

550



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MODELOS CLINICOS EN
PATOLOGÍA BUCAL

T E S I S A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

VIEYRA SALAZAR VICTOR MAURICIO

DIRECTOR: CD. DANIEL QUEZADA RIVERA
ASESORA: MTRA. BEATRIZ C ALDAPE BARRIOS

Vo Bo
Vo Bo



MÉXICO, D F

200



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.

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios por ser mi guía en cada uno de mis pasos y por permitirme seguir disfrutando del don más preciado que es la vida

A mis padres, José Vieyra y María Concepción Salazar, por su apoyo, amor, y ese ejemplo de superación que me han dado, esto es lo que hemos logrado juntos

A mis seres queridos muy en especial por su compañía y cariño que siempre lleva conmigo, en especial para ti mamá clemen, y a mi tío Noe quien me ha dado su ejemplo de triunfar en la vida

En memoria de mis abuelos, Amada Morales y Adolfo Salazar, que han estado conmigo y siempre llevo en mi corazón

Agradozco al Dr. Daniel Quezada Rivera por su apoyo y experiencia que me brindo para la realización de esta tesis

A la Mtra. Beatriz C. Aldape Barrios por su asesoramiento para este trabajo, su apoyo y el tiempo que dedico para nosotros.

A los miembros del jurado

Mtra. Beatriz C. Aldape Barrios

Dra. Lilia Domínguez Sandoval

Dr. Daniel Quezada Rivera

Dr. Fabián Ocampo Acosta

Dr. Bernardo Cruz Legorreta

INDICE GENERAL

	Página
Introducción	1
Antecedentes	2
Tumores odontogénicos	5
Quiste odontogénico calcificante	6
Referencias	10
Tumor odontogénico adenomatoso	11
Referencias	15
Tumor odontogénico epitelial calcificante	16
Referencias	20
Ameioblastoma	21
Referencias	25
Mixoma odontogénico	26
Referencias	29
Fibroma ameloblastico	30
Referencias	35
Odontoma compuesto	36
Referencias	40
Conclusiones	41
Referencias generales	42

INDICE DE IMAGENES

Figuras	Página
1 Tomografía del seno maxilar	6
2 Imagen clínica del Quiste odontogénico calcificante	-
3 Radiografía de maxila superior	8
4 Imagen histopatológica del QOC	8
5 Imagen histopatológica del QOC	9
6 Radiografía de un canino retenido	11
7 Histopatología de Tumor odontogénico adenomatoide	11
8 Radiografía panorámica del Tumor odontogénico epitelial calcificante	18
9 Radiografía panorámica de mandíbula	18
10 Histopatología del TOLC	18
11 Histopatología del TOEC	18
12 Radiografía panorámica de la mandíbula	22
13 Histopatología del Ameloblastoma	24
14 Radiografía panorámica del Mixoma	26
15 Radiografía periapical del Mixoma	26
16 Histopatología del Mixoma	27
17 Radiografía del Fibroodontoma ameloblastico	30
18 Histopatología del Fibroodontoma ameloblastico	31
19 Histopatología del Fibroodontoma ameloblastico	31
20 Imagen clínica de Odonoma compuesto	36
21 Radiografía del Odonoma compuesto	37
22 Fotografía de odontomas	37
23 Radiografía de un Odontoma	38
24 Histopatología del Odontoma compuesto	39

INTRODUCCIÓN

Esta tesis es con el fin de mejorar la enseñanza y aprendizaje en la Facultad de Odontología en el área de Patología Bucal, enfocada hacia las neoplasias odontogénicas a través de una propuesta que se presenta en el contenido de esta tesis.

Tiene como objetivos, proponer y mostrar modelos clínicos de estas neoplasias para su aprendizaje en patología bucal.

El alumno de licenciatura podrá hacer un análisis de las diferentes neoplasias odontogénicas así como de sus elementos de diagnóstico y tratamientos contenidos en este trabajo.

El diseño de estos modelos podrá familiarizar a los alumnos de licenciatura con estas neoplasias ya que en la Facultad de Odontología los pacientes que presentan estas patologías son remitidos a la División De Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad, y la experiencia clínica de los alumnos se ve limitada, debido a que también pocos pacientes acuden a esta división de posgrado.

Como auxiliares en la elaboración de este trabajo se consultaron a diferentes autores calificados en el área de Patología Bucal, así como a diferentes direcciones electrónicas y artículos actualizados sobre las neoplasias odontogénicas.

El contenido de esta tesis tiene como finalidad presentar una propuesta de modelos clínicos y a través de ellos facilitar el aprendizaje de estas neoplasias a nivel licenciatura.

ANTECEDENTES

En el proceso educativo, la evaluación es un elemento fundamental para el desarrollo integral, es a través de ella que se obtiene información respecto a un evento o atributo, el cual al ser comparado con un modelo permite emitir un juicio de valor.

Responde principalmente a la pregunta ¿hasta que punto es bueno lo evaluado? La evaluación se puede realizar mediante la simple observación, al comparar lo observado con un estándar con el que ya se cuenta.

El juicio de la evaluación tiene de esta manera algunos beneficios (rapidez y rapidez), pero también permite detectar cualquier problemática y es mediante la obtención de modelos o recolección de instrumentos prediseñados.

La evaluación de la competencia profesional es un problema complejo de afrontar, debido a la diversidad de dimensiones que interactúan y se integran para lograr la competencia de un individuo.

En las instituciones educativas la evaluación integral de la competencia médica resulta ser difícil por la cantidad de egresados que necesitan ser evaluados por medio de las formas ya establecidas.

Por estas y otras causas es que las evaluaciones a través de modelos prediseñados se centran en las siguientes dimensiones.

- *El manejo de conocimientos biomédicos y la capacidad de recordarlos en el momento requiriendo

- *La capacidad de aplicación de conocimientos relevantes y el desarrollo de destrezas clínicas

- *Desarrollar la capacidad del cirujano dentista en una situación que se asemeja a la realidad

- *Desarrollo real, actual, del cirujano dentista en situaciones clínicas basados en los conocimientos sobre la especialidad a evaluar.

Las tendencias de este tipo de evaluaciones se basan en el desarrollo de habilidades y destrezas de razonamiento que le permitan integrar los conocimientos de las áreas básicas y clínicas en la solución de los problemas de sus pacientes.

La evaluación a través de modelos prediseñados en el proceso educativo, debe adaptarse a esta tendencia en la educación.

Clasificaciones de los Tumores Odontogénicos

Para el conocimiento de los tumores odontogénicos se han descrito varias clasificaciones, entre estas se encuentran las siguientes:

- *1877 - Broca - Basado en la fase del desarrollo alcanzada por el diente en el momento de iniciarse la proliferación anormal.
- *1946 - Thoma-Goldman - Tumores de origen ectodérmico, mesodérmico y mixto.
- *1958 - Pindborg-Clausen - Según el efecto inductor de un tejido dentario sobre otro.
- *1961 - Gorlin - Ligera modificación a la anterior.
- *1971 - OMS

Neoplasias y otros tumores relacionados con el aparato odontogénico

- *Benignas
- *Malignas

Neoplasias relacionadas con hueso

- *Quistes epiteliales
- *Lesiones no clasificadas

CLASIFICACIÓN 1992 - OMS

Neoplasias y otros tumores relacionados con el aparato odontogénico

- *Benignas
 - Ameloblastoma
 - Tumor odontogénico escamoso
 - Tumor odontogénico epitelial calcificante
 - Tumor odontogénico de células claras
 - Fibroma ameloblastico
 - Fibrodentoma y fibrodentoma ameloblastico
 - Odontameloblastoma
 - Tumor odontogénico adenomatoide
 - Quiste odontogénico calcificante
 - Odontoma complejo y compuesto
 - Fibroma odontogénico
 - Mixoma
 - Odontoblastoma

*Malignas

- Carcinosarcoma odontogénico
- Ameloblastoma maligno
- Carcinoma primario intraóseo
- Variantes malignas de tumores odontogénicos
- Sarcomas odontogénicos
- Fibrosarcoma ameloblástico
- Fibrodentinosarcoma y fibrodontosarcoma ameloblástico

Neoplasias y otras lesiones relacionadas con hueso

- *Neoplasias osteogénicas
- *Lesiones no neoplásicas de hueso
- *Otros tumores

Quistes Epiteliales

- *Del desarrollo
- *Inflamatorios Epitelio odontogénico sin ectomesénquima
- *Epitelio odontogénico sin ectomesénquima con o sin formación de tejido duro dental
- *Ectomesénquima con o sin epitelio odontogénico

Tumores Odontogénicos

*Son exclusivos de los maxilares

*Se originan a partir del tejido del desarrollo del diente

*El tejido anormal de cada uno de éstos puede relacionarse con tejido similar al de la odontogénesis normal a la erupción del diente

Tumores Odontogénicos

*Tumores Odontogénicos Epiteliales

*Tumores Odontogénicos del tejido conjuntivo

*Tumores Odontogénicos mixtos

*Tumores Odontogénicos Malignos

Tumores Odontogénicos Epiteliales

*Ameloblastoma

*A. Común

*A. Uniquístico

*A. Periférico

*Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante (de Pindborg)

*Tumor Odontogénico Adenomatoide

*Quiste Odontogénico Calcificante

*Tumor Odontogénico de células claras

CASO 1

Quiste Odontogénico Calcificante(QOC)**Caso Clínico**

Una mujer de 65 años presentó congestión nasal y las imágenes de TC mostraron una lesión quística en seno maxilar, no asociada al diente retenido.

