATOIDE

Es de origen odontogénico, sin embargo por la presencia de estructuras que simulan conductos o glándulas se determino llamarlo adenomatoide.

- Origen.- Probablemente del epitelio reducido del esmalte.
- Localización .- Región anterior de mandíbula y maxila, especialmente en la región de caninos a menudo se relaciona con la presencia de dientes retenidos.
- Características Clínicas.- Se presenta en la 2ª década de la vida, con mayor frecuencia en mujeres. Es de crecimiento lento, asintomático, el paciente presenta un área de crecimiento por arriba del diente retenido.
- Características Radiográficas.- Zona radiolúcida que ocasionalmente muestra focos radiopacos, bien delimitado, unilocular, se parece a un quiste dentífero, sin embargo a la exploración detallada revela que la lesión difiere de este por que la radiolucidez usualmente se extiende apicalmente más allá de la unión cemento - esmalte; puede encontrarse divergencia de las raíces.



Fig. 33.

•Características Histológicas.- Se compone de una cápsula externa de tejido conectivo fibroso rodeando un patrón nodular de células epiteliales. El resto del tejido puede ser sólido o contener áreas quísticas focales. Los nódulos pueden estar compuestos de células epiteliales delgadas que a menudo están arremolinadas. Existen hileras de células columnares en las que se observa con frecuencia material acidófilo que puede ser Pas positivo; el estroma puede presentar ocasionalmente áreas difusas conteniendo material hialino.

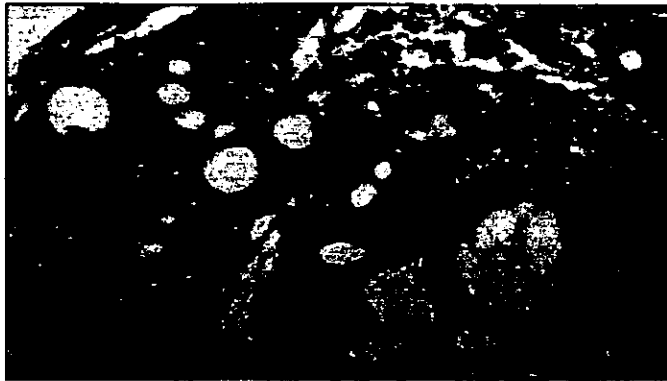


Fig. 34.

• Diagnóstico Diferencial.- Quiste Dentígero, Quiste Radicular lateral. Si se encuentran material hialino en el cual puede aparecer dentina displásica.

opacidades debe diferenciarse del Quiste odontogénico calcificante y Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante.

• Tratamiento.- Enucleación, usualmente se extraen los dientes asociados, la recurrencia se presenta en muy rara ocasión: * 13-15, 44-47

QUISTE ODONTOGÉNICO CALCIFICANTE

Descrito por Gorlin en 1962. Lesión quística en la cual el epitelio muestra una capa basal bien definida de células columnares, una capa externa que a menudo tiene células que semejan el retículo estrellado y masas de células epiteliales fantasma que pueden estar en

el revestimiento epitelial quístico o en la cápsula fibrosa.

Las células epiteliales fantasma pueden llegar a calcificarse. Dentina displásica puede estar adyacente a la capa basal del epitelio y en algunos casos el quiste esta asociado con un área de más extensa formación de tejido duro semejante al de un Odontoma complejo o compuesto.

- Origen .- Epitelio reducido del esmalte o remanente de la lámina dental.
- Localización .- Aparece en maxilar y mandíbula siendo mas frecuente en la parte anterior.
- Características clínicas.- Es de crecimiento lento, asintomático y puede estar asociado a dientes retenidos, frecuentemente a un canino, se puede presentar como una lesión intraosea predominantemente aunque también se presenta en forma extraosea; esta última se presenta como una masa gingival pedunculada o sesil.
- Características Radiográficas.- Lesión radiolúcida, unilocular, bien definida. con estructuras radiopacas dentro de la lesión como calcificaciones irregulares o estructuras semejantes a dientes. Se ha observado resorción radicular o desplazamiento de dientes adyacentes.



Fig. 35.

- Características Histológicas.- Presenta una cavidad revestida por epitelio estratificado cuya capa basal esta formada por células columnares de núcleo hiper cromático polarizado al lado contrario de la membrana basal, dando un aspecto de " empalizada " ; por encima de estas células existen otras que dan el aspecto de retículo estrellado del órgano del esmalte,

además se observan células fantasma, áreas de mineralización localizadas intra y /o extra epitelialmente, con formación de material dentinoide cerca de la membrana basal.



Fig. 36.

- Diagnóstico Diferencial .- Quiste Dentífero, Ameloblastoma, Quiste primordial, cuando la lesión es mixta Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante, Fibro - Odontoma Ameloblástico, Tumor Odontogénico Adenomatoide y Odontoma.
- Tratamiento .- Enucleación y existen recurrencias en muy rara ocasión^{16 - 18, 44 - 47}

ODONTOMA COMPLEJO

Tumor mixto porque esta compuesto de tejido de origen epitelial y mesenquimatoso bien diferenciado, por lo que se encuentran depósitos de esmalte proveniente de los ameloblastos y dentina proveniente de los odontoblastos. Son los tumores odontógenos más frecuentes; Cuando se observan conglomerados amorfos de tejidos duros se conocen como Odontoma Complejo

- Localización .- Ocurre con mayor frecuencia en el maxilar en la zona de premolar y molar.
- Características Clínicas .- se presenta en la 2ª década de la vida, no existe predilección

por sexo y su crecimiento es lento y asintomático, asociado a un diente deciduo no erupcionado y existe tumoración alveolar.

