

24. 900

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

TUMORES ODONTOGENICOS

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

MARIA LOURDES RUIZ PUENTE

MEXICO, D. F.

1980



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TUMORES ODONTOGENICOS.

(Aspecto clínico, radiográfico, histopatológico
y terapéutico).

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- GENERALIDADES
- 3.- CLASIFICACION
- 4.- ODONTOMAS
- 5.- AMELOBLASTOMAS
- 6.- TUMORES ODONTOGENICOS MALIGNOS
- 7.- TUMORES ODONTOGENICOS RAROS
- 8.- CONCLUSIONES
- 9.- BIBLIOGRAFIA.

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

Los tumores Odontogénicos constituyen un grupo de patologías dentro del campo de la Odontostomatología.

Son importantes ya que todo Cirujano Dentista debe procurar tener los conocimientos básicos de esta lesión, para así -- diagnosticarlos a tiempo y remitir a nuestro paciente al especialista para que este lleve a cabo el tratamiento ideal.

La mayor parte de estas lesiones por ser asintomáticas - clínicamente y ser descubiertas mediante el examen radiográfico de rutina, el Odontólogo debe familiarizarse con esta característica.

Debido a la gran problemática que presentan estas lesiones en su diagnóstico, y el hecho de ser dictaminadas tiempo -- después de su inicio, en ocasiones años; es lo que me indujo -- a desarrollar este tema, en el cuál describo las características clínicas, radiográficas e histológicas, así como su tratamiento, esperando sea una buena ayuda para mis colegas en su -- práctica odontológica, y un beneficio para nuestros pacientes - en su salud.

G E N E R A L I D A D E S .

Los tumores Odontogénicos son un grupo de Neoplasias que se originan de la lámina dental o alguno de sus derivados.

En concordancia con las investigaciones recientes en la problemática de los Tumores Odontogénicos y de las lesiones de aspecto tumoral, existe consenso en clasificar separadamente a los Odontomas de los Ameloblastomas.

De los estudios e Investigaciones Clínicas e Histológicas infiere que los Odontomas no se consideran como verdaderas neoplasias, sino más bien como malformaciones del desarrollo -- de aspecto tumoral que afectan a los tejidos con potencial odontogénico, se prefiere dar el término de Hamartoma, reservando -- el de neoplasias para los ameloblastomas que si se comportan -- como verdaderas neoplasias de hueso de origen ectodérmico y deberán ser consideradas en su terapéutica quirúrgica como tumores benignos de origen epitelial, con atributos peculiares de crecimiento expansivo e invasor local con destrucción de estructuras óseas adyacentes.

Desde el punto de vista histológico ambas entidades morfológicas (ameloblastomas y odontomas) presentan características muy amplias y variadas, no existen diferencias en cuanto al comportamiento clínico de las variantes histológicas de estas neoplasias Odontogénicas.

Es por ello que el contexto de la terapéutica quirúrgica tiende a ser sensiblemente análoga en todos los casos de ameloblastomas, dependiendo del tamaño de la lesión y de su localización en las arcadas, más que del aspecto histológico de que se trata.

Los diversos tipos de Odontomas se tratan según sus manifestaciones clínicas prescindiendo de su aspecto microscópico.

C L A S I F I C A C I O N .

Se describe la clasificación de G. Shklar e Irving Meyer, ya que reúne las características de simplicidad y claridad, al mismo tiempo que nos otorga una vía didáctica comprensiva y concreta.

Esta clasificación reúne estas finalidades y por eso se incluye en este trabajo.

	SIMPLES	Esmaltoma (Perlas de Esmalte) Dentinoma Cementoma Fibromixoma Odontogénico- Fibroma Ameloblástico
	ODONTOMAS	Odontoma Compuesto complejo
	COMPUESTOS	Odontoma Compuesto combinado ó (Compositúm),
TUMORES ODONTOGENICOS.	AMELOBLASTOMAS	Ameloblastoma Mural. Ameloblastoma quístico simple Ameloblastoma Acantomatoso Adenoameloblastoma Melanoameloblastoma Hemangioameloblastoma Neuroma-Ameloblastoma
	TUMORES ODONTO- GENICOS MALIGNOS	Sarcoma Ameloblástico Carcinoma-Ameloblastoma Carcinoma con aspecto Adamantino.
		Ameloblastoma Granular
TUMORES ODONTOGENICOS RAROS.		Tumor epitelial Calcificante. (Tumor de Pindborg).

O D O N T O M A S.

El Odontoma es una neoplasia benigna compuesta de estructuras dentarias; se le considera un verdadero tumor mixto ya -- que su origen es tanto epitelial como mesenquimatoso.

Las células epiteliales y mesenquimatosas se llegan a diferenciar completamente, en el cuál los ameloblastos y odontoblastos forman esmalte y dentina que suelen ser depositados de forma anormal, ya que la morfodiferenciación de las células -- odontógenas no alcanzan un estado de organización normal.

Los Odontomas pueden ser simples ó compuestos. Se les -- considera simples cuando están constituidos de un solo tipo de tejido dental, ya sea esmalte, dentina, cemento, o tejido conectivo. Los compuestos suelen ser más grandes que los odontomas -- simples, suelen estar constituidos por varios tejidos dentales -- y generalmente se encuentran rodeados de masas quísticas, el -- diente correspondiente generalmente está ausente.

El Odontoma aparece durante la infancia y suele ser descubierto antes de la edad adulta, los tumores más pequeños pueden permanecer ocultos hasta que se descubren casualmente en su exámen radiográfico de rutina. Es más frecuente en la mandíbula, en la región de molares.

Su origen es desconocido aunque se sugirió al traumatismo ó infección local podría conducir al desarrollo de esta le--

ción.

Hitchin sugiere que los odontomas son heredados o se deben a un gen o interferencia mutante, posiblemente posnatal, con el control genético del desarrollo dental.

El cuadro clínico va a depender del tamaño y localización del tumor. El Odontoma relativamente pequeño situado en el interior del cuerpo mandibular no da sintomatología clínica ni subjetiva. Los de tamaño mayor se descubren clínicamente, pero en ocasiones su aspecto no se puede distinguir del de la mayoría de las neoplasias benignas centrales. Se presentan como abultamientos ó tumoraciones de superficie lisa, bien delimitados, de dureza ósea y asintomáticos.

Su agrandamiento a veces llega a expandir el hueso con la consiguiente asimetría facial. Muchas veces hay desplazamiento de dientes contiguos de su posición normal, la falta de un diente permanente en la mitad de la tumoración puede hacer pensar en un odontoma. Algunas veces estas neoplasias se desarrollan a partir de un diente definitivo y lo incorporan.