Discusión:

El corte coronal de la exploración con TC produjo diversas opiniones y se consideraron como opciones primarias

queratoquiste odontogénico, papiloma sinonasal, pólipo del seno(antral), pseudoquiste mucoso antral (mucocoele), quiste quirúrgico ciliado, carcinoma de células escamosas y el neuroblastoma olfatorio

La ventana ósea mostró un nódulo bien circunscrito de 2.75 cm de diámetro que ocupa el seno maxilar.

La ausencia de un contenido de líquido o aire indica que la lesión es un tumor sólido. La densidad del interior de la lesión aproxima la densidad del músculo y la de los tejidos blandos

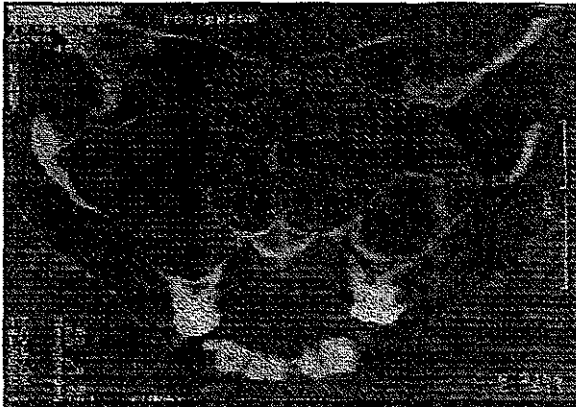


Fig 1 - Tomografía que muestra la lesión en seno maxilar¹

Los límites corticales son delgados pero sin perforaciones. También se conoce al QOC como quiste de Gorlín y, eventualmente, puede presentar una forma quística y otra sólida.

Referencias

- Ng-KH; Siar-CH. *Morphometric analysis of epithelial components and dentinoid formation in non-neoplastic calcifying odontogenic cyst* J-Nihon-Univ-Sch-Dent 1995 Sep, 37(3) 156-62
- Oliveira-JA, da-Silva-CJ, Costa-IM, Loyola-AM *Calcifying odontogenic cyst in infancy: report of case associated with compound odontoma*. ASDC-J-Dent-Child 1995 Jan-Feb, 62(1). 70-3
- Piatelli A, Scarano A, Piatelli M. *The calcifying odontogenic cyst associated with compound odontoma: a study on undemineralized material*. Sci Stomatol Odontol Sep-Oct 1995, 38(3-4), 105-9
- Tse KM, To EW. *Central calcifying odontogenic cyst. Case report* Aust Dent J Dec 1995, 40(6), 357-9
- Zeitoun IM, Dhanrajani PJ, Mosadomi HA. *Adenomatoid odontogenic tumor arising in a calcifying odontogenic cyst* J Oral Maxillofac Surg May 1996, 54(5), 634-7.
- Johnson A 3rd, Fletcher M, Gold L, Chen SY *Calcifying odontogenic cyst. a clinicopathologic study of 57 cases with immunohistochemical evaluation for cytokeratin.*, J Oral Maxillofac Surg, 1997 Jul 55 679-83
- Lukinmaa PL, Leppaniemi A, Hietanen J, Allemanni G, Zardi L
Features of odontogenesis and expression of cytokeratins and tenascin-C in three cases of extraosseous and intraosseous calcifying odontogenic cyst, J Oral Pathol Med, 1997 Jul, 26:265-72
- Erasmus JH, Thompson IO, van Rensburg LJ, van der Westhuizen AJ. *Central calcifying odontogenic cyst. A review of the literature and the role of advanced imaging techniques.*, Dentomaxillofac Radiol 1998 Jan 27:30-5.
- Toida M *So-called calcifying odontogenic cyst: review and discussion on the terminology and classification.*J Oral Pathol Med 1998 Feb, 27 49-52,
- Yoshiura K, Tabata O, Miwa K, Tanaka T, Shimizu M, Higuchi Y, Shinohara M, Kanda S. *Computed tomographic features of calcifying odontogenic cysts* Dentomaxillofac Radiol, 1998 Jan 27 12-

Imagenología

El cuadro radiológico no es característico y puede consistir en una radiolucidez multilocular con o sin zonas radiopacas pequeñas, pueden encontrarse calcificaciones dispersas de tamaño irregular.

Estas radiopacidades son conocidas como "sal y pimienta". En algunos casos se puede desarrollar mineralización a tal grado que es difícil precisar los bordes radiográficos de la lesión



Fig .3.- Radiolucidez unilocular con radiopacidades difusas ²

Histopatología

En contraste con las características clínicas y radiológicas no específicas, el cuadro histológico es absolutamente característico. El cuadro generalmente es uno o más quistes epiteliales pequeños, pero también se encuentran formas sólidas. La guarnición epitelial abarca el epitelio regular no queratinizado. La característica más significativa es las células fantasmas supuestas, con células grandes eosinófilas con solamente una sombra de los núcleos materiales. Estas células fantasma son a menudo lugar de osificación distrófica.



Fig .4 - Componente epitelial compuesto por células basales cilíndricas en empalizada y una capa externa parecido al retículo estrellado "Células fantasma" Múltiples calcificaciones esféricas ²

El epitelio basal puede ser muy prominente a nivel focal, con núcleos hiper cromáticos y un patrón cuboidal o columnar. Las células fantasmas crecen de núcleo y retienen el contorno de la membrana celular. Estas células sufren calcificación distrófica caracterizada por gránulos finos basofílicos, que con el tiempo generan extensas capas de material calcificado.

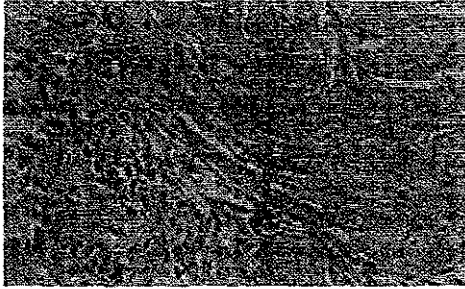


Fig 5 - Diagnóstico Quiste odontogénico calcificante ¹

Diagnóstico Diferencial

El tumor es inespecífico con estas manifestaciones clínicas y radiográficas. Las otras lesiones, que se confunden más a menudo con el QOC son el TOA, el fibroma ameloblástico y el fibroma osificante.

El diagnóstico se puede hacer solamente de las características histológicas, que en contraste es absolutamente específica. Las células fantasma previamente descritas no son de diagnóstico para el QOC.

Tratamiento

Excisión quirúrgica, Pocas recurrencias se reportan después de la enucleación simple de la lesión de tipo quístico. La variedad sólida o neoplásica tiene más probabilidades de recurrir, y se ha descrito una variante intraósea agresiva, la recurrencia es rara.

El QOC también se asocia a otros tumores odontogénicos, tales como el odontoma el QOC es típicamente una lesión intraósea, aunque contrapartes en tejido blando han sido reportadas.

Cerca del 50% de casos muestra calcificaciones radiográficas dentro de la lesión y aproximadamente el 30% está asociada a un diente retenido.