- **Características Radiográficas** .- Presenta zonas Radiolúcidas con zonas de opacidad que corresponden a calcificaciones de dentina y esmalte. Así mismo aparecen masas amorfas opacas que se relacionan entre las raíces o coronas o sobre la corona de un diente retenido, pueden producir resorción ósea importante.

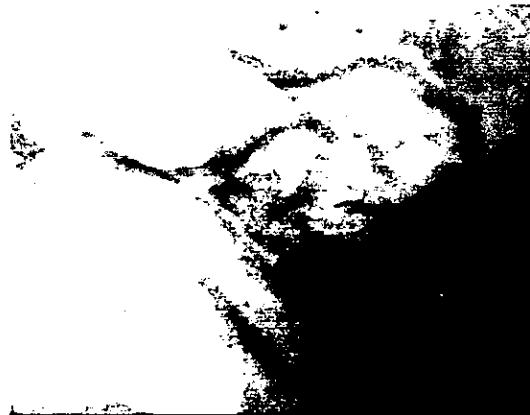


Fig. 37.

- **Características Histológicas** .- Se observa esmalte, dentina, cemento y pulpa de apariencia normal, a menudo se encuentra una matriz de esmalte que se relaciona con el órgano del esmalte antes de la maduración final de los tejidos duros y en algunos casos queratinización de eritrocitos fantasmas del esmalte.



Fig. 38.

- Diagnóstico Diferencial.- Fibroma Ameloblástico, Fibro - Odontoma Ameloblástico, Osteomielitis Esclerosante Focal, Osteoma, Displasia Cementaria Periapical, Fibroma Osificante y Cementoblastoma.
- Tratamiento .- Enucleación y no presenta recurrencia. ^{19,44-47}

ODONTOMA COMPUESTO

Tumor mixto porque esta compuesto de tejido de origen epitelial y mesenquimatoso bien diferenciado, por lo que se encuentran depósitos de esmalte proveniente de los ameloblastos y dentina proveniente de los odontoblastos. Son los tumores odontógenos más frecuentes; Cuando se observan múltiples dientes rudimentarios o en miniatura se denomina Odontoma Compuesto.

- Localización .- Ocurre con mayor frecuencia en la zona anterior de la maxila.
- Características Clínicas .- Se presenta en la 2ª década de la vida, no existe predilección por sexo y su crecimiento es lento y asintomático, asociado a un diente deciduo no erupcionado y existe tumoración alveolar.



Fig. 39.

- Características Radiográficas .- Se manifiesta por un foco que contiene varios dientes maduros, se relaciona con un diente y se localiza entre las raíces o sobre la corona de un

diente retenido. Las lesiones descubiertas durante estas etapas iniciales de desarrollo del tumor son radiolucidas, con zonas de opacidad que corresponden a calcificaciones de dentina y esmalte.



Fig. 40.

- Características Histológicas - Se observa esmalte, dentina, cemento y pulpa de apariencia normal, a menudo se encuentra una matriz de esmalte que se relaciona con el órgano del esmalte antes de la maduración final de los tejidos duros y en algunos casos queratinización de eritrocitos fantasmas del esmalte.
- Diagnóstico Diferencial .- Fibroma Ameloblástico, Fibro - Odontoma Ameloblástico, Osteomielitis Esclerosante Focal, Osteoma, Displasia Cementaria Periapical, Fibroma Osificante y Cementoblastoma.
- Tratamiento .- Enucleación y no presenta recurrencia^{20,44-47}

ECTOMESENUQUIMA ODONTOGENICO CON O SIN EPITELIO ODONTOGENICO INCLUIDO.

FIBROMA ODONTOGÉNICO CENTRAL

Neoplasia fibroblástica poco común que contiene cantidades variables de epitelio odontogénico.

- Origen .- Algún componente mesodérmico del diente o del germen de este, y por lo tanto podría derivar del ligamento periodontal, papila dental.
- Localización .- Predilección por la mandíbula.
- Características Clínicas .- Lesión que se presenta a cualquier edad, sin predilección por sexo, de crecimiento lento, asintomática.
- Características Radiográficas .- La apariencia es de una zona radiolucida uni o multilocular bien circunscrita, en ocasiones puede presentar puntos radiopacos.



Fig. 41.

- Características Histológicas .- Existe un tejido conectivo celular que contienen numerosas hebras o delgados filamentos de epitelio odontogénico. El componente epitelial se asemeja estrechamente a la lámina dental y contiene células con citoplasma claro. Algunas lesiones contienen cantidades variables de calcificaciones esféricas difusas que usualmente se asocian con los filamentos epiteliales odontogénicos.