Radiográficamente se observa como una masa radiopaca densa de tamaño variable y de forma diversa. La radiopacidad total se compone de múltiples formaciones radiopacas individuales que forman una masa muy agrupada.

Se encuentran entre las raíces de los dientes, estas suelen reconocerse a pesar de su acortamiento, de su encorvamiento,

de sus ápices abiertos, aunque en ocasiones no pueden identificarse quedando ocultas a la vista por la superposición de coronas más densas.

Los dientes afectados son de tamaño pequeño, deformados y se pueden identificar sus tejidos.

La lesión esta delimitada por una línea radiotransparente que la circunda.

Dentro del aspecto histológico del Odontoma encontramos los tejidos dentarios de aspecto normal; la capa de tejido conectivo que rodea al odontoma es similar al folículo que rodea un diente normal.

El Tratamiento del odontoma es la eliminación quirúrgica, no se previenen recidivas.

Se aconseja que todo odontoma sea enviado a un patólogo bucal para examen microscópico.

O D O N T O M A S S I M P L E S

Los Odontomas Simples son aquellos que derivan de una so la capa germinativa.

ESMALTOMA

(Adamantinoma, Perlas de Esmalte)

Es una estructura pequeña, esférica y blanca semejante - a una gota, por lo que se le denomina "Perlas de Esmalte".

Se presenta como un pequeño glóbulo de esmalte que se -- origina de un grupo de ameloblastos desplazados.

Las Perlas de Esmalte según su estructura se dividen en tres tipos:

1.- Perla de Esmalte simple ó pura: Que consiste en un - pequeño hemisferio de esmalte. Probablemente tiene su origen en la diferenciación de células de la vaina radicular epitelial de Hertwig; en ameloblastos, los cuáles a su vez depositan esmalte.

2.- Perla de Esmalte con núcleo ó centro de dentina: Es - más rara, más hemisférica y más grande que el tipo simple. El - núcleo de dentina se extiende como un divertículo, no se sabe - si esto se deba al desplazamiento de Odontoblastos.

Los canaliculos de dentina del núcleo son frecuentemente continuos con la dentina de la raíz, su trayecto es bastante -- irregular, y el esmalte y dentina de la perla estan muchas ve-- ces insuficientemente mineralizadas.

3.- Perla de Esmalte con el componente dentina y pulpa:-

En ocasiones se llega a considerar como un pequeño diente accesorio que forma un complejo con molares ó premolares especialmente cuando no tiene raíz ó no se ha podido formar por el pandeo de la vaina radicular.

La perla adamantina se encuentra cerca de la bifurcación o trifurcación radicular. También se puede encontrar en la superficie radicular cerca de la unión amelocementaria.

Radiográficamente la lesión es pequeña y densamente radiopaca.

Es una lesión rara sin importancia clínica, solo ha sido descrita en molares y no requiere tratamiento.

DENTINOMA.

Es un tumor extremadamente raro de origen odontogénico-mesodérmico, compuesto por dentina y tejido conjuntivo.

Se produce principalmente en la mandíbula especialmente en la zona de molares, y con frecuencia asociado a un diente retenido. Se presenta en pacientes jóvenes y la edad promedio registrada fué de 26 años.

Se caracteriza por hinchazón con períodos variables de tiempo, dolor, perforación de la mucosa con la consiguiente infección.

La mayor parte se origina en zonas óseas centrales, cuan-

do se llega a desarrollar en encía, clínicamente aparece una zona focal de tejido hiperplástico.

Radiográficamente se presenta como una zona radiolúcida - en el hueso que contiene una masa radiopaca solitaria o muchas - masas radiopacas irregulares menores de material calcificado.

Histológicamente se compone de masas de dentina irregular. La presencia de epitelio odontogénico indiferenciado es característico.

El tratamiento del dentinoma es la extirpación quirúrgica. Se practica un colgajo, se labra una ventana en la cortical externa con fresas y cinceles, una vez exteriorizada la lesión se elimina mediante curetaje que deberá involucrar la cápsula fibrosa cuando esta este presente.

CEMENTOMA.

(Cementoblastoma, displasia fibrosa periapical, displasia cementaria periapical).

El cementoma es una proliferación de tejido conjuntivo, - benigno, de crecimiento lento que se origina en los elementos celulares de la membrana peridental.

La etiología de esta lesión es desconocida, se ha pensado que se produce como consecuencia de un traumatismo crónico leve, quizás de la oclusión traumática. Se han recogido datos los cuáles hacen pensar en una asociación con alguna enfermedad endócrina

na, pero las pruebas son solo circunstanciales.

Su iniciación puede ser consecuencia de una proliferación de las fibras principales del ligamento periodontal la -- cuál destruye la lámina dura y crece periapicalmente, reemplazando al hueso normal trabecular, que lo circunda por una masa de tejido fibroso, en cuyo interior se observa material calcificado, cemento ó hueso. La proliferación fibrosa resultante y la formación de tejido fibroso rodea al ápice del diente:

Esta lesión por su desarrollo fué dividida en tres estadios:

Primer Estadio u Osteolítico.- Es debido a la destrucción de hueso por la proliferación de las fibras peridentales. En este estadio el tumor puede pasar por un fibroma periapical siendo su aspecto radiográfico el de una lesión radiotransparente parecida a una patosis periapical. Aunque casi siempre los fibroblastos situados periapicalmente adquieren características cementoblásticas u osteoblásticas produciendo calcificación.

Segundo Estadio o Intermedio.- Llamado también cemento-blástico ó estadio formador de cemento. Esta fase calcificante es de forma lenta y puede durar muchos años hasta que se obtiene una calcificación casi completa.

Tercer Estadio ó Estadio maduro inactivo.- En el cuál la lesión fibrosa se ha convertido en una masa calcificada. El

tiempo durante el cuál tiene lugar esta transformación es de 3- a 10 años. En algunos casos puede no llegar a alcanzar este estadio debido a lo lento de su calcificación.

Clinicamente es asintomático, las mujeres se encuentran afectadas con mayor frecuencia que los hombres, la edad media - en la cuál se descubre la lesión es de 39 años, casi nunca se - observa por debajo de los 20 años de edad.

Es más frecuente en individuos de raza negra. Su localización es casi siempre en los dientes anteriores del maxilar -- inferior.