Las características microscópicas pueden incluir un componente epitelial que puede parecerse a ameloblastoma, sin embargo existen características que lo distingue del ameloblastoma como las áreas de la formación dentinaria

Monografía

Clínica

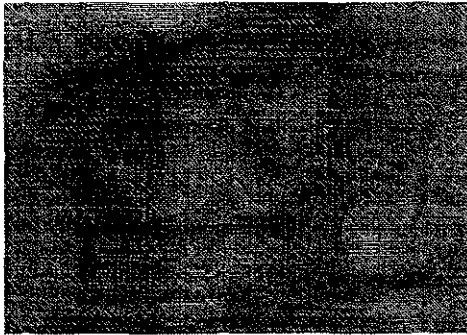


Fig. 2 - Cualquier zona dentada Intraósea o extraósea Asintomática expansión de corticales²

Este tumor es muy raro a pesar del nombre del quiste, esta lesión es clasificada en la OMS como tumor odontogénico. El predominio se extiende para todos los grupos de la misma edad, con una leve afinidad para la 2da década de la vida. La posición del tumor es igual para la maxila y la mandíbula, pero se considera más a menudo en la parte anterior de la mandíbula. La apariencia clínica no es específica. La mayoría de las lesiones están situadas dentro del hueso, pero también se encuentran lesiones extra óseas, estas afectan con mas frecuencia a personas mayores de 50 años y se localiza delante de la región del primer molar

Es una anomalía del desarrollo embrionario que, debido a su agresiva evolución ocasional, algunos le adjudican un desarrollo similar al de una neoplasia y proponen por tanto el término de tumor odontogénico de células fantasmas.

CASO 2

Tumor Odontogénico Adenomatoides (TOA)

Caso Clínico

Paciente femenina de 18 años con lesión en el maxilar izquierdo

Discusión

Los diagnósticos diferenciales en este caso fueron: el tumor odontogénico adenomatoides, quiste dentigero, quiste folicular, queratociste odontogénico, odontoma, y ameloblastoma

Al examinar la ortopantomografía se observa dentición mixta con un canino retenido, rodeado por una zona radiolúcida unilocular bien circunscrita

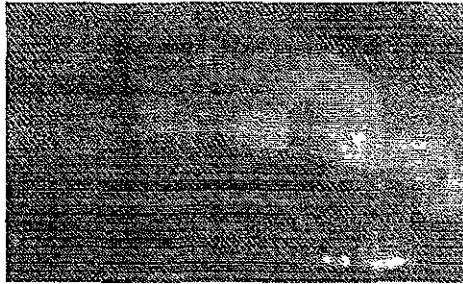


Fig 6 -Canino retenido, rodeado por una zona radiolúcida ³

El TOA es benigno, la lesión ocasionalmente produce calcificaciones y por lo tanto puede tener una presentación radiográfica radiolúcida o mixta. El tumor usualmente aparece en pacientes jóvenes y rara vez en pacientes mayores de 30 años. También tiene una predilección mayor en la zona anterior de los maxilares, particularmente en zonas de caninos retenidos, y tiene mayor frecuencia por el sexo femenino. La imagen radiográfica más común es una zona radiolúcida solitaria unilocular.

Las características microscópicas consisten en una proliferación de células fusiformes con algunas estructuras ductiformes. Algunas muestran microcalcificaciones.

El TOA raramente recurre después de la enucleación completa.

Monografía

Clínica

Aunque el Tumor Odontogénico Adenomatosoide (TOA), es de origen odontogénico, la presencia de estructuras infrecuentes similares a glándulas o conductos ha llevado a utilizar diversos nombres modificados por el prefijo "adeno".

Mientras no se apreciaron por completo las características distintivas, el TOA se consideró un subtipo de ameloblastoma. Desde el punto de vista clínico, microscópico, y evolutivo, es claramente diferente del ameloblastoma; algunos clasificarían esta anomalía como hamartoma y no como neoplasia.

Este tumor representa al 3% de todos los tumores odontogénicos sin preferencia de sexo. Inicialmente, para diferenciarlo del ameloblastoma se le denominó adenoameloblastoma, en base a su apariencia. Después se le dio el nombre de tumor odontogénico adenomatosoide, para evitar asociarlo con la conducta del ameloblastoma, porque no es de naturaleza invasiva o agresiva, bien circunscrito derivado del epitelio odontogénico que suele presentarse alrededor de las coronas de dientes anteriores no erupcionados en pacientes jóvenes y está constituido por epitelio en remolinos y patrones ductales entremezclados con calcificaciones esféricas. El TOA es más común en la maxila (65%), el área del canino es más común. El tumor es a menudo asociado con un diente no erupcionado (76%), el 76% de los casos se dan en la segunda década de la vida. Hay una preferencia por el sexo femenino en 2:1.

Características Clínicas Relevantes del TOA

- *El tumor rodea al diente afectado
- *El diente más afectado suele ser el canino superior
- *Separación de raíces raramente reabsorbidas
- *Asimetría facial
- *Variación en el peso
- *Crecimiento asintomático
- *Calcificación variable en peso, número y densidad
- *Presenta imagen mixta en la radiografía
- *Similitud con el quiste dentífero
- *Puede presentar calcificaciones

Imagenología

La neoplasia usualmente muestra una zona radiolúcida bien delimitada, área que a menudo está en relación con un diente retenido. En algunos casos hay pequeños cuerpos opacos dentro la radiolucidez.

Histopatología

Una proliferación epitelial está compuesta de células poliedricas o fusiformes. El patrón es casi siempre lobular, pero algunas veces asume la forma de un retículo. Las estructuras semejantes a conductos de células epiteliales columnares confieren a la lesión su aspecto microscópico característico.

En toda la lesión se encuentran dispersos focos de material positivo a la tinción de PAS. El número, tamaño y grado de calcificación de estos focos determinan el aspecto que la anomalía evidencia en la radiografía.

El estroma está esparcido en fibras bien vascularizadas de tejido conectivo con áreas de islas epiteliales y cadenas de células formadas cilíndricamente con estructuras de semiductos. Alrededor del estroma hay pequeñas islas de material calcificado.

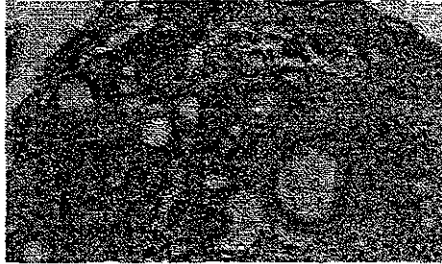


Fig. 7 - Constituido por una cápsula de tejido fibroso alrededor de una formación nodular de células epiteliales. Se observan estructuras ductales constituidas por células cilíndricas con depósitos interpuestos de material eosinófilo. Las calcificaciones esféricas no son un hallazgo consistente.²

Diagnóstico Diferencial

Dentro de los posibles diagnósticos diferenciales a considerar se encuentran:

- *El quiste dentigerio, dada su frecuente relación con dientes retenidos.
- *El quiste periodontal lateral, en virtud de su ocasional localización adyacente a las raíces de los dientes anteriores.
- *En caso de opacidad evidente, también se considera el quiste odontogénico calcificante y el tumor odontogénico epitelial calcificante.

Tratamiento

Excisión quirúrgica, la recidiva es muy rara.

Caso Clínico

Paciente de 11 años desarrollo una tumefacción en el area anterior del maxilar sin presencia de dolor. La expansión de ambas corticales palatales era evidente, la examinación radiografica mostró una lesión que rodea a un diente retenido

Histopatología

Describe el epitelio de revestimiento de esta lesión

¿Cual es el origen probable del epitelio?

- a) epitelio de glandula salival
- b) epitelio superficial
- c) epitelio odontogénico

¿El material calcificado (excluyendo al diente) es

- a) hueso
- b, calculo
- c) calcificacion distrofica
- d) calcificación metastásica

Diagnóstico

- a) quiste dentigero
- b) ameloblastoma
- c) tumor odontogénico adenomatoide
- d) adenoma de origen de glandula salival

Importancia

¿En qué grupo de edad se presenta esta lesión?

¿Qué debe decirse al paciente sobre la posibilidad de recidiva y qué necesita para el tratamiento de esta lesión?