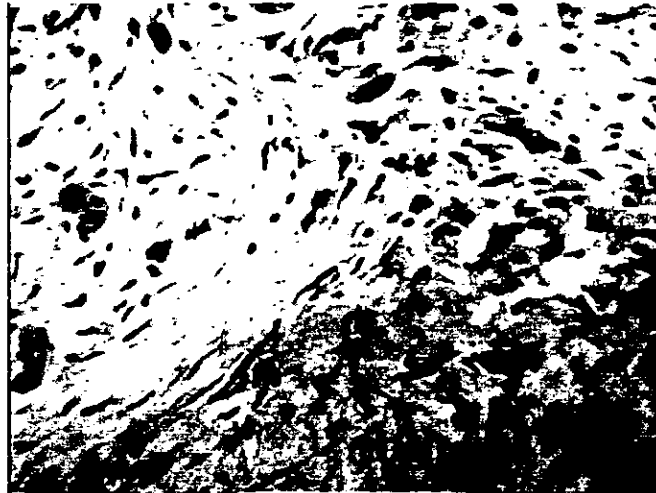


Fig. 42.

- Diagnóstico Diferencial .- Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante, Fibroma osificante, Querubismo, Quiste dentígero, Quiste primordia, Granuloma Central de Células Gigantes y Hemangioma central.

Tratamiento .- Enucleación, recurrencia rara ^{21,22,44-47}

FIBROMA ODONTOGÉNICO PERIFÉRICO

Es el más común de los fibromas odontogénicos.

- Origen .- Se deriva del epitelio gingival o de los restos de la lámina dental que permanecen en una localización extraósea. El componente epitelial se asemeja a la lámina dental que se forma durante la etapa temprana de la odontogénesis. La lesión provee evidencia de formarse de una recapitulación de la lámina dental porque el epitelio es capaz

de inducir cambios en el tejido conectivo que son similares a los cambios de la lámina dental durante la odontogénesis.

- Localización .- Predilección por la mandíbula, la zona más común es en la papila interdental en la región de molares.
- Características Clínicas .- El fibroma es de apariencia similar a la de otros crecimientos locales gingivales, se presenta a cualquier edad, Predilección por el sexo femenino en una relación de uno a dos, su crecimiento es lento y asintomático.

Masa bien delimitada de la encía que puede ser de coloración normal o eritematosa, de base sesil o pediculada

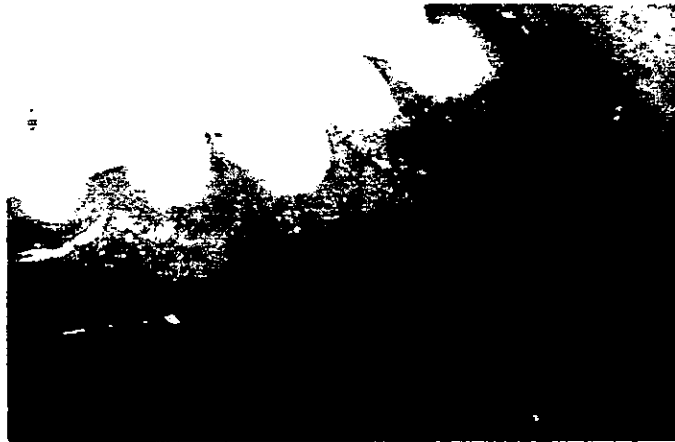


Fig. 43.

- Características Radiográficas .- La lesión pequeña que es localizada en el tejido blando gingival, radiográficamente la alteración de hueso no es usual en apariencia. Cuando la lesión contiene numerosas calcificaciones dentro del tejido conectivo celular, algunas pequeños puntos radiopacos que pueden ser visibles.

Las lesiones grandes pueden revelar "SAUCERIZACION" del hueso cortical o algunos ensanchados de la porción cervical del espacio periodontal.

- Características Histológicas .- La lesión esta compuesta de una mezcla en la que existe una pequeña cantidad de tejido conectivo denso. Pequeñas islas epiteliales pueden ser encontradas cerca de la superficie adyacente que en sus áreas profundas existen cambios

mixomatosos. en estas áreas son localizados depósitos hialinizados en forma irregular, muchos de los cuales tienen algunos grados de mineralización. Las islas pueden a menudo contener células claras.

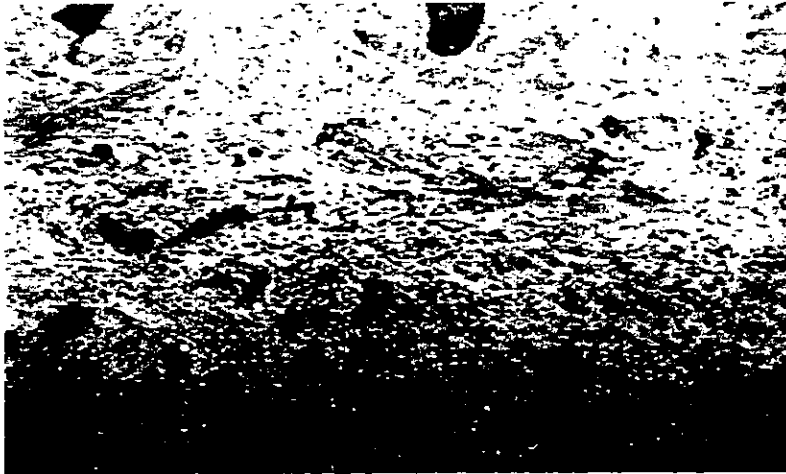


Fig. 44.