Muchas veces las lesiones son múltiples encontrándose -- afectados varios dientes del maxilar inferior. Su tamaño en la - mayoría de los casos es pequeño (1cm. ó menos de diámetro). Incluso en casos en que la lesión es extensa es raro ver asimetrías o deformaciones anatómicas del hueso afectado.

Cuando la lesión se encuentra localizada cerca del agujero mentoniano, lesionando el nervio mentoniano, produce dolor, - parestesia y hasta anestesia.

A causa de la ausencia de síntomas el diagnóstico casi - siempre se basa en el exámen radiográfico dental.

El aspecto radiográfico de la lesión va a depender de su estadio de desarrollo:

Primer Estadio ó de Fibroma.- Caracterizado por una radiotransparencia periapical continua con el ligamento periodon-

tal y fija al ápice del diente. Cuando son múltiples y están afectando las raíces vecinas se unen y dan lugar a grandes zonas radiotransparentes con contornos mal definidos. Este estadio se llega a confundir fácilmente con una patosis periapical.

Segundo Estadio ó Calcificante.- Se observan estructuras calcificadas de distinta densidad, forma y tamaño, en el interior de la lesión radiotransparente. Conforme aumenta la edad de la neoplasia se altera la proporción entre radiotransparencias y opacidades, aumentando gradualmente la zona calcificada y disminuyendo la radio transparente.

Tercer Estadio.- Se reconoce como una masa radiopaca -- bien definida que suele estar rodeada de una línea radiotransparente que representa al ligamento periodontal y que la separa del ápice del diente.

En el estadio inicial del desarrollo su aspecto microscópico está constituido por fibroblastos, colágeno y algunos vasos sanguíneos, presentando similitud con un ligamento periodontal joven en el ápice de un diente. Al progresar la enfermedad los fibroblastos pueden diferenciarse en cementoblastos u osteoblastos.

Es importante señalar que en el cementoma ó Displasia Cementaria Periapical, el diente siempre es vital.

El cementoma no requiere tratamiento definitivo, bastará con un control radiográfico una vez al año cuando la lesión

se ha diagnosticado. El diente afectado no requiere ni extracción ni tratamiento endodóntico.

Debido a la dificultad de diagnosticar radiográficamente esta lesión a veces se recurre a las pruebas de vitalidad pulpar para diferenciar un cementoma periapical de un granuloma.

FIBROMIXOMA ODONTOGENICO.

(Fibroma Odontogénico, Mixoma).

El Fibromixoma Odontogénico es una neoplasia benigna central característica de los maxilares; no se presenta en otros huesos del cuerpo ya que se forma a partir de los tejidos mesenquimatosos de origen dentario.

No hay pruebas absolutas de que su origen sea en el aparato odontógeno, pero parece ser lo más probable debido a la frecuencia de esta lesión en los maxilares, y su ausencia casi total en otro hueso del esqueleto.

Se produce con más frecuencia entre la segunda y tercera década de la vida, es raro que ocurra antes de los 10 años y después de los 50 años. No hay predilección de sexo. El tumor se localiza con mayor frecuencia en el maxilar inferior. Es de crecimiento lento, se han reportado casos de una duración de aproximadamente 5 años antes de su terapéutica.

Suele ser una lesión pequeña que puede alcanzar un tamaño hasta de 10 mm. de diámetro o más.

Cuando se llega a presentar una dilatación ósea intensa - produciendo una gran deformidad facial, es raro que haya dolor - intenso. Puede haber parestesia del labio en caso de que la lesión se encuentre invadiendo el conducto mandibular.

Radiográficamente es difícil su diagnóstico e imposible - su diferenciación con otras radiotransparencias de los maxilares pudiéndose confundir con un ameloblastoma.

Esta neoplasia presenta numerosas radiotransparencias de pequeño tamaño, algo redondeadas que se agrupan dando un aspecto de panal de abeja. En otras ocasiones aparece como una imagen, -- radiolúcida destructiva, expansiva, pseudomultilocular de la mandíbula ó del maxilar.

Puede presentarse desplazamiento de los dientes por la -- masa tumoral la resorción radicular no es frecuente.

En el maxilar inferior se localiza con igual frecuencia - en la rama y en el cuerpo; en la sínfisis mentoniana es poco frecuente.

Los tumores localizados en el maxilar superior invaden el antro encontrándose sus paredes dilatadas produciendo exoftálmicos. Las características de invasión local se sugieren por el aspecto radiográfico del tumor, ya que sus bordes periféricos suelen ser difusos e irregulares.

Macroscópicamente el tumor es blando presentando una superficie abombada de color blanco grisáceo.

Los datos histológicos comprenden un estroma mucoso intercelular en el interior del cuál hay células de forma de aguja ó de estrella, estas células poseen largas prolongaciones -- fibrilares que se entrelazan. El tumor esta intercalado con una cantidad variable de minúsculos capilares y algunas bandas de colágeno, a veces se encuentran nidos de epitelio odontógeno.

El Tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica.

El tumor se exterioriza reflejando un colgajo mucoperiódontico y creando una ventana en la cortical que permite la enucleación de la lesión; los tejidos blandos se colocan en su posición original y se suturan.

El índice de recidiva es elevado. Aunque es una neoplasia benigna, la invasión local es insidiosa lo cuál dificulta su completa eliminación.

FIBROMA AMELOBLASTICO.

El fibroma ameloblástico es una masa circunscrita de tejido conjuntivo fibromatoso ó mixomatoso con islotes de epitelio ameloblástico, como restos epiteliales sin mostrar actividad proliferativa.

Esta neoplasia odontogénica poco común se caracteriza -- por la proliferación simultánea tanto de tejido epitelial como mesenquimatoso sin formación de esmalte ni dentina. Se lo considera un tumor mixto verdadero.

Su aspecto clínico es muy parecido al del ameloblastoma simple llegando a confundir en su diagnóstico.

El fibroma ameloblástico es de crecimiento lento y menos agresivo que el ameloblastoma simple; no tiende a infiltrarse en las trabéculas óseas, se agranda por expansión gradual, de manera que la periferia de la lesión suele ser lisa.

Se presenta con más frecuencia en personas jóvenes, en promedio de los 14 años de edad, no hay predilección de sexo.

Su localización más frecuente es la zona de molares inferiores.

Por lo general no hay sintomatología, se descubre mediante el examen radiográfico. Cuando se llega a presentar hinchazón y dolor, induce al paciente a buscar atención odontológica.

Radiográficamente el fibroma ameloblástico se manifiesta como una lesión radiolúcida unilocular ó a veces multilocular de límites lisos y puede o no producir abultamiento evidente del hueso.