RESPUESTAS

Histopatología

Red de epitelio que forma conductos con focos de calcificación distrofica

Epitelio odontogénico, calcificación distrofica

Diagnóstico

- c) tumor odontogénico adenomatoide (toa)

Referencias

- Takeda Y, Shimono M *Adenomatoid odontogenic tumor with extensive formation of tubular dentin*. Bull Tokyo Dent Coll (Japan), Nov 1996, 37(4) p189-93
- Kearns GJ, Smith R *Adenomatoid odontogenic tumour: an unusual cause of gingival swelling in a 3-year-old patient*. Br Dent J (England) Nov 23 1996, 181(10) p380-2
- Arotiba GT, Arotiba JT, Olaitan AA, *and The adenomatoid odontogenic tumor. an analysis of 57 cases in a black African population*. J Oral Maxillofac Surg (United States), et al Feb 1997, 55(2) p146-8, discussion: 149-50
- Holroyd I, Rule DC *Adenomatoid odontogenic tumour in a 12-year-old boy*. Int J Paediatr Dent (England), Jun 1997, 7(2) p101-6
- Gao YH, Yang LJ, Yamaguchi, *Immunohistochemical demonstration of bone morphogenetic protein in odontogenic tumors*. J Oral Pathol Med (Denmark Jul 1997, A 26(6) p273-7
- Arotiba JT, Ogunbiyi JO, Obiechina AE *Odontogenic tumours: a 15-year review from Ibadan, Nigeria*. Br J Oral Maxillofac Surg (Scotland), Oct 1997, 35(5) p363-7 {
- Dayi E, Gurbuz G, Bilge *Adenomatoid odontogenic tumour (adenoameloblastoma. Case report and review of the literature*. OM Aust Dent J (Australia) Oct 1997, et al 42(5) p315-8
- Adenomatoid odontogenic tumor presenting as periapical disease*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod (United States), Nov 1997, Curran AE, Miller EJ, Murrain VA 84(5) p557-6
- Carmo MA, Silva EC. *Argyrophilic nucleolar organizer regions (AgNORs) in ameloblastomas and adenomatoid odontogenic tumours (AOTs)*. J Oral Pathol Med (Denmark), May 1998, 2(3) p127-30

CASO 3

Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante

Caso Clínico:

Hombre de 37 años que solicita un examen de rutina

El estudio radiográfico muestra una lesión radiolúcida de bordes bien definidos en el lado derecho del cuerpo de la mandíbula. La lesión muestra áreas radiopacas dentro con una zona radiolúcida.

Discusión:

Esta lesión es asintomática, bien definida, y generalmente radiolúcida con presencia variable de radiopacidades focales



Fig 8 - La lesión muestra áreas radiopacas dentro con una zona radiolúcida ³

Lesiones que se deben incluir y excluir para el diagnóstico:**Excluir:**

- Lesiones difusas
- Quistes radiolúcidos: tumores odontogénicos benignos, tumores no odontogénicos benignos y otras lesiones "radiolúcidas".
- Odontomas por su apariencia característica
- Displasia fibrosa monostótica por que es una lesión difusa

incluir

- Quiste odontogénico calcificante, tumor odontogénico adenomatoide, fibrodontoma ameloblástico, tumor odontogénico epitelial calcificante, condroma, osteoma y hemangioma cuando estas no puedan eliminarse satisfactoriamente

La biopsia de la lesión demostro ser un tumor odontogénico epitelial calcificante que infiltraba hueso adyacente. Por lo que se requirió la remoción de una porción delgada de hueso circundante. Esta lesión tiende a recurrir, por su capacidad de infiltración, de acuerdo a lo que se ha observado en muchas lesiones localizadas. Se recomienda un seguimiento a largo plazo.

Monografía

Clinica

Tumor odontogénico epitelial calcificante (TOEC-PINDBORG)

El TOEC es un tumor generalmente benigno, se pensaba que se formaba del epitelio reducido del esmalte de un diente no erupcionado, pero hoy la mayoría de los autores cree que se forma del estroma medio del diente, es también conocido como tumor de Pinborg.

Tumor localmente agresivo constituido por hebras y formaciones medulares de células planas y claras que suelen acompañarse de calcificaciones esféricas y depósitos de hialina con características de compuesto amiloide.

*Representa menos de 1% de los Tumores odontogénicos

*Localmente agresivo

*Comportamiento biológico similar al ameloblastoma

*Origen a partir de restos epiteliales de la lámina dental y/o del epitelio reducido del esmalte. Puede aparecer como lesión central o periférica.

Desafortunadamente esta teoría no explica aquellos casos en que ocurren tumores extraóseos asociados con un diente no erupcionado

El TOEC es dos veces más común en la mandíbula, la región molar se ve involucrada tres veces más que la región premolar, pero este tumor así como el ameloblastoma pueden ocurrir en la región anterior

El TOEC ocurre con mayor frecuencia en la edad madura a los 40 años aproximadamente, pero se han informado casos que van de los 8 a los 92 años es de igual presencia para hombres y para mujeres

Normalmente la mayoría de estos tumores son asintomáticos, pero el primer signo clínico es una inflamación sin dolor. Hay una marcada asociación con dientes no erupcionados (52% de los casos).

Hay un TOEC de variedad extraósea que es muy raro, pero presenta la misma histología que la variedad intraósea

Imagenología

En la imagen radiográfica se observa un área radiolúcida unilocular, asociada a un diente retenido

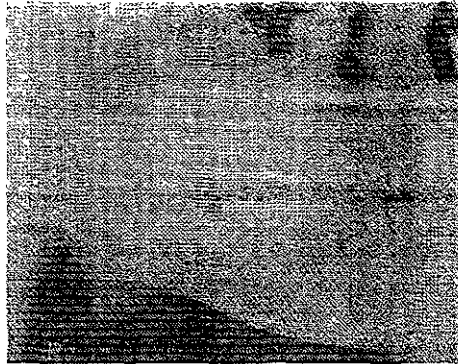


Fig 9 - Área radiolúcida unilocular, asociada a un diente³

Histopatología

Se presentan islas de epitelio con puentes intracelulares en un estroma fibroso de tejido conectivo. En estas islas a menudo se observan áreas circulares de sustancia amiloide homogénea. Los núcleos y las células a menudo muestran pleomorfismo, el tumor no muestra el mismo crecimiento infiltrativo como el ameloblastoma.

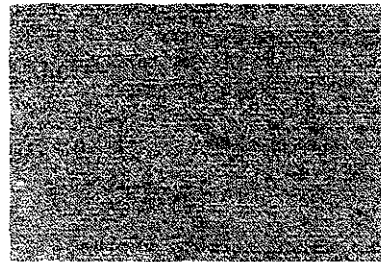
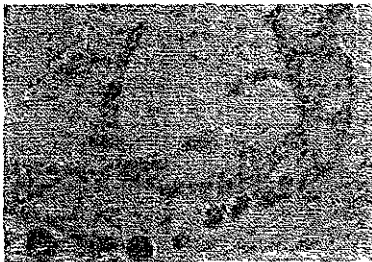


Fig.10-11 - Capas de células poliédricas con puentes intercelulares destacados. Pleomorfismo, multinucleación, nucleolos prominentes e hiperchromatismo. Acúmulos de material eosinófilo homogéneo dentro y entre las capas de las células epiteliales TOEC de células claras²

Diagnóstico Diferencial Radiológico

TOA, quiste dentígero y fibrodontoma ameloblástico. Lesiones periféricas zonas radiolúcidas con erosión cortical superficial.

Tratamiento

Esta tumoración tiene potencial invasivo pero al parecer no tanto como el del ameloblastoma. Es de crecimiento lento y el paciente se ve afectado por una expansión directa. No se han presentado reportes de metastasis, en su tratamiento se emplean varias formas de intervención quirúrgica, desde la enucleación hasta la resección del tumor y del hueso circundante pero no radicalmente como en el ameloblastoma.

Pronóstico

Es bueno, la recidiva es rara.

Referencias

- Central tumour Pindborg:report of a case.* J Pierre Fauchard acad 1992 Dec 6(4)115
- A clinico pathological and inmunohistochemical study of the calcifying odontogenic epithelial tumour(Pindborg tumour) in malysians*J Larygol Oto' 1996 Aug 110(8)757-62
- Extraosseous calcifying odontogenic epithelial tumour:report of two cases and review of theoral surg oral med oral pathol oral radiol endod literature.*1997 May 83(5) 577-83
- Central epithelial odontogonic ghost cell tumour.A case report*Ann otolaryngol chir cervicofac 1997 114(3) 76-9
- Clear cell variant of calcifying epithelial odontogenic tumour (ceot) in the maxilla. report of a case with inmunihistochemical and ultrastructurals investigations* J oral pathol med.1999 Apr 28 (4) 187-91
- A rare odontogenic epithelial calcifying tomour.report of a clinical case and review of the literature.*1999 Jul-Aug 48 (7-8) 353-7
- Initiation of ectopic epithelial odontogenic calcifying The amyloid deposit in calcifying epithelial odontogenic tumour is immunoreactive for Cytokeratins* Arch patnol Lab Med 2000 Jun 124(6)872-6
- CT and MR imaging appearances of an extraosseous calcifying epithelial odontogenic tumour* AJNR Am J neuroradiol (Pinaborg tumour)2000 Feb 21(2)343-5
- calcifying epithelial odontogenic tumour biological profile based on 181 cases from the literature.*Oral oncol ,2000 Jan 36(1)17-

CASO 4

Ameloblastoma

Monografía

Clínica

El ameloblastoma es clínicamente el más agresivo de los tumores odontogénicos a pesar de ser benigno, aproximadamente comprende el 5% de estas neoplasias. Su crecimiento es normalmente lento pero provoca expansión severa de las corticales sin presentar sintomatología.