- Diagnóstico Diferencial .- Ameloblastoma Periférico, Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante, Fibroma osificante, Querubismo, Quiste dentígero, Quiste primordial, Granuloma Central de Células Gigantes y Hemangioma Central.

Tratamiento .- La excisión local es tratamiento de elección ^{21,22,44-47}

MIXOMA

El término de Mixoma fue denominado por Virchow en 1863, quien más tarde en 1871 describe la imagen histológica asociada a la gelatina de Warton, la cual se encuentra presente en el cordón umbilical. El Mixoma central es un tumor raro, benigno, en ocasiones infiltrante y agresivo, además puede presentar recurrencia.

- Origen .- Se origina en la porción mesenquimatosa de la papila dental y folículo dental y se presenta en una consistencia gelatinosa dispersa.

Derivado de tejido conectivo embrionario asociado con la Odontogénesis.

- Localización .- Afecta por igual a maxila y mandíbula (zona de premolares y molares)

- Características Clínicas .- 3ª y 5ª década de la vida con un promedio de 30 años, no existe predilección por sexo, su crecimiento es lento y asintomático y se han reportado algunas parestesias.
- Características Radiográficas .- Zona radiolúcida multiloculares cuyos bordes pueden variar de bien hasta mal definido, presenta la característica de panal de abeja o burbujas de jabón. Produce expansión cortical y desplazamiento de las raíces.



Fig. 45.



Fig. 46.

- Características Histológicas . Su origen es mesenquimatoso ya que simula pulpa dental o el tejido conectivo folicular. Existen células angulares y redondas que descansan en estroma de tejido mucoso abundante. Aparecen fibroblastos y miofibroblastos benignos con cantidades variable de colágeno, remanentes de islas de epitelio odontogénico, bandas hialinizadas de colágeno, islas de hueso que representan trabéculas residuales y no se observa mitosis.



Fig. 47.

- Diagnóstico Diferencial .- Ameloblastoma, Hemangioma, Displasia Fibrosa, Granuloma Central de Células Gigantes, Histologicamente Sarcoma Osteogénico, Fibrosarcoma, Condrosarcoma.
- Tratamiento .- Resección en bloque.^{23-27,44-47}

CEMENTOBLASTOMA

Neoplasia benigna bien circunscrita de tejido parecido al cemento creciendo en continuidad con la capa del cemento apical de un molar o premolar que produce expansión de la placa cortical.

- Origen .- Cementoblastos Neoplásicos.
- Localización .- Siempre ocurre en la mandíbula en la región posterior en estrecha relación con la raíz de un diente, pero este mantiene su vitalidad, produce expansión cortical y dolor de mediana intensidad.
- Características Clínicas .- Es una lesión poco común que aparece en la 2ª y 3ª década de la vida, de crecimiento lento y asintomático.
- Características Radiográficas .- Lesión unilocular bien delimitada que puede ser completamente radiolúcida, mixta o completamente radiopaca, puede existir expansión de las raíces y resorción del tercio apical.



Fig. 48.

- **Características Histológicas** .- La lesión se caracteriza por una deposición desmineralizada de la matriz eosinófila rodeado de cementoblastos hinchados en continuidad con la placa del cemento normal de las raíces de un diente.

La zona periférica de la lesión es relativamente acelular mientras que la zona central se compone de tejido más mineralizado, muy celular y que exhiben incremento vascular. Células multinucleadas son abundantes en las áreas centrales celulares y están asociadas con la resorción activa. El tejido mineralizado exhibe un incremento en el número de líneas de reversa el cual es un indicativo de la extensa transformación durante el crecimiento de la lesión.



Fig. 49.



Fig. 50.

- **Diagnóstico Diferencial** .- Osteoblastoma, Osteoma Osteoide, Odontoma, Osteomielitis Focal Esclerosante, Hiper cementosis, Displasia Cemento Periapical y Fibroma Cementosificante.

- **Tratamiento** .- Extirpación quirúrgica con extracción del diente, debido a su estrecha relación con la raíz del mismo. No se observa recurrencia. * 28,29,44-47

TUMORES MALIGNOS

CARCINOMAS ODONTOGÉNICOS

AMELOBLASTOMA MALIGNO

Es una lesión con características histológicas de un ameloblastoma común en el cual ha ocurrido una metástasis.

Un pequeño número de ameloblastomas que aparece citológicamente como benigno y en los cuales ha ocurrido una metástasis en la región de los nódulos linfáticos o en otros sitios distantes, en los pulmones es lo más común. En muchos casos este ameloblastoma recurre repetidamente, requiriendo múltiples procedimientos quirúrgicos, en otros casos, la metástasis ocurre cuando la lesión ya ha sido descubierta.

- Localización .- Aparece con mayor frecuencia en la mandíbula .
- Características Clínicas .- Aparece en el grupo de años menor a 30 años, muy raro (hasta 1993 solo habían sido reportados 3 casos) el primero en 1983 encontrado en la Academia Americana de Patología Bucal, donde se documento la transformación de Ameloblastoma Periférico dentro del Carcinoma de Células Escamosas con progresión de Carcinoma Anaplásico después de la terapia radiológica.^{30,31,44,46,47.}



Fig. 51.