Los dientes vecinos pueden ser desplazados de su posición, pero mantienen su vitalidad.

Su aspecto microscópico es característico, la porción ectodérmica consiste en islas dispersas de células epiteliales, que pueden ser de tipo cuboide ó cilíndrico y tienen estrecha semejanza con el epitelio odontógeno primitivo.

Los filamentos de células epiteliales cuboideas suelen -

tener espesor de una ó dos capas y se parecen a la lámina dental. Las islas de epitelio son generalmente más pequeñas que las del ameloblastoma, pero pueden desarrollar un retículo estrellado.

El componente mesenquimatoso está compuesto de un tejido conectivo primitivo que suele llegar a presentar fibrillas entrelazadas, intercaladas con grandes células conectivas, muy parecidas a la pulpa dental.

El tratamiento del fibroma ameloblástico es la extirpación quirúrgica conservadora. Como el tumor no invade el hueso se puede separar con facilidad y rapidez. Presenta poca tendencia a recidivar.

ODONTOMAS COMPUESTOS.

Los Odontomas Compuestos son Malformaciones del desarrollo que se originan en tejidos con potencial odontogénico; se encuentran compuestos por varios tipos de tejidos dentarios, -- (esmalte, dentina, cemento y tejido pulpar).

Dentro de estos se reconocen dos entidades patológicas:-- Odontoma Compuesto Complejo y Odontoma Compuesto Combinado ó -- Compositúm.

ODONTOMA COMPUESTO COMPLEJO.

Es una masa irregular de tejidos dentarios calcificados, en el cuál su morfodiferenciación es escasa, y hay poca semejanza con la forma normal del diente.

Se presenta durante el desarrollo normal del diente; manifestando una degeneración de la lámina dental poco después de la formación de tejido duro.

Aunque están presentes todos los tejidos dentarios, no se forman dientes, ni estructuras de aspecto dentario en esta malformación, los tejidos dentarios no guardan entre sí ninguna relación.

Este tipo de tumor es poco común, se suele diagnosticar en la segunda y tercera década de la vida del paciente, no hay predilección de sexo, es benigno, y suele permanecer pequeño, aunque en raras ocasiones es gigante.

El 70% ocurre en la región de segundo y tercer molar, -- siendo más frecuente en el maxilar inferior.

La lesión suele estar rodeada de una pared quística pudiendo existir líquido quístico entre la pared del quiste y el cuerpo del odontoma compuesto.

Suelen ser asintomáticos y se detectan por exámenes dentales radiográficos corrientes.

Con bastante frecuencia el odontoma compuesto complejo se encuentra asociado con un diente sin erupcionar.

Su examen radiográfico es muy especial, suele parecerse poco o nada a la anatomía del diente; se presenta en forma de masas radiopacas uniformes rodeadas por una estrecha zona radiotransparente o bien como una zona ancha que rodea la corona de un diente bien desarrollado que no ha brotado, dando el aspecto de una calcificación en el interior de un quiste dentífero.

Microscópicamente se observa esmalte, matriz de esmalte, dentina, dentinoide, tejido pulpar y cemento, que presentan entre sí una relación variable. El tumor muchas veces está rodeado por una cápsula de tejido conjuntivo.

El tratamiento es la extirpación quirúrgica, la presencia de una cápsula de paredes gruesas facilita su enucleación.

ODONTOMA COMPUESTO COMBINADO O COMPOSITUM.

El Odontoma Compuesto Combinado es una tumoración que --

presenta un grado elevado de morfodiferenciación e histodiferenciación.

Es una lesión mayor que el odontoma complejo y se compone de gran número de dientes pequeños ó denticulos.

Se le llama compuesto cuando sus estructuras calcificadas presentan gran semejanza anatómica con los dientes normales, aunque estos son pequeños y deformados.

Esta lesión es más frecuente que el Odontoma Compuesto - Complejo.

Aproximadamente el 60% se diagnostican en la segunda y - tercera década de la vida. La gran mayoría de los casos ocurren en la región incisivo canina del maxilar superior.

La tumoración es benigna y pequeña. Los dientes afectados son de pequeño tamaño, deformados, pudiéndose identificar - el esmalte, dentina y pulpa. Las raíces son cortas, encorvadas. Frecuentemente estos tumores aparecen entre las raíces de los dientes anteriores deciduos, impidiendo la erupción de sus sucesores permanentes.

Son asintomáticos y se descubren mediante el exámen radiográfico dental de rutina.

Radiográficamente se observa como una zona radiopaca densa de tamaño variable, esta radiopacidad total se compone de -- múltiples formaciones radiopacas individuales que forman una masa agrupada. Estas formaciones individuales se identifican-

como dientes ó estructuras muy parecidas a dientes.

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

Microscópicamente presenta la composición normal del tejido dentario. Las estructuras dentales están rodeadas de tejido conectivo laxo y de líquido. A menudo la lesión se encuentra rodeada de una pared quística. El diente correspondiente de la zona está ausente.

El tratamiento consiste en la enucleación del tumor, para lo cual es necesaria una abertura y acceso amplio.

AMELOBLASTOMAS

(Adamantinoma, Quiste Multilocular).

El Ameloblastoma es una neoplasia verdadera del tipo del Órgano del esmalte, que no llega a diferenciarse a punto de formar esmalte.

Robinson lo describe como un tumor que por lo general es unicéntrico, no funcional, de crecimiento intermitente, anatómicamente benigno y clínicamente persistente.

El término de ameloblastoma fué sugerido por Churchill en 1934 reemplazando el término adamantinoma dado por Malazzes en 1885, ya que este último término implica la formación de tejido duro, y no hay tal tejido en esta lesión.

Es un tumor que produce invasión local, y viene a ser -- el más agresivo de los tumores odontogénicos de su grupo.

En muchos casos no llega a presentar las características metastizantes de las neoplasias malignas. Se ha informado de varios casos en que el tumor se ha diseminado a los pulmones, pero el que esto acontezca se debe a la implantación de tejido tumoral aspirado durante el acto quirúrgico, lo que demostraría una clara implicación de tipo iatrogénico en este fenómeno.

Se cree que los ameloblastomas tienen un origen variado, aunque se desconoce el estímulo que inicia el proceso. Se dice que se desarrollan a partir del epitelio que procede del ecto--

dermo del aparato odontogénico, es decir; lámina dental, esmalte, restos epiteliales de Malazzes y de la vaina epitelial de Hertwig. Se señala que un 30% de los casos de ameloblastomas -- procede de los restos epiteliales del interior de las paredes -- de los quistes odontogénicos neoplásicos y de los quistes primordiales. Los ameloblastomas se encuentran vinculados con un diente retenido ó quiste dentífero.