Puede causar desplazamiento de las piezas dentales y resorción apical en la zona afectada. Se presenta normalmente en la mandíbula (75%), principalmente en la zona de molares y en la rama. No hay preferencia por ningún sexo y en promedio se presenta alrededor de los 30 años.

Puede proceder de cualquier epitelio odontogénico que permanezca en el tejido alveolar y hueso

- Restos de la lámina dental
- Epitelio reducido del esmalte
- Restos epiteliales de Malassez
- Cápsula epitelial de un quiste odontogénico

Características de la lesión

- *Neoplasia de crecimiento lento
- *Agresiva localmente
- *Causa grandes deformidades faciales
- *Tasa alta de recidiva
- *4ta Y 5ta Década de la vida
 - *Metástasis raras
 - *Para determinar subtipo correlacionar

Rasgos clínicos + histológicos + radiográficos

Subtipos clínicos

- *Ameloblastoma común (poliquístico)
- *Ameloblastoma Uniquístico
- *Ameloblastoma Periférico (extraóseo)
- Ameloblastoma común

- *Sin. Simple o folicular
- *Es la forma más común
- *Pronóstico. mayores de 25a
- *Puede causar deformidades importantes
- *Predilección por mandíbula área molar y rama
- *Maxila en área molar extendiéndose a piso de fosas nasales y seno maxilar
- *Expande corticales óseas
- *Cortical frágil "crujido de cascara de huevo"

Patrón folicular

- *Es el más frecuente
- *Representa las etapas más tempranas del desarrollo del diente
- *Constitución

Epitelio en forma de islotes, filamento y formaciones medulares contra un fondo de tejido fibroso. Con células en empalizada con polarización inversa, el resto constituido por células en forma triangular ordenadas de manera laxa, parecidas a las del retículo estrellado. En ocasiones se observa una zona hialinizada alrededor de los islotes. En algunos islotes las células centrales se degeneran formando microquistes.

En otros islotes las células centrales se transforman en células planas y que producen queratina "perlas de queratina". Cuando tienen esta variante se llama de patrón acantomatoso. O bien las células centrales aparecen hinchadas y densamente cargadas con gránulos eosinófilos. A este patrón se le denomina variante de células granulares

Imagenología

Puede mostrar una zona radiolúcea, bien delimitada por una zona radiopaca, unilocular o multilocular y en algunos casos se asocia a dientes retenidos.

Histopatología

Hay gran variación en la histopatología del ameloblastoma. Los tipos observados pueden ser: folicular, plexiforme, acantomatoso, que son los más frecuentes, así como el tipo de células granulares y basales. La neoplasia consiste solo de células epiteliales, que crece en cordones o islas, que en algunas veces semeja al órgano de esmalte primitivo. Se ha demostrado que puede desarrollar formaciones quísticas, principalmente las del tipo folicular.

Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial se puede realizar con: quiste folicular, queratoquiste, quistes residuales y los quistes óseos traumáticos y hemorrágicos.

En otros casos con el mixoma y el granuloma de células gigantes. El diagnóstico se basa en las características histopatológicas.

Tratamiento

Se recomienda la resección radical de la lesión con el hueso que ha sufrido la infiltración. Ya que una resección conservadora puede ocasionar la recidiva.

Si el borde mandibular está afectado, resección segmentaria, hemimandibulectomía o hemimaxilectomía.

Pronóstico

Es bueno con el tratamiento radical, donde se observa una recidiva de aproximadamente 20% después de 5 años. Se recomienda una revisión anual para detectar una posible recidiva de manera temprana.

Caso Clínico

Paciente masculino de 46 años desarrollo un aumento de volumen en la mandíbula de crecimiento lento, asintomático. Los dientes de la zona presentaron vitalidad. La imagen radiográfica mostro un área radiolúcida. ¿describe?

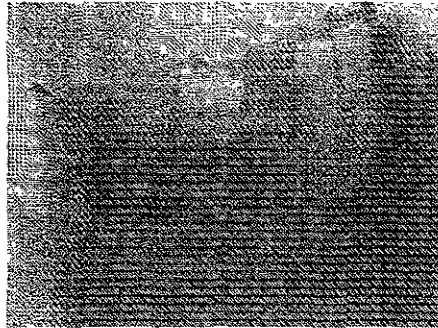


Fig. 12.- Área radiolúcida en zona de molares inferiores derechos.³

Histopatología:

Identifique las células de tejido neoplásico (observe la organización cuboidal y columnar de las células en la periferia).

¿Ha penetrado este crecimiento la corteza ósea mandibular?

¿Ha sido cortada adecuadamente la lesión?

¿Histológicamente que muestra la lesión?

- a) Lámina dental
- b) Tejido tiroideo
- c) Pulpa dental

- d) Saco folicular
- e) Órgano del esmalte

Describe como es el infiltrado inflamatorio en el tejido conectivo

- a) crónico suave
- b) agudo suave
- c) crónico moderado
- d) crónico intenso

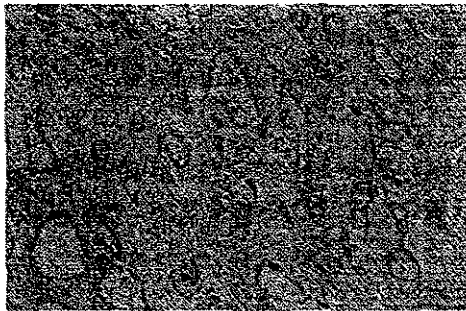


Fig 13 - Islas neoplásicas en el borde de la muestra lamina dental esmalte⁴

Diagnóstico:

- a) fibromixoma
- b) fibroma ameloblástico
- c) odontoma
- d) ameloblastoma folicular

Importancia:

¿A qué edad se presenta con más frecuencia esta lesión y en que área de la mandíbula?

¿Cuál es la conducta biológica de esta lesión?

RESPUESTAS:

Histopatología

*Si, el hueso adyacente al músculo

*El corte ha sido correcto, si las islas neoplásicas estan en el borde de la muestra

a) lamina dental y e) órgano del esmalte a) crónico suave

Diagnóstico:

- d) ameloblastoma folicular

Importancia.

*Entre los 30 y 40 año, común en la área de molares benigno, agresivo

Referencias

Simple ameloblastoma with ghost cell and granular cell components

Acta Pathol Jpn 1983 Nov, 33(6). 1215-21

Lectin histochemistry of ameloblastomas and odontogenic keratocysts J Oral Pathol Med 1989 Feb; 18(2): 68-73

Patterns of expression of intermediate filaments in ameloblastoma and human fetal toothgerm. J Oral Pathol Med 1989 May, 18(5). 264-73

An unusual late recurrence of unicystic ameloblastoma Br J Oral Maxillofac Surg 1989 Jun, 27(3): 254-9

Ameloblastic carcinoma: report of an aggressive case and review of the literature

J Carcinomaxillofac Surg 1991 Aug, 19(6) 267-71

Peripheral ameloblastoma: a clinical and histologic study of 11 cases J Oral Maxillofac

Surg 1991 Sep, 49(9). 970-4 discussion 974-5

Unicyst ameloblastoma .A review of 193 cases from the literature Oral Oncol 1998 Sep, 34(5). 317-25

An immunohistochemical study of keratin expression in ameloblastoma from a Kenyan population Oral Dis 1999, Apr, 5(2). 111-6

A simple prosthetic approach using cement-retained implant prosthesis after surgical treatment of ameloblastoma Implant Dent 1999, 8(4). 407-12

Unicystic ameloblastoma a clinicopathologic study of 33 chinese patients Am J Surg Pathol 2000 Oct, 24(10). 1385-92

CASO 5

Mixoma Odontogénico**Monografía****Clínica**

Intraósea, agresiva

Ocurre con mayor frecuencia entre la segunda y tercera década de la vida y raramente se presenta en la primera década y en la vejez, el dolor es una característica inconstante en este tumor, puede asociarse a dientes impactados y a reabsorción radicular, si se presenta en la maxila puede invadir el seno maxilar. El mixoma odontogénico puede desarrollarse de la porción mesenquimatoso del germen dentario, de la pulpa dental, del foliculo o ligamento periodontal.