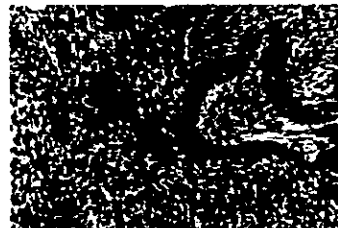


Fig. 52.

CARCINOMA PRIMARIO INTRAOSO

Se conoce como Carcinoma Primario de los maxilares que no tiene características histológicas del Ameloblastoma.

- Origen .- Posiblemente se desarrolla de residuos de epitelio odontogénico.

- Localización .- Se presenta con mayor frecuencia en la mandíbula (parte posterior).
- Características Clínicas .- Por lo general entre la 6ª y 7ª década de la vida, afecta más a hombres que a mujeres. Los síntomas incluyen dolor y movilidad dental, , invasión de troncos nerviosos metástasis regional y órganos distantes.
- Características Radiográficas .- Zona radiolúcida con márgenes mal definidos, resorción de hueso y resorción radicular, destrucción de gran cantidad de hueso.



Fig. 53.

- Características Histológicas .- La mitad de estas lesiones presenta formación de queratina y a su vez la mitad de estas muestra una empalizada periferia de nidos de células epiteliales.



Fig. 54.



Fig. 55.

- Diagnostico Diferencial .- Microscópicamente del Ameloblastoma Acantomatoso y Tumor Odontogénico Escamoso y Carcinoma Mucoepidermoide Intraoseo.
- Tratamiento .- Resección segmental seguida de radiación y/o quimioterapia.^{32,33,44,46,47}

VARIANTES MALIGNAS DE TUMORES ODONTOGÉNICOS EPITELIALES

Los Ameloblastomas malignos y el Carcinoma Primario Intraoseo están bien documentados. Sin embargo existe menor evidencia que avale lo concerniente a las variantes malignas del Quiste Odontogénico Calcificante, el Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante y el Tumor Odontogénico de Células Claras.

Se conoce que los tumores tienen características del Quiste Odontogénico Calcificante, incluyendo variantes en el número de células fantasma y también muestran características litológicas y un patrón infiltrativo de células epiteliales atípicas (células epiteliales pleomórficas con núcleo pleomórfico y vesicular) numerosas mitosis que sugiere malignidad (Carcinoma Odontogénico de Células Fantasma).

El Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante muestra pleomorfismo nuclear y celular, aunque estas características no son necesariamente indicativo de comportamiento maligno con potencial metastásico.^{34,35}

VARIANTES MALIGNAS DE QUISTES ODONTOGENICOS

Se ha sugerido que la queratinización del Quiste Odontogénico es más parecido de llegar a ser maligno que el Quiste no Queratinizado, lo cual ha sido probado. Sin embargo es claro, que el cambio maligno en la forma de Quiste Odontogénico es raro.

Se han descrito diferentes Quistes que han sufrido transformación maligna, la bibliografía mundial reporta Carcinomas de Células Escamosas originados de Quistes Primordiales, Quistes del conducto nasopalatino, Quiste Odontogénico Calcificante y Quistes Odontogénicos, sin embargo pocos casos de este ultimo se han confirmado histologicamente³⁶⁻⁴⁰

SARCOMAS ODONTOGÈNICOS**FIBROSARCOMA AMELOBLÀSTICO (SARCOMA AMELOBLÀSTCO)**

Es una Neoplasia con una estructura similar al Fibroma Ameloblàstico, pero en el cual el componente ectomesénquimal muestra las características de un Sarcoma.

Fue descrito por primera vez por Heath en 1887.

- Localización .- Predilección por la mandíbula.
- Características Clínicas .- Se presenta en adultos jóvenes de ambos sexos, existe dolor y aumento de volumen en forma rápida.
- Característica Radiográficas .- Presenta una destrucción irregular del hueso.
- Características Histológicas .- Se caracteriza por epitelio benigno, presenta folículos epiteliales en un estroma fibroblàstico maligno, en ocasiones presenta calcificación distrófica, los elementos fibroblàsticos, sin embargo, son altamente celulares con pleomorfismo y gran cantidad de mitosis. Puede presentar así mismo células gigantes multinucleadas.

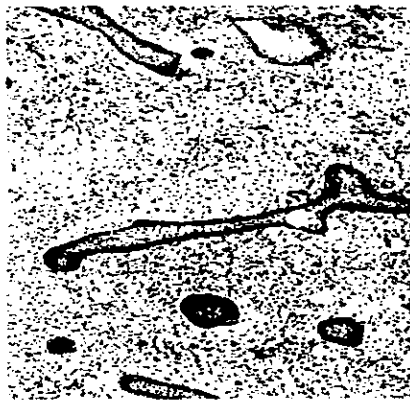


Fig. 56.



Fig. 57.

- Tratamiento .- Cirugía radical con resección del maxilar o mandíbula. El pronostico es poco favorable.^{41-43,46}

FIBRODENTINOSARCOMA

Neoplasia similar al Fibrosarcoma Ameloblástico pero en el cual esta limitada la cantidad de dentina displásica que ha formado.