Su frecuencia es relativamente baja forma aproximadamente el 1% de los tumores y quistes de los maxilares.

El ameloblastoma simple es el tipo histológico más frecuente, se ve más en personas de treinta a cuarenta años, siendo la edad promedio de 33 años. No hay predilección de sexo, ni raza determinada.

El 85% de los casos se presentan en la mandíbula y el -- 70% de ellos en la zona de molares pudiendo abarcar la zona de la rama de la mandíbula. La mitad de los ameloblastomas que se desarrollan en la maxila también se localizan en la zona molar y gran número de ellas afectan al seno maxilar y al piso de la nariz.

El ameloblastoma comienza como una masa central y compacta de tejidos blandos, que destruye el hueso adyacente al aumentar de volúmen. Al crecer de tamaño experimenta degeneración y adopta la estructura quística.

La etapa inicial del ameloblastoma es indolora, pasa --

inadvertido y se descubre mediante el exámen radiográfico habitual. Son de crecimiento lento y pueden estar presentes algún tiempo antes de que el enfermo se de cuenta de su existencia. Al aumentar de volúmen presenta dolor y deformidad. Con poca frecuencia el tumor se rompe a través de la lámina cortical y expulsa el contenido líquido hacia la boca.

En los tumores de moderado tamaño el motivo de la consulta suele ser un agrandamiento doloroso. La exploración bucal -- mostrará una masa dura ósea, no dolorosa de tamaño variable que aumenta la superficie bucolingual de la mandíbula. La superficie de la masa suele ser lisa, de forma redonda y recubierta -- por una mucosa de color rosado normal. Los dientes de la zona -- afectada suelen estar móviles ó mal alineados.

En caso de enfermedad avanzada el paciente presenta gran asimetría, a veces dolorosa; al hacer interrogatorio nos relata una historia de crecimiento lento continuo, desde hace varios años. La masa puede ser de varios centímetros de tamaño y ocupa un espacio considerable en la boca alterando sus funciones. La superficie suele ser lobulada y la mucosa puede ulcerarse.

Los tumores mayores son dolorosos a la palpación debido a la presión que ejercen sobre los troncos nerviosos, pueden -- ser crepitantes ó de dureza ósea dependiendo de la cantidad de degeneración quística de su interior. En los enfermos en que el canal mandibular se ha invadido pueden presentar parestesias --

del labio, y los dientes del cuadrante afectado responderán negativamente a la prueba vitalométrica.

Cuando se presenta pérdida extensa de la cortical ósea - pueden presentar fracturas patológicas que puede seguirse de - Osteomielitis secundaria que complica el proceso.

Las características radiográficas del ameloblastoma simple son muy variables, dependen de la duración, localización y extensión de la degeneración quística que haya ocurrido en el interior de la masa tumoral.

Su aspecto es el de una zona destructiva osteolítica multilocular, pero también es frecuente encontrar una imagen unilocular que se llega a observar como una radiotransparencia de tamaño variable, redonda u ovalada central.

Aquellos que se desarrollan a partir de quistes primordiales se suelen localizar en aquellas regiones en las que falta una pieza dentaria, o puede rodear la corona de un diente existente.

En los primeros estadios las trabéculas y los espacios medulares están reemplazados por el tumor expansivo y no hay señales de destrucción de la cortical ósea.

Si la lesión aumenta de tamaño y hay degeneración quística extensa, se presenta como una radiotransparencia multilocular de forma irregular. Cada departamento esta parcialmente separado por tabiques óseos delgados, de diversos grados de densi

dad, dando un aspecto de panal. El borde periférico esta bien limitado; en ocasiones es difuso, mal definido, lo que nos hace pensar en una neoplasia más invasora, más sólida.

En los casos de enfermedad avanzada hay un extenso adelgazamiento y expansión de las láminas corticales. Es raro que erosione más allá del periostio.

La extensión clínica y radiográfica de la lesión es engañosa, ya que la invasión ósea es mucho mayor que la que señalan los límites aparentes del tumor.

Histológicamente consiste en una masa de bandas anchas entrelazadas e islotes de células epiteliales tumorales en un estroma de tejido conectivo moderadamente celular. La porción central de estas formaciones consiste en células asteriformes semejantes al retículo estrellado del órgano del esmalte. La periferia se compone de una hilera de células cilíndricas ó cubicas que se asemejan a ameloblastos (sin formación de esmalte), - La degeneración quística de las células epiteliales y del estroma origina espacios quísticos microscópicos en la masa tumoral; la fusión de estos espacios quísticos produce la formación de cavidades, de manera que la neoplasia se torna quística. Puede haber cápsulas de tejido conectivo ó puede no haberla.

A causa de su extensión localizada y de su poder invasor, el tratamiento ideal es la extirpación quirúrgica, sacrificando una cantidad de tejido óseo sano, extendiéndose más allá de la-

dimensión radiográfica del tumor.

El ameloblastoma simple es un tumor persistente y se señalan recidivas hasta en un 35%.

En las lesiones muy grandes en las que se crea que la recidiva es inevitable, la operación debe de ser conservadora, tratando las lesiones como se van presentando.

Se recomienda que los tejidos extirpados se manden a estudio histopatológico.

En algunas variedades de ameloblastomas solamente se manifiestan pequeñas características, ya que su poca frecuencia nos permite un conocimiento más amplio de los mismos.

AMELOBLASTOMA MURAL.

Es una variedad de ameloblastoma que se cree que surge de la pared de un quiste dentífero, que se llega a extender hacia arriba hasta la mucosa que presenta nidos de ameloblastoma.

Se desarrolla con más frecuencia en la mandíbula; por lo general la rama se encuentra involucrada, se presenta en pacientes jóvenes y no hay predilección de sexo ni raza.

Radiográficamente se observa un área radiolúcida, de márgenes lisos y sin cortical.

Su tratamiento es la eliminación quirúrgica conservadora y curetaje. Hay tendencia a que la lesión recurra, y se llega a la conclusión de que si la lesión recurre se haga la resección en bloque con un margen adecuado de hueso sano.

AMELOBLASTOMA QUISTICO SIMPLE

El ameloblastoma quístico se refiere con frecuencia a las lesiones avanzadas que producen expansión del maxilar y adelgazamiento de la lámina cortical.