Este tumor es más común en la mandíbula en la región de premolares y molares, en la maxila suele presentarse en la zona cigomática. La lesión a menudo se encuentra envuelta, pero se han reportado casos donde se ha localizado fuera de las áreas productivas como en el condilo y cuello del condilo.

Imagenología

Radiográficamente se presenta como una zona radiolúcida aunque puede variar considerablemente, esta lesión es multilocular y puede confundirse con otras lesiones como el ameloblastoma, y el TOEC, que también son tumores de origen odontogénico.

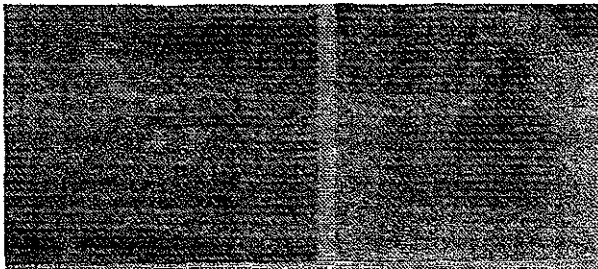


Fig. 14-15 - Zona radiolúcida que se aprecia en el área de molares, premolares y rama de la mandíbula ²

Histopatología

Este tumor se compone de tejido conectivo mixomatoso blando. En una matriz mucopolisacárida se encuentran fibroblastos benignos y miofibroblastos con cantidades variables de colágena, presenta células fusiformes ampliamente separadas contra un fondo de sustancia fundamental mucorde no fibrilar.

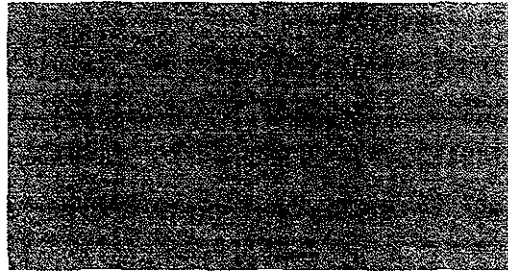


Fig .16 -Células fusiformes ampliamente separadas contra un fondo de sustancia fundamental mucorde no fibrilar En la periferia el tejido mixomatoso penetra los espacios trabeculares Se han observado islotes de epitelio odontogénico y calcificaciones focales ²

En la periferia el tejido mixomatoso penetra los espacios trabeculares Se han observado islotes de epitelio odontogénico y calcificaciones focales, aunque en estos tumores no son muy frecuentes los restos de tejido odontogénico, su ausencia no excluye el diagnóstico

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico clínico diferencial es el mismo para el ameloblastoma Cuando se compara con una lesión mixomatosa de la porción central de la mandíbula es importante considerar en el estudio microscópico pulpa dental en desarrollo y tejido conectivo circundando a un diente retenido, en las malformaciones con patrón de panal de abeja debe considerarse hemangioma central.

Tratamiento

El tratamiento es la resección quirúrgica, esta puede complicarse por la consistencia gelatinosa de la lesión, tiende a recidivar Esta lesión es conocida también como fibromixoma. La ausencia de capsula puede favorecer a las recurrencias cuando la anomalía se trata de manera muy conservadora.

Caso Clínico

Paciente femenina de 50 años desarrolló un crecimiento mandibular. En la examinación radiográfica se encontró un área radiolúcida multilocular, el resto del examen bucal fue negativo.

Histopatología

¿La apariencia histológica de este tejido que es lo que describe?

- a) tejido conjuntivo primitivo
- b) tejido conjuntivo fibroso
- c) tejido conjuntivo mixomatoso
- d) cicatriz
- e) similar a la pulpa dental

¿Hay una cápsula evidente?

¿Los restos odontogénicos son evidentes?

Diagnóstico

- a) mixoma odontogénico
- b) fibroma odontogénico
- c) fibroma ameloblástico
- d) tejido normal
- e) ameloblastoma

Importancia

¿Esta lesión tiene recidiva y potencial de malignidad?

¿A qué edad se suele presentar esta lesión?

¿Esperaría que el paciente presentara dolor o parestesia asociadas a esta lesión?

RESPUESTAS

Histopatología

a) Tejido conjuntivo primitivo, c) mixomatoso, e) similar a la pulpa dental

*No

*No

Diagnóstico

A) mixoma odontogénico

Importancia

*Sí puede recidivar y no hay tendencia a malignizarse, a los 30 años aproximadamente (similar al ameloblastoma)

*No

Referencias

- Benton E.Crawford, *radiograph of the month. Odontogenic myxoma* .J Gt Houst Dent Soc. 1997 Nov, 69(4). 4
- Piatelli A Scarano *Odontogenic myxoma: case report with reconstructive considerations* Aust Dent J 1998 Aug; 43(4). 209-12
- Di Tommaso L,Bassi M *Odontogenic myxomas are not associated with activating mutations of the Gs alpha gene* Anticancer Res.1998 Nov-Dec, 18(6A). 4415-7
- Oliveira J.A.Loyola A.M,*Odontogenic myxoma of the mandible in a filly Diagn Invest.* 1999 May, 11839.274-7 J vet
- Oliveira J A.Loyola A M,*Immunohistochemical end histochemical characterization of the mucosubstances of odontogenic myxoma: histogenesis and differential diagnosis* Pahtoi Res Pract.1999, 195(6). 391-7
- Sumi M Yonetsu K, *Odontogenic myxoma* Semin Diagn Pathol.1999 Nov, 16(4) 297-301
- Favia G.F Di Alberti L, *novel celi line that retains the morphological characteristics of the cells and matrix*
- Of odontogenic myxoma* J Oral Pathol Med 2000 Mar, 29(3). 129-38
- Concomitant occurrence squamous cell carcinoma and myxoma of the mandible: a case report* J Oral Mxillofac Surg 2000 Apr, 58(4). 425-30
- Soft tissue myxoma of the gingiva: report of a case and review of the literature of soft tissue myxoma in the oral region* J Oral Sci.2000 Jun, 42(2) 107-9
- Malignant odontogenic myxoma of the maxilla: case with citogenetic confirmation* J Laryngol Otol 2000 Jul, 114879 533-5

CASO 6

Fibroedentoma Ameloblástico**Caso Clínico**

En un paciente de 11 años se encontró un crecimiento en el lado derecho de la mandíbula, en la imagen radiográfica se presenta una zona radiolúcida y radiopaca. En las corticales bucal y lingual se presentaba expansión clínicamente evidente



Fig .17 - Imagen radiográfica presenta una zona radiolúcida y radiopaca corticales bucal y lingual se presentaba expansión³

Histopatología

¿Cuál de los siguientes tejidos duros pueden ser encontrados en la muestra de esta lesión?

- a) hueso
- b) esmalte
- c) dentina
- d) cemento
- e) calcificación distrófica

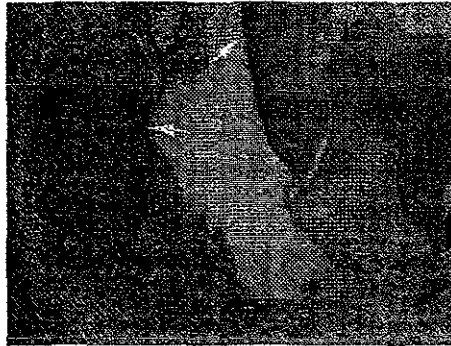


Fig.18 - Epitelio neoplásico con presencia de hueso, esmalte, dentina ⁴

Identificación del epitelio neoplásico superficial

¿Cuál de las siguientes estructuras normales se encuentran con más frecuencia en el Epitelio neoplásico?