En el raro Fibrodentinosaarcoma Ameloblástico y Fibro - odontosarcoma parte del epitelio odontogénico ha ejercido la suficiente influencia para inducir como resultado la formación de dentina que siguió al Odontosarcoma, la deposición de la matriz del esmalte en cada componente ectomesenquimal es sarcomatoso. La presencia de dentina inducida y esmalte que no aparece para alterar la naturaleza básica de esta neoplasia.⁴⁶

CARCINOSARCOMA ODONTOGÉNICO

Una muy rara neoplasia similar en patrón de Fibrosarcoma Ameloblástico, pero en el que ambos componentes el epitelial y el ectomesenquimal muestran características citológicas de malignidad.⁴⁶

CONCLUSIONES .

Hoy día la Odontología es una Ciencia que ocupa un lugar de primer orden, dentro de sus especialidades se encuentra la Patología Bucal que es sumamente importante.

En la actualidad el Odontólogo más que realizar una práctica correctiva, debe dirigir los esfuerzos que sean necesarios con miras a una Odontología preventiva; por lo tanto la obligación de diagnosticar acertada y oportunamente cualquier alteración, en este caso los tumores odontogénicos para proceder con el tratamiento adecuado, ya que en ocasiones puede estar en sus manos la vida de su paciente. Sabemos que es importante realizar la evaluación del paciente y desarrollar adecuadamente la Historia Clínica con la cual nos daremos cuenta del estado actual de salud del mismo y con ello realizar el mejor tratamiento.

Espero que el presente trabajo brinde una orientación práctica acerca de los tumores odontogénicos, principalmente a los estudiantes de Odontología que tengan alguna duda respecto al tema.

Por último después de relizar este trabajo opino que es importante saber con detalle cada uno de los tumores aquí descritos y sus diagnósticos diferenciales para evitar equivocaciones al encontramos con ellos en la práctica y poder remitirlos adecuadamente en los momentos tempranos y con ello brindar una atención profesional lo que evitara el avance de la misma en el paciente que es lo más importante para nosotros.

GLOSARIO.

- 1.- Amiloide .- Parecido al almidon, caracterizado por una formación de tipo almidon.
- 2.- Asintomático .- Que no muestra ni causa síntomas.
- 3 .- Carcinoma .- Neoplasia maligna formada por células epiteliales que tienden a infiltrar los tejidos circundantes y dar metástasis.
- 4 .- Células Fantasma .- Que generalmente carecen de organelos e inclusiones citoplasmáticas y solo presenta un contorno borroso.
- 5 .- Diente retenido .- El que no puede erupcionar porque se lo impide una barrera fisica.
- 6 .- Epitelio .- Cobertura de las superficies externas e internas del cuerpo, incluyendo el tapizado de vasos y otras cavidades pequeñas, consiste en células unidas por pequeñas cantidades de sustancia cementante. Se clasifican segun el número de capas y forma de células superficiales.
- 7 .- Estroma .- Término general para designar el tejido que forma la sustancia fundamental, el armazón o matriz de órganos y estructuras, para diferenciarlos del tejido que constituye el elemento funcional o parénquima.
- 8 .- Hialino .- Vidrioso o casi transparente.
- 9 .- Hiperchromatismo .- Dicese de lo que esta intensa o excesivamente teñido o coloreado.
- 10 .- Mesénquima .- Tejido conectivo embrionario de origen mesodérmico y en menor grado ectodérmico que forma el tejido conjuntiv, vasos sanguíneos y linfáticos; que se originan de la cresta neural.
- 11 .- Neoplasia .- Formación de bulto o masa anormal de tejido cuyo crecimiento es mayor que el de los tejidos normales, no tiene coordinación con este y persiste en la misma forma

excesiva después de cesar los estímulos que evocan el cambio.

12 .- Odontogénesis .- origen, desarrollo y formación de dientes.

13 .- Odontogénico .- Que aparece en tejidos que dan origen a los dientes.

14 .- Parestesia .- Sensación anormal de quemadura, prurito, cosquilleo, entumecimiento, hormigueo etc.

15 .- Pleomorfismo .- Adopción de varias formas distintas por un organismo o especie; propiedad de cristalizar en dos o mas formas.

16 .- Sarcoma .- Tumor de crecimiento rápido formado por células derivadas de tejido conjuntivo . hueso y cartilago, músculos, vasos sanguíneos o tejido linfoide, a menudo muy maligno y con metástasis.

17 .- Tumor .- Masa de tejido nuevo que persiste y crece con independencia de las estructuras que lo rodean.

BIBLIOGRAFIA

- 1 .- Chidzoga M.M . , López Pérez V.M. Ameloblastoma. Oral Surg Oral Med. Pathol Radio Endol. 1996; 82 : 38 - 41
- 2 .- Tajima Yoshifumi, Yamamoto Yoshiro. Ameloblastoma arising in calcifying odontogenic cyst. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. Diciembre 1992; 74 : 776 - 779
- 3 .- Díaz Fernández José Manuel. Ameloblastoma Análisis de 15 casos. Rev. Cubana Estomatol. 1993; 30 (2) : 110 - 120
- 4 .- Saxby S. Michael, Rippin John W. Case Report : Squamous Odontogenic Tumor of the Gingiva. J Periodontol. 1993; 64 : 1250 - 1252
- 5 .- Baden Ernest, Doyle John et al. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology squamous odontogenic tumor. 1993; 75 ; 733 - 737
- 6 .- Andradre Mauricio, Medeiros Paulo. Calcifying Epithelial Odontogenic Tumor J Oral Maxillofac Surg 1992; 50 : 1324 - 1326
- 7 .- Miyake Minoru, Naghata Shunichiro. Combined Adenomatoid Odontogenic Tumor and Calcifying Epithelial Odontogenic Tumor American Association of Oral Maxillofacial Surgeons 1996 : 788 - 792.
- 8 .- Houston Glen, Craig B. Extrasosseous calcifying epithelial odontogenic tumor Oral Surg

Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.1997; 83 : 577 - 583.