Histológicamente el retículo estrellado del interior de las estructuras insulares degenera y es reemplazado por líqui-

do, produciéndose un quiste que va aumentando de tamaño a medida que crece la cantidad de líquido. De esta manera se pueden producir múltiples quistes microscópicos que en ocasiones aumentan el aspecto globular o quístico del ameloblastoma.

AMELOBLASTOMA ACANTOMATOSO

Es una tumoración rara que se presenta entre la tercera y cuarta década de la vida. Su localización más frecuente es en el maxilar superior con preferencia a la región canina.

Es un tipo de lesión que no tiende a recidivar. Se cree que si se llega a abandonar sin tratamiento puede llegar a convertirse en un carcinoma de células escamosas invasoras.

Generalmente se encuentra asociado a un diente no erupcionado, el cuál puede llegar a confundirse con un quiste dentigero por su similitud radiográfica.

Histológicamente se llega a presentar una transición del epitelio odontogénico altamente diferenciado hacia células escamosas menos diferenciadas. Hay tendencia a que las células que ocupan la posición del retículo estrellado sufran metaplasia -- transformándose en epitelio escamoso estratificado a menudo con áreas de queratina.

El tratamiento más indicado es la eliminación quirúrgica.

ADENOAMELOBLASTOMA.

(Tumor adenomatoide odontógeno ó tumor adenomatoide ameloblástico).

El adenoameloblastoma es una variante histológica rara - del ameloblastoma, caracterizada por la formación de estructuras ductiformes originada en el componente epitelial de la neoplasia.

El origen de este tumor es desconocido aunque se sugieren varias posibilidades; Shear, opinó que el tumor tenía su origen en el epitelio odontogénico antes de la histodiferenciación; Bhaskar concebía al tumor odontogénico adenomatoide como un quiste folicular con proliferación intraquistica, derivado probablemente del epitelio exterior del esmalte; Spouge sugirió que deriva del epitelio interior del esmalte siendo fundamentalmente un preameloblastoma. Por otra parte la asociación del tumor con dientes incluidos bien formados hace pensar en un posible origen a partir del epitelio reducido del esmalte que rodea a la corona o del epitelio que reviste a la cavidad quística.

Es reportado en pacientes cuyas edades comprenden entre los 5 y 48 años, presentándose la mayor parte de los casos en la segunda década. Es algo más frecuente en las mujeres que en los hombres, y no hay predilección por la raza.

Aproximadamente en el 74% de los casos los tumores tienen relación con un diente retenido y en las dos terceras partes --

de los casos el diente retenido es un canino. Su tamaño oscila entre 1.5 y 3.0 cm., aunque se han llegado a registrar lesiones grandes superiores a los 7 cm.

La lesión es de crecimiento lento y expansivo, produciendo hinchazón, suele ser asintomática.

Las lesiones pequeñas suelen descubrirse casualmente mediante las exploraciones radiográficas, por lo general, el enfermo no conoce su existencia.

Radiográficamente se observa una zona radiotransparente-única, homogénea de tamaño variable, puede encontrarse en lugar de un diente o junto a un diente que no ha brotado. Sus bordes pueden estar bien limitados, pero esto no es constante,

En las lesiones mayores hay expansión de la cortical pero esta no llega a perforarse. Se encuentran zonas de calcificación dentro del tumor.

Es un tumor no tan infiltrativo como el ameloblastoma -- simple; lo que parece ser el límite radiográfico del tumor, suele ser la representación exacta de la extensión de la lesión.

Es frecuente la separación de las raíces ó desplazamiento de dientes adyacentes; la resorción es rara.

Histológicamente el tumor adenomatoide odontógeno se compone de células epiteliales con un estroma escaso de tejido conectivo. Estas células con frecuencia son poliedricas ó fusiformes, se disponen en nidos o cordones de células de una variedad

definida, ya sea cilíndrica ó cuboide, ordenadas en forma ducti forme.

En la luz de estas estructuras en forma de conducto se puede observar material hialino ó fibrilar eosinófilo, probablemente secretado por las células preameloblastiformes.

Por todas partes del tumor se observan focos de calcificación, que llegan a ser interpretados como intentos de formación adamantina, dentinal, y hasta cementaria, Invariablemente la lesión se encuentra encapsulada.

El tumor es tratado mediante la eliminación quirúrgica - conservadora, y no se han informado casos de recidiva.

MELANOAMELOBLASTOMA.

(Tumor neuroectodérmico melanótico del lactante, ameloblastoma pigmentado).

El melanoameloblastoma es una variedad rara de ameloblastoma, cuya etiología sigue siendo una controversia en la actualidad. Se cree que su origen no sea odontogénico.

Actualmente se indica que el tumor se origina en la cresta neural, y el término de Tumor neuroectodérmico melanótico del lactante, es el más aceptado (Borello y Gorlin).

En relación a su origen, se han propuesto dos teorías:

- 1.- Que procede de la porción pigmentada de la retina -- (por esto reciben el nombre de retinales) ó 2.- que se desarro-

llan a partir de los vestigios del órgano vomeriano nasal (de - Jacobson) que es un órgano olfatorio de los animales inferiores.

La lesión se produce en pacientes de menos de un año de edad, y más de la mitad antes de los 6 meses, es más frecuente en las mujeres; las dos terceras partes de los casos publicados (53 casos por Borello y Gorlin) se presentan en la región anterior del maxilar superior, algunos se han llegado a observar en la mandíbula y cráneo.

Son lesiones de crecimiento rápido, no ulceradas pigmentadas intensamente.

Una característica clínica que lo diferencia de los - - otros ameloblastomas es la ausencia de recidivas. En dos casos reportados se presentó recidiva después de dos años, pero fué - debido a una extirpación incompleta de la tumoración.

Radiográficamente presenta las características de una -- neoplasia invasora, con adelgazamiento y expansión de la cortical.

Los dientes y gérmenes dentarios, suelen estar desplazados.

Histológicamente es una masa tumoral no encapsulada, infiltrativa, de células dispuestas en espacios de tipo alveolar, tapizados por células cuboideas, muchas de las cuáles tienen -- un pigmento melánico. Las partes centrales de los espacios alveolares células redondas pequeñas con poco citoplasma y núcleos

intensamente teñidos. Este tumor se encuentra íntimamente relacionado con los melanoblastos de ahí su coloración pigmentada - de color negro ó marrón.

El tratamiento de elección es la eliminación quirúrgica-conservadora y el legrado.

HEMANGIOAMELOBLASTOMA

El hemangioma amelobástico es una lesión rara que se describe como un tumor mixto compuesto de un ameloblastoma y un hemangioma que coinciden en su formación.