- a) pulpa dental
- b) órgano del esmalte
- c) lamina dental
- d) epitelio glandular

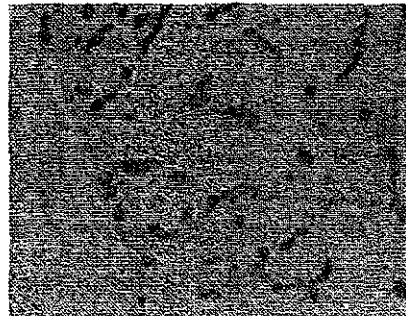


Fig 19 -Tejido conectivo con presencia de GAGs inducido probablemente por el epitelio ⁴

¿Cuál es la diferencia entre el tejido conectivo neoplásico y el tejido conectivo normal en la muestra de esta lesión?

Diagnóstico

- Mixoma
- Ameloblastoma
- Odontoma
- Fibroodontoma ameloblastico

Importancia

¿Cuál es la edad y zona de presencia mas común de esta lesión?

¿Cuál es la conducta de esta lesión?

RESPUESTAS

a) hueso, b) esmalte, c) dentina

*Debe de observarse su conducta

c) lamina dental

*mixomatoso (presencia de GAGs) inducido probablemente por el epitelio

Diagnóstico

d) fibroodontoma ameloblástico

Importancia

*A los 10 años frecuentemente y la zona de molares en mandíbula es la más común, no presenta recurrencia

Monografía**Clinica**

Se le considera junto con el fibroma ameloblástico ya que se consideran variaciones del mismo proceso. Las personas que se ven afectadas por estas lesiones comparten características similares de edad, sexo y localización, excepto por la presencia de un odontoma. La progresión biológica es semejante. Ambos son en realidad tumores odontogénicos mixtos compuestos de epitelio neoplásico y mesenquimatoso con componentes de tejido blando de aspecto microscópico idéntico. Las dos se consideran benignas. Es una lesión poco común, su apanencia radiográfica es una radiilucidez unitocular en áreas donde se produce tejido dental. Suele presentarse como un crecimiento expansivo en pacientes jóvenes que contiene los componentes tisulares blandos del fibroma ameloblástico y los componentes de tejido oseo del odontoma complejo.

*Potencial de crecimiento mayor

*Destructivo localmente

*1ra. Y 2da Decadas de la vida

*Área posterior de la mandíbula

*Desarrollo lento

*Diente no erupcionado

Imagenología

En la radiografía, las anomalías están bien circunscritas y suelen estar rodeadas por un margen esclerosado. Pueden ser uniloculares o multiloculares y se relacionan con la presencia de un diente retenido tiene el aspecto de una lesión combinada. Imagen mixta unilocular bien circunscrita. Radiopacidades difusas y nodulares, la mayoría contiene un diente impactado.

Histopatología

En la mayor parte del tumor predomina el tejido conectivo mixto de apariencia primitiva. La ausencia general de colágeno le confiere un parecido con la pulpa dental. El aspecto microscópico se ha comparado con la lamina dental que prolifera a partir del epitelio bucal en las etapas iniciales del desarrollo del diente. Las células presentes en uno o más focos continúan el proceso de proliferación y diferenciación y producen esmalte y dentina.

Esto puede adoptar la presencia de un odontoma complejo o compuesto lo cual no altera el pronóstico ni el tratamiento. Presenta cordones de islas de epitelio odontogénico derivados del órgano del esmalte y muestra dentina que desarrolla en su interior dentina como tejido duro. El tejido blando que contiene semeja al fibroma ameloblástico y las áreas adyacentes pueden encontrarse formas maduras e inmaduras del odontoma complejo rodeado siempre por capsula.

Diagnóstico Diferencial

Si las características no corresponden con lo establecido, al diagnóstico diferencial debe incluir:

Ameloblastoma

Mixoma

Mixoma odontogénico

Quiste dentigero

Queraoquiste odontogénico

Granuloma central de células gigantes

Histiocitosis

Tratamiento

Enucleación, y presenta alta recidiva. Se ha identificado un raro tumor maligno homólogo de estos tumores odontogénicos, el fibrosarcoma ameloblástico, originado en la mandíbula, se presenta aproximadamente a los 30 años de, ocurre con parestesia y no presenta dolor. Es localmente agresivo con potencial metastásico.

Referencias

- Okura M Nakahara H, *Treatment of ameloblastic fibro-odontoma without removal of the associated impacted permanent tooth: report of cases* J Oral Maxillofac Surg 1992 Oct, 50(10) 1094-7.
- Ozer E Gunbay U *Ameloblastic fibro-odontoma of the anterior maxilla. Report of a case.* Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1993 Sep, 76(3) 294-7
- Kitano M.Tsuda-Yamada S, *Pigmented ameloblastic fibro-odontoma with melanophages.* Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994 Mar, 77(3) 271-5
- Miyauchi M Takata T, *Cell kinetics in mandibular ameloblastic fibro-odontoma evaluated by bromodeoxyuridine and proliferating cell nuclear antigen immunohistochemistry: case report.* Br J Oral Maxillofac Surg 1996 Oct, 34(5) 450-3
- Sumi M. Yonetsu K, *CT of ameloblastic fibroodontoma.* AJR Am J Roentgenol 1997 Aug, 169(2), 599-600
- Baker W.R.Swift J.Q. *Ameloblastic fibro-odontoma of the maxilla: case report.* J Clin Pediatr Dent. 1997 summer, 21(4). 329-31
- Favia G.F Di Alberti L, *Ameloblastic fibro-odontoma: report of two cases.* Oral Oncol 1997 Nov, 33(6) 444-6
- Villareal P.M Junqueira L M, *Ameloblastic fibro-odontoma. Clinical aspects and review of the literature.* Rev Stomatol Chir Maxillofac 1998 Feb, 98(6) 349-53. Review
- Furst I.Philips J, *Recurrence of an ameloblastic fibro-odontoma in a 9-year-old boy.* J Oral Maxillofac Surg 1999 May, 57(5). 620-3.
- Haring J.I, *Case study. Ameloblastic fibro-odontoma.* RDH. 1999 Jan, 19(1) 12, 64

CASO 7

Odontoma Compuesto

Monografía

Clinica

Se conocen como tumores odontogénicos mixtos porque se componen de tejido de origen epitelial y mesenquimatoso. Pueden diferenciarse por completo y, como resultado, hay depósito de esmalte por ameloblastos y dentina por odontoblastos. Pueden aparecer como un gran número de dientes en miniatura, en este caso se le conoce como odontomas compuestos. Los odontomas compuestos comprenden el 30% corresponde a los, que suele encontrarse sobre dientes no erupcionados, contiene esmalte, dentina, pulpa y cemento. Según su grado de morfo-diferenciación

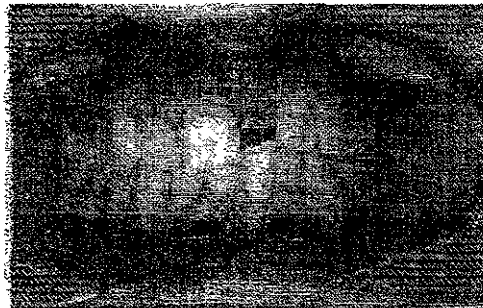


Fig 20 - Hamartoma que suele encontrarse sobre dientes no erupcionados ²

*Compuesto

*Complejo

*Representa el 70% de los tumores odontogénicos

*Primera y segunda década de la vida

*Maxila

*Dientes no erupcionados

*Los Odontomas Compuestos pueden tener pocos dientes en miniatura 2, 20 o 30

*Los Odontomas Complejos suelen presentarse en la parte posterior de la mandíbula, zona radiopaca rodeada por una fina zona radiolúcida

Imagenología

El odontoma compuesto se presenta en forma de varios dientes maduros, en ocasiones 10 en un solo foco. Este foco típico tiene lugar en un área con dientes, entre las raíces o sobre la corona de un diente retenido. Las anomalías descubiertas de manera temprana en el desarrollo tumoral son principalmente radiolúcidas, con áreas focales de radiopacidad que presentan calcificación temprana de la dentina y esmalte.

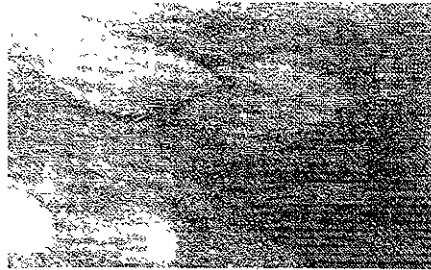


Fig 21 - Los Odontomas **compuestos** pueden tener pocos dientes en miniatura 2 o 3 o muchos 20 o 30 ²

Histopatología

*Odontoma Compuesto, presenta dentina, esmalte y pulpa organizadas en un patrón ordenado, dentro de la capsula cada diente miniatura está separado por una banda de tejido conjuntivo folicular.