9 .- Becker J , Reichart. Ectomesenchyme of ameloblastic fibroma reveals a characteristic distribution of extracellular matrix proteins. J Oral Pathol Med 1992 ; 21 : 156 - 159.

10 .- Baroni Chiara, Farneti Mauro. Ameloblastic fibroma and impacted mandibular first molar. Oral Surg Med Oral Pathol 1992 ; 73 ; 549 - 549.

11 .- Baker William, Swift James Ameloblastic fibro - odontoma of the anterior maxilla Oral Surg Med Oral Pathol 1993; 76 : 294 - 297.

12 .- Kaugars George, DDS Ameloblastic Odontomas Radiology forum Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1991; 71 : 371 - 373.

13 .- Akintade Dare, DDS, Akira Yamaguchi. Limitation of panoramic radiography in diagnosing adenomatoid odontogenic tumors. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994; 77 : 662 - 668.

14 .- Aldred M.J, Gray A.R. A pigmented adenomatoid odontogenic tumor. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1990; 70 : 86 - 89.

15.- Arotiba Godwin T, BDS, Fwacs. The Adenomatoid Odontogenic Tumor. J Oral Maxillofac Surg 1997; 55 : 146 - 148.

16 .- Zeitoun M Ibrahim, Dhanrajani P.J. Adenomatoid Odontogenic Tumor Arising in a Calcifying Odontogenic Cyst. 1996 54 : 634 - 637.

17 .- Ledesma Montes Constantino, Gutierrez Gómez Susana. Quiste odontogénico calcificante asociado a odontoma. Práctica Odontológica. 1993; 14 (7) : 37- 41.

18 .- Johnson Arthur III, Fletcher Mark. Calcifying Odontogenic Cyst : A Clinicopathologic Study of 57 Cases with Immunohistochemical evaluation for Cytokeratin. J Oral Maxillofac Surg 1997; 55 : 679 - 683.

19 .- Martínez Garza Alejandro, Molina Moguel José Luis. Erupción de odontoma complejo a la cavidad oral. Práctica Odontológica. 1990; 11 N° 10: 63, 64.

- 20 .- Piattelli Adriano, Trisi Paolo. Morpodifferentiation and histodifferentiation of the dental hard tissues in compound odontoma : a study of undemineralized material. J Oral Pathol Med 1992 ; 21 : 340 - 342.
- 21 .- De Villiers Slabbert Hein, Altini Mario. Peripheral odontogenic fibroma : A clinicopathologic study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1991 ; 72 : 86 - 90.
- 22 .- Allen Carl M, Hammond Harold L. Central odontogenic fibroma.WHO* type. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992; 73 : 62 - 66.
- 23 .- Kimura Fujikami Takao, Gutiérrez Acuña Adelaida. Reconstrucción mandibular. Secuela de resección en bloque del cuerpo mandibular como tratamiento de mixofibroma.Reporte de un caso y revisión bibliográfica. Revista ADM 1994 ; LI N° 4 : 226 - 232.
- 24 .- De la Piedra G. Mario, Ledesma Montes Constantino. Mixoma odontogénico : Revisión de la literatura y presentación de dos casos. Práctica Odontológica 1990; 11 N° 12 : 42 - 45.
- 25 .- Pettola J, Magnusson R.P Odontogenic myxoma - A radiographic study of 21 tumours. British J Oral Maxillo facial Surg. 1994 ; 32 : 298 - 302.
- 26 .- Moshiri S. Oda D, Worthington P. Myall. Odontogenic Myxoma : histochemical and ultrastructural study. J Oral Pathol Med 1992 ; 21 : 401 - 403
- 27 .- Bucci Eduardo, Lo Muzio Lorenzo. Odontogenic Myxoma J Oral Maxillofac. Surg. 1991; 49 : 91-94.
- 28 .- Ulmanky Mario; Hjorting-Hansen Erik. Bening Cementoblastoma Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994; 77: 48-55.
- 29.-Jelic S. Jeffrey, Lotus J Michael Bening Cementoblastoma J Oral Maxillofac. Surg. 1993; 51: 1033-1037.
- 30.-Baden Ernest, Doyle L. John. Malignant transformation of peripheral ameloblastoma