El hemangioma es un tumor común que se caracteriza por - la proliferación de vasos sanguíneos. Suele ser de naturaleza - congénita, benigno; se considera que su forma congénita es una - malformación del desarrollo ó Hamartoma, es decir una prolifera - ción anormal de tejido de estructuras naturales de la zona.

Los lugares más habituales de su aparición son labios, - lengua, mucosa vestibular y paladar. Se han llegado a observar - casos de hemangiomas en los maxilares y se comprueba que más -- del 50% de los casos se producen en las dos primeras décadas de - la vida y la mayor parte de las lesiones se encuentran en la -- mandíbula. En esta zona la lesión se presenta con destrucción - de hueso de tamaño y aspecto variable, que sugiere la presencia - de un quiste.

Se describió este punto ya que se considera que el heman

gioma ameloblástico constituye un tumor de tipo antagónico en el cuál dos neoplasias distintas proliferan en la misma zona, y los elementos celulares se entremezclan.

En el hemangioma ameloblástico no hay predilección de sexo y se presenta entre la segunda y cuarta década de la vida.

Histológicamente el estroma del ameloblastoma se compone de tejido conjuntivo fibroso maduro con una vascularización abundante. Los vasos capilares son voluminosos y abundantes con paredes delgadas y bien desarrolladas. El tejido conjuntivo y epitelial es escaso y se encuentran apretados. Los vasos no son neoplásicos.

El tratamiento de elección es la eliminación quirúrgica-completa. La recidiva es mínima.

NEUROMA-AMELOBLASTOMA.

(Neurinoma Ameloblástico)

Se opina que esta lesión no debe ser considerada como un tumor odontogénico mixto, ya que se cree que se deba a la presencia de un neuroma traumático ó por amputación que se desarrolla en conjunto con un ameloblastoma recidivante.

El neuroma traumático o neuroma de amputación es una proliferación localizada y excesiva de la terminación de un nervio lesionado.

El neuroma representa un intento por parte de los ner-

vios y células neurilémicas de establecer la inervación existente antes del traumatismo. Se produce en sitios de lesiones previas, irritaciones crónicas o procedimientos quirúrgicos.

El cuerpo de la mandíbula es su localización más frecuente; aunque también se encuentra en los tejidos blandos del paladar o en los que recubren las superficies bucales de los maxilares o en la lengua.

Histológicamente se compone de una masa de neurofibrillas y células de Schwann en una matriz de tejido conjuntivo.

En neurinoma ameloblástico se encuentra localizado en la parte anterior de la rama ascendente de la mandíbula y totalmente en tejido blando.

El tratamiento es la extirpación quirúrgica conservadora ya que no tiende a infiltrarse activamente en el hueso; presenta poca tendencia a recidivar.

El breve párrafo de neuroma traumático se realizó con el único fin de una mayor comprensión de la lesión en conjunto.

TUMORES ODONTOGENICOS MALIGNOS.

Los tumores odontogénicos malignos figuran entre las neoplasias más raras de las arcadas.

En ocasiones se ha llegado a confundir y se ha tenido el concepto de que el ameloblastoma pudiera ser una lesión maligna, con potencial de extensión metastásica.

El ameloblastoma es un tumor definitivamente benigno y no produce metástasis aunque si invade o penetra en el hueso vecino. Cuando parece que el ameloblastoma ha producido metástasis, y si se estudia cuidadosamente el tumor, se descubre que generalmente se trata de un carcinoma con aspecto de ameloblastoma ó bien un carcinoma que se ha desarrollado junto a un ameloblastoma. En este caso el que metastiza es el carcinoma, más no el ameloblastoma.

SARCOMA AMELOBLASTICO

Es un tumor maligno verdadero de tipo Odontogénico.

El sarcoma ameloblástico es la contraparte maligna del fibroma ameloblástico, en el cuál el elemento mesenquimatoso se ha tornado maligno.

El tumor es raro, se presenta en adultos jóvenes, la edad promedio es de 30 años, no hay predilección de sexo.

Se presenta con mayor frecuencia en la mandíbula que en el maxilar. Es doloroso uniformemente, crece con rapidez causan

39 TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

do destrucción ósea con aflojamiento de los dientes. En la mayoría de los casos hay tumefacción, que fué precedida por dolor. - Este dato diagnóstico es importante, ya que diferencia a este tumor de la mayoría de los demás tumores odontogénicos.

El dolor puede ser la causa de un diagnóstico erróneo en el cuál se extrae el diente con la posterior manifestación del tumor en la cavidad. Se ha reportado la presencia de ulceraciones y hemorragias en la mucosa que lo cubra.

Radiográficamente se observa una gran destrucción ósea -- con margenes irregulares y mal definidos, expansión voluminosa y adelgazamiento de la tabla ósea.

Cuando la lesión se llega a presentar en maxilar puede estar atacado el antro.

Histológicamente se compone de un fibrosarcoma con islotes esparcidos de epitelio ameloblástico.

Gran parte de estos casos se originan por la transformación maligna de un fibroma ameloblástico benigno preexistente.

En ocasiones la cantidad de epitelio odontógeno disminuye como resultado de la proliferación de la porción mesenquimatosa-maligna; que presenta un notable aumento de la celularidad que consiste en células poliédricas y fusiformes con núcleos hiper-- cromáticos confirmando el diagnóstico de fibrosarcoma.

CARCINOMA Y AMELOBLASTOMA

Es un tipo de ameloblastoma en el cual ha habido una -- transformación maligna histológica del componente epitelial y -- en el cuál el tumor se ha comportado de una manera maligna de -- tal modo que las lesiones metastásicas no se asemejan al tumor -- odontógeno primario, sino más bien a un carcinoma menos diferen- ciado.

Esta lesión se puede encontrar en las partes de los gran- des conductos quísticos. Inicialmente se cree que el ameloblasto ma ha metastizado ó se ha transformado en un carcinoma. La inter pretación de lesiones coexistentes es satisfactoria, ya que di- cho estado se compara a los tumores de células basales y el car- cinoma epidermoide de la piel, llamado carcinoma basoescamoso.

CARCINOMA CON ASPECTO ADAMANTINO.

Es una lesión rara, normalmente se origina en la glándula parótida ó submaxilar que metastiza a la mandíbula, dando la apa riencia de un ameloblastoma maligno.

Histológicamente se trata de un adenocarcinoma con zonas- compuestas de islotes de epitelio con apariencia de tejido odon- togénico.

En general el tratamiento de los tumores odontogénicos -- malignos debe ser radical, que consiste en la resección de la -- arcada afectada y de los tejidos adyacentes, incluyendo los blan

dos.