*Odontoma Complejo, desorganizado de dentina, esmalte y pulpa sin formas de dientes reconocibles. Ambos pueden contener epitelio reducido del esmalte, ameloblastos secretores y odontoblastos funcionales.

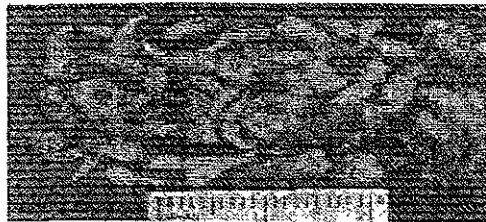


Fig 22 - Dentina, esmalte y pulpa organizadas en un patrón ordenado dentro de la capsula cada diente miniatura está separado por una banda de tejido conjuntivo folicular. El tejido circundante tiene islotes de residuos odontogénicos y calcificaciones esféricas ²

Diagnóstico Diferencial

Pueden considerarse las siguientes lesiones.

Osteomielitis esclerosante focal

Osteoma

Fibroma oscificante

Cementoblastoma

Tratamiento

Tiene un potencial de crecimiento muy limitado, aunque algunas veces un defecto muy complejo puede causar expansión ósea considerable. La enucleación es curativa y la recidiva no representa un problema, generalmente. Se ha descrito una variedad rara el odontoma ameloblástico. El cual es prácticamente un ameloblastoma en el cual se presenta diferenciación focal a odontoma, pero como es desconocida se trata como un ameloblastoma.

Caso Clínico

Paciente masculino de 31 años presenta un crecimiento en la parte anterior de la maxila en una examinación de rutina. Los dientes presentan vitalidad.

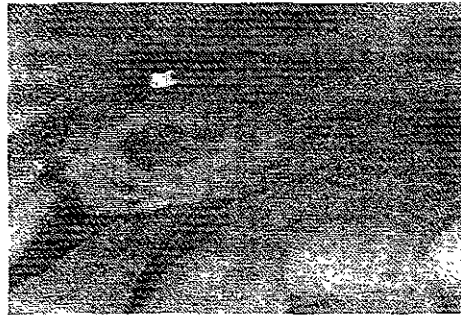


Fig 23 - En la radiografía se aprecia una imagen radiopaca con áreas radiolúcidas en la parte anterior de la maxila ³

¿Cuál es el aspecto que muestra la imagen radiográfica?

Histopatología

¿Cuál de las siguientes estructuras se presentan en la muestra de la lesión?

a) dentina

b) matriz de esmalte

- c) epitelio ameloblástico
- d) odontoblastos
- e) tejido pulpar



Fig. 24 - Biopsia de la lesión que presenta dentina, matriz de esmalte, epitelio ameloblástico, odontoblastos, tejido pulpar ⁴

Diagnóstico

- a) odontoma compuesto
- b) odontoma complejo
- c) ameloblastoma
- d) mixoma

Importancia

¿A que edad ocurre con más frecuencia esta lesión?

¿Se considera común, poco común, o tumor odontogénico raro?

RESPUESTAS

Histopatología

*Todas se presentan(a, b, c, d, e)

*Presenta una zona radiopaca sin estructuras dentales normales

Diagnóstico

- a) odontoma compuesto

Importancia

*Se presenta a los 10 años pero puede observarse en adultos, se considera común.

Referencias

- Piatelli A.Scarano A, *Histochemical evaluation of alkaline phosphatase in compound odontoma: a study of plastic embedded undemineralized material*. Bull Group Int Rech Sci Stomatol Odontol. 1998 Apr-Sep, 40(2-3). 98-101
- Di Tommaso L.Bassi M, *Actinomyces infection in a compound odontoma*. Patologica 1998 Oct, 90(5) 455-8.
- Tandon S.Radhika M, *Multiple odontomas of the mandible: a case report*. J Oral Maxillofac Surg 1999 Mar, 57(3). 338-41.
- Yassin OM, *Delayed eruption of maxillary primary cuspid associated with compound odontoma* J Clin Pediatr Dent 1999 Winter, 23(2) 147-9
- Botha PJ, *An erupted compound odontoma*. SADJ. 1999 Apr, 54(4). 153.
- Owens BM.Schuman NJ, *Compound composite odontoma in primary dentition--a case report*. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 1998 Dec, 16(4). 111-4
- Piatelli M.Paolantonio M, *An unusual treatment with sagittal split osteotomy: report of a case involving an odontoma*. Int J Adult Orthodon Orthognath Surg. 1999, 14(2) 163-6
- Oliveira J A Loyola A.M, *Clinicopathological studies of odontoma in 47 patients* J Oral Sci 1999 Dec, 41(4). 173-6.
- Haishima K.Noda T, *Progressive increase in bone mass and development of odontomas in aging osteopetrotic c-src-deficient mice*. Bone. 2000 Nov 1; 27(5): 603-

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIONES

En este trabajo sobre los modelos clínicos de las neoplasias odontogénicas se contemplo que son de las patologías exclusivas de la cavidad bucal de tal manera que es de vital importancia para los alumnos de nivel licenciatura el conocimiento de estas neoplasias, así como su manejo y tratamiento en su práctica privada o en la facultad.

Analizar, revisar, y evaluar los contenidos de esta tesina para poder ser utilizada como herramienta de trabajo para la enseñanza en la asignatura de patología bucal a nivel licenciatura.

Se considera que este trabajo de tesina podrá ser de utilidad posterior a su análisis, revisión y evaluación por las autoridades correspondientes a la asignatura de Patología Bucal de la Facultad de Odontología.

Este trabajo ha sido diseñado para tratar de resolver las limitantes que se presentan en el aprendizaje de estas neoplasias en Patología Bucal, mediante estos modelos se pretende que los alumnos a nivel licenciatura puedan substituir la falta de práctica clínica con modelos prediseñados de casos reales de estas patologías y desarrollar su capacidad para diagnosticar y conocer el tratamiento de estas neoplasias, así como las características más relevantes de cada una de ellas.

REFERENCIAS GENERALES

- Regezi J.A. *Patología Bucal* , Ed.McGraw-Hill Interamericana, México 2000
- Sapp J.P. *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*, Ed Harcourt, España 1998 (2)
- Lynch M.A. *Medicina Bucal* , Ed.McGraw Hill-Interamericana, Mexico 1996
- Regezi J A *Patología Bucal* , Ed.Interamericana, Mexico 1995
- Ceccotti L.E. *Clínica Estomatológica, Sida, Cáncer y Otras afecciones*, Ed.Médica Panamericana, Argentina 1993
- Shafer W.G *Tratado De Patología Bucal* , Ed.Intramericana, México 1986
- Eversole L R *Patología Bucal* , Ed Médica Panamericana, Argentina 1983
- Becker R *Patología De La Cavidad Bucal* , Ed. Salvat, España 1982
- Cabrini R.L. *Anatomía Patológica Bucal* , Ed.Mundi, Argentina 1980
- Borghelli R.F *Temas De Patología Bucal Clínica Tomo 2*, Ed.Mundi, Argentina 1979
- Gorlin, J R *Patología Ora*, Ed.Salvat, España 1973
- http://www.usc.edu/hsc/dental/opath/Chapters/Chapter11_Main.html
- http://www.arcmesa.com/pdf/odonttumors/odonttumors_toc.htm(3)
- <http://www.odont.ku.dk/lucas/overview.html> (4)
- <http://www.afip.org/homes/OMaxPath2/cccd9-99.htm>
- <http://www.ooo.dent.umich.edu/hanks/OP624Lab/20cli.htm>
- <http://www.ooo.dent.umich.edu/hanks/OP624Lab/20hi.htm>
- <http://www.ooo.dent.umich.edu/hanks/OP624Lab/history18.htm>
- <http://www.ooo.dent.umich.edu/hanks/OP624Lab/18cli.htm>
- <http://www.ooo.dent.umich.edu/hanks/OP624Lab/18hi.htm>
- <http://www.ooo.dent.umich.edu/hanks/OP624Lab/history17.htm>
- <http://www.ooo.dent.umich.edu/hanks/OP624Lab/17cli.htm>
- <http://www.ooo.dent.umich.edu/hanks/OP624Lab/17hi.htm>
- <http://www.uiowa.edu/~oprm/webcasc/win/case05/homofr.html>
- <http://www.facmed.unam.mx>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>