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1993; 75: 214-219.
- 31.-Ferreira de Aguiar Maria Cássia, Santiago Gomez Ricardo. Clear-cell ameloblastoma (clear-cell odontogenic carcinoma). Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1996; 81: 79-83.
- 32.-Vincent D Steven, Booth F Donald. A Soft- Tissue Mass in a Maxillary Extraction Site. J Oral Maxillofac. Surg. 1993;51:177-180.
- 33.-Yoshikazu Suei, Keiji Tanimoto. Primary Intraosseous Carcinoma J Oral Maxillofac. Surg. 1994, 52: 580-583.
- 34.-Alcalde E Rafael, Akira Sasaki. Odontogenic Ghost Cell Carcinoma J Oral Maxillofac. Surg. 1996;54: 108-111.
- 35.-Souichi Iwai, Matsumoto Ken. Desmoplastic Fibroma of the Mandible Mimicking Osteogenic Sarcoma. J Oral Maxillofac. Surg. 1996; 54: 1370-1373.
- 36.-Foley L. William, Terry C. Bill. Malignant Transformation of an Odontogenic Keratocyst. J Oral Maxillofac. Surg. 1991; 49: 768-771.
- 37.-Hiroshi Yoshida; Kojiro Onizawa Squamous Cell Carcinoma Arising in Association With an Orthokeratinized Odontogenic Keratocyst. J Oral Maxillofac. Surg. 1996; 54: 647-651.
- 38.-Ritsuo Takagi; Yasushi Ohashi. Squamous Cell Carcinoma in the Maxilla Probably Originating From a Nasopalatine Duct Cyst. J Oral Maxillofac. Surg. 1996; 54: 112-115.
- 39.-McDonald R. Alex; Pogrel Anthony. M. p53- Positive Squamous Cell Carcinoma Originating From an Odontogenic Cyst. J Oral Maxillofac. Surg. 1996; 54: 216-218.
- 40.-Nobuyuky Tanaka; Hiroshi Iwaki. Carcinoma After Enucleation of a Calcifying Odontogenic Cyst. J Oral Maxillofac. Surg. 1993; 51: 75-78.
- 41.-Muller Susan; Parker C. Douglas. Ameloblastic fibrosarcoma of the jaws. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1995; 79: 469-477.
- 42.-Hae Ryoum Park; Kum Bong Shin. A highly malignant ameloblastic fibrosarcoma.

Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1993; 75: 214-219.

31.-Ferreira de Aguiar Maria Cássia, Santiago Gomez Ricardo. Clear-cell ameloblastoma (clear-cell odontogenic carcinoma). Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1996; 81: 79-83.

32.-Vincent D Steven, Booth F Donald. A Soft- Tissue Mass in a Maxillary Extraction Site. J Oral Maxillofac. Surg. 1993;51:177-180.

33.-Yoshikazu Suei, Keiji Tanimoto. Primary Intraosseous Carcinoma J Oral Maxillofac. Surg. 1994, 52: 580-583.

34.-Alcalde E Rafael, Akira Sasaki. Odontogenic Ghost Cell Carcinoma J Oral Maxillofac. Surg. 1996;54: 108-111.

35.-Souichi Iwai, Matsumoto Ken. Desmoplastic Fibroma of the Mandibule Mimicking Osteogenic Sarcoma. J Oral Maxillofac. Surg. 1996; 54: 1370-1373.

36.-Foley L. William, Terry C. Bill. Malignant Transformation of an Odontogenic Keratocyst. J Oral Maxillofac. Surg. 1991; 49: 768-771.

37.-Hiroshi Yoshida; Kojiro Onizawa Squamous Cell Carcinoma Arising in Association With an Orthokeratinized Odontogenic Keratocyst. J Oral Maxillofac. Surg. 1996; 54: 647-651.

38.-Ritsuo Takagi; Yasushi Ohashi. Squamous Cell Carcinoma in the Maxilla Probably Originating From a Nasopalatine Duct Cyst. J Oral Maxillofac. Surg. 1996; 54: 112-115.

39.-McDonald R. Alex; Pogrel Anthony. M. p53- Positive Squamous Cell Carcinoma Originating From an Odontogenic Cyst. J Oral Maxillofac. Surg. 1996; 54: 216-218.

40.-Nobuyuky Tanaka; Hiroshi Iwaki. Carcinoma After Enucleation of a Calcifying Odontogenic Cyst. J Oral Maxillofac. Surg. 1993; 51: 75-78.

41.-Muller Susan; Parker C. Douglas. Ameloblastic fibrosarcoma of the jaws. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1995; 79: 469-477.

42.-Hae Ryoum Park; Kum Bong Shin. A highly malignant ameloblastic fibrosarcoma.

Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1995;79 :478-481.

43.-De Oliveira Nogueira Terezinha; Rodarte Carvalho Yasmin. Possible Malignat

Transformation of an Ameloblastic Fibroma to Ameloblastic Fibrosarcoma: A Case Report. J

Oral Maxillofac. Surg. 1997; 55:180-182.

44 .- Regezi, Joshep A. Sciubba James Patología Bucal Ed. Mc. Grall Hill. Interamericana

2ª edición 1992.

45 .- Lewis R Eversol Clinical Outline of Oral Pathology diagnosis and treatment 3ª ed.

1992.

46 .- Kramer Pindborg Shear World Health Organization Histological Typing of Odontogenic

Tumors 2ª ed. 1992.

47 .- Philip Saap J. Lewis R Eversole Wysocki P George Contemporary oral and

Maxillofacial Pathology 1997 Mosby - Year Book.

48 .Jablonski Diccionario Ilustrado de Odontologia Ed. Panamericana 1992.

49.-Diccionario Enciclopedico Ilustrado De Medicina Vigesimo Sexta Edición. Ed.

Interamericana.