Muchas veces el tratamiento de elección es la disección - radical del cuello en conjunto con la arcada. La recidiva es pre visible y el diagnóstico es malo.

TUMORES ODONTOGENICOS RAROS

Dentro de los tumores odontogénicos raros encontramos -- dos tipos: Ameloblastoma Granular, y Tumor Epitelial Calcificante de Pindborg.

AMELOBLASTOMA GRANULAR

En el ameloblastoma granular hay una marcada transformación del citoplasma de células tumorales epiteliales de manera que estas adquieren un aspecto granular grueso. Estas células son grandes, cuboideas ó cilíndricas y sus gránulos son bastante eosinófilos.

Las células en ocasiones se asemejan al retículo estrellado y no células de tipo de ameloblastoma las que toman el aspecto granular.

Una cantidad de casos de ameloblastoma de tipo granular dan metástasis.

TUMOR EPITELIAL CALCIFICANTE

(Tumor de Pindborg).

El tumor de Pindborg, es una neoplasia epitelial caracterizada por la presencia de una substancia protéica muy parecida al amiloide, en las estructuras intraepiteliales.

Es asintomático, invasivo y localmente recidivante, comportándose como un ameloblastoma. A medida que el tumor crece --

dilata las estructuras óseas circundantes provocando hinchazón.

Se presenta con mayor frecuencia en pacientes de edad mediana, siendo los límites entre los 12 y 78 años, la edad promedio es de 42 años de edad. No hay predilección de sexo.

La mayor parte de los casos han aparecido en la zona de premolares y molares en el maxilar inferior. Se encuentra asociado a un diente no erupcionado.

El tumor se presenta en las zonas centrales de hueso aunque se ha comunicado la aparición de tumores extraóseos o de tejido blando que se localizan principalmente en la encía.

El aspecto radiográfico se presenta generalmente como una combinación de radiotransparencia y radiopacidad con pequeñas trabéculas óseas irregulares dispersas por todo el tumor. La periferia de la lesión esta representada por una zona radiolúcida que puede ó no estar claramente demarcado el contorno óseo normal.

Microscópicamente el tumor consiste en pequeñas láminas de células epiteliales grandes, poliédricas separadas por un escaso estroma de tejido conjuntivo.

Las células tienen un borde bien delimitado con citoplasma eosinófilo y homogéneo. El núcleo es vesicular con nucleólos bien definidos, pero puede ser hiper cromático, siendo común la multinucleación. Es frecuente la presencia de puentes intercelulares notables.

Un rasgo microscópico característico es la presencia de substancia amiloide; en ocasiones se forma en zonas intercelulares y después sale hasta el comportamiento extracelular, esto - posiblemente ocurre como consecuencia de la degeneración celular.

Es importante señalar las propiedades tintoriales que tiene la substancia amiloide para tefirse con técnicas especiales de fluorescencia como la Tioflavina T.

Se cree que la substancia amiloide es un producto degenerativo de las células epiteliales neoplásicas. Otra característica de este tumor es que presenta calcificación, a veces en -- grandes cantidades y con frecuencia en forma de anillos de Liesegang, esta calcificación se produce en los glóbulos de amiloide.

Presenta caracteres invasores, y una gran tendencia a recidivar.

Esta indicado realizar extirpación en bloque, que debe comprender un margen adecuado de tejido óseo no afectado.

CONCLUSIONES

Los tumores Odontogénicos, patologías importantes de la Odontoestomatología son consideradas neoplasias benignas a pesar de su caracter expansivo e invasor, como son los ameloblastomas.

Son de crecimiento lento, generalmente asintomáticos, -- produciendo inflamación a largo plazo.

No son lesiones que presenten un diagnóstico meramente clínico, debemos basarnos en estudios radiológicos e histológicos.

Debemos procurar tener siempre presente las características radiográficas de estas lesiones para todo diagnóstico inicial, ya que gran parte de estas lesiones son descubiertas mediante el exámen de rutina.

Desde el punto de vista histológico todas estas lesiones presentan características que las diferencian unas de otras y -- por lo cuál se aconseja que el Cirujano Bucal mande a estudio histopatológico el espécimen extraído durante la cirugía; dato que nos dará el diagnóstico definitivo de la lesión.

El tratamiento de elección es la eliminación quirúrgica de la lesión: en los casos en que se prevén recidivas, se aconseja la eliminación de tejido óseo sano en conjunto con la lesión.

Se recomienda a todos los Cirujanos Dentistas que pro--

fundicen más sus conocimientos sobre estas patologías, para que en el momento de ser descubiertas nuestros pacientes cuenten con la ayuda Odontológica adecuada.

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

- 1.- Archer, Harry. CIRUGIA BUCAL. Atlas paso por paso de Técnicas Quirúrgicas. Tomo I, Ed. Mundo, 2a. Edición Buenos Aires, Argentina. 1978.
- 2.- Bernier, J.L. TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES ORALES. Bibliografica Omeba, 2a. Edición. Buenos Aires, Argentina. -- 1962.
- 3.- Guralnick, Walter C. TRATADO DE CIRUGIA ORAL. Ed. Salvat -- Editores S.A., Barcelona, España. 1971.
- 4.- Lauren V. Ackerman, Surgical Pathology. TUMORES ODONTOGENICOS. Fifth Edition, St. Louis 1974. pp 158-177
- 5.- Ostria, Jaime L. y Portilla R. Javier. Drs. TUMORES ODONTOGENICOS. Aspecto clínico, radiográfico e histopatológico. Vol.- lll No. 12 Edición especial. Febrero 1976. Revista Fac.Odon tología México. pp.48, 51, 53,54, 57.
- 6.- Robbins, Stanley L. Dr., PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL. Ed. Interamericana, 1a. Edición. México, D.F. 1975
- 7.- Shafer, William G. Dr., TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL. Ed. Interamericana, 3a. Edición. México, D.F. 1977.
- 8.- Stuart D. Josell, Journal of the American Dental Association. DENTIGEROUS CYST WITH MURAL AMELOBLASTOMA. Vol. 99 -- No. 4 October 1979. pp. 634 - 636
- 9.- Thoma, PATOLOGIA ORAL. Salvat Editores, S.A., 3a. Edición. 1975.

- 10.- Tietcke, Richard W. FISIOPATOLOGIA BUCAL. Ed. Interamericana, 1a. Edición. México, D.F. 1960
- 11.- Zegarelli, Edward. DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL. Ed. Salvat Editores, S.A. Barcelona, España. 1978.