



24 332

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U.N.A.M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

NEOPLASIAS DE LA CAVIDAD ORAL
TUMORES ODONTOGENICOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
MARIA OZUNA CISNEROS

San Juan Iztacala, Edo. de México

1982



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.

<u>INDICE</u>	<u>No. DE HOJA</u>
PROLOGO	1
CAPITULO I.- CONDICIONES GENERALES DE LOS TUMORES ODONTOGENOS	3
CAPITULO II.- ORIGEN	6
CAPITULO III.- CLASIFICACION	13
CAPITULO IV.- METODOS DE EXPLORACION PARA EL DIAG NOSTICO DE LOS TUMORES	21
CAPITULO V.- TUMORES ODONTOGENOS DE ORIGEN ECTODERMICO	30
CAPITULO VI.- TUMORES ODONTOGENOS DE ORIGEN MESO DERMICO	44
CAPITULO VII.- TUMORES ODONTOGENOS DE ORIGEN MIXTO	53
CAPITULO VIII.- TRATAMIENTO QUIRURGICO	64
CONCLUSIONES	68
BIBLIOGRAFIA	70

P R O L O G O

El estudio de los tumores benignos y malignos de la cavidad oral y de las estructuras adyacentes es una fase importante de la odontología moderna ya que es tema de investigación -- constante.

Numerosos problemas graves, en los que está en juego la vida del paciente, se escapan -- con frecuencia si el diagnóstico no es consciente y tempranamente realizado.

Por eso pongo en conocimiento que el estudio y origen de los tumores de los maxilares -- son de vital importancia para conocer más a -- fondo que tipo de patología vamos a tratar.

Los tumores odontogénicos pueden producirse en cualquier momento durante la odontogénesis,

Aquellos que se generan durante la primera etapa de la evolución dentaria no contienen tejidos dentales calcificados, y por lo tanto se les denomina "Tumores blandos"

Cuando se forman durante la segunda etapa -- pueden contener dentina, esmalte o cemento -- solos o combinados y se les califica como "Lesiones duras",

Conciderados en conjunto , los tumores de origen dentario se desarrollan en cualquier edad, sexo o raza, a pesar de que cada tipo de proceso tiene un cuadro propio.

Los tumores odontogénicos se inician a expensas del germen dentario o de restos dejados por este germen en su evolución o involución, o del diente adulto, pero influido por las reliquias embriológicas que se pueden encontrar en los maxilares. Es necesario conocer a fondo la embriología dentaria, para explicarnos la génesis de los tumores odontogénicos.

Concidero que el Cirujano Dentista debe estar capacitado para hacer un estudio correcto de cualquier neoplasia de la cavidad oral y poder detectar el grado de benignidad o malignidad de una tumoración, y así poder brindar al paciente la mejor oportunidad de recuperar la salud.

Por tal motivo desarrollaré un estudio de las neoplasias odontogénicas, debido a que estas representan un índice importante de morbimortalidad en la población de México.

CAPITULO 1

CONSIDERACIONES GENERALES

Todos los tumores odontogénicos pueden formarse en cualquier lugar de los maxilares pero esto ocurre cerca de los dientes y en las líneas de sutura de la mandíbula y maxilares en desarrollo.

El término de tumores odontogénicos se usa generalmente para designar un grupo de neoformaciones tisulares provenientes de las estructuras que originan al diente.

El adjetivo " odontógeno " parecería implicar que estas lesiones son tumores productores de dientes , pero en muchas ocasiones no es ese el caso, algunos miembros de este grupo son neoplasmas verdaderos (neoformaciones incontroladas) mientras otras son lesiones blastomatoideas que generalmente son el resultado de un desarrollo defectuoso.

Es comprensible que muchos tumores odontógenos se encuentran en niños dado que la mayoría de estos tumores están relacionados por su origen con la formación dental y, por lo mismo aparecen especialmente en los periodos en que tiene lugar el desarrollo de los dientes.

Por otra parte pueden desarrollarse lesiones centrales que presentan caracteres clínicos radiográficos e histológicos diversos, pero de origen común en el tejido fibroóseo y ocurren también con pocas excepciones en otros huesos del cuerpo.

Sin embargo, los caracteres anatómicos y fisiológicos de los maxilares estimulan reacciones peculiares.

Los tumores benignos de los maxilares derivados de tejidos mesenquimatosos comprenden a los derivados de los componentes del hueso, el cartílago y otros tejidos conjuntivos como vasos sanguíneos y nervios.

Las investigaciones de BHASKAR y otros autores definen que un tumor benigno crece lentamente, está encapsulado se agranda por expansión periférica, empuja a las estructuras vecinas y no produce metástasis.

Mientras que un tumor maligno es todo lo contrario en virtud de su rápida extensión por infiltración en las estructuras vecinas y por el fenómeno de metástasis, ocasionando neoplasias secundarias en partes distantes del organismo que generalmente diseminan através de --

las corrientes linfática y sanguínea afectando primero las mamas , tiroides , riñón , pulmón-- sistema urogenital o tracto gastrointestinal-- clínicamente estas lesiones se caracterizan -- por un comienzo y crecimiento rápido , pero el diagnóstico se confirma solo mediante biopsia.

Un distinguido e ilustre médico Louis Charles Malassez , nacido en Meyers (Francia) a-- portó sus conclusiones al conocimiento de los-- tumores odontogénicos , sobre todo a su etiopa-- togenia , ofreciendo nuevos fundamentos , y -- complementando teorías , presentando nuevos ca-- sos y procurando abrir un claro de luz entre -- las teorías de etiopatogenia de los tumores de los maxilares.

En el año de 1875 Vernevil publico su tra-- bajo el titulo de tumeur congenitale polycystil que on donde describe el caso de un niño naci-- do muerto , el tumor estaba adherido al maxi-- lar inferior por un delgado pedículo.

Vernevil continuo con interozantes traba-- jos , en los que se insinúa un esbozo de teoríl as paradentarias con ciertas analogias a lo -- que mas tarde Malassez liga con brillante y -- bién fundadas conclusiones.

CAPITULO II

O R I G E N

HISTOGENESIS.-Aproximadamente en la sexta - semana de vida intrauterina se inicia la odonto- g_énisis.Un aumento del número de células epite- liales da comienzo a ese proceso , en forma si- multánea para todos los dientes primarios.Esa - iniciación es momentánea y origina un período - dilatado durante el cual las células del epite- lio bucal y del tejido conjuntivo adyacente ex- perimentan una proliferación, histodiferencia - ción, morfodiferenciación y finalmente, calcifi- cación (aposisión).

Cabe pensar que los fenómenos que llevan a- la calcificación (aposisión) representan la pri- mera etapa de desarrollo dental. Durante este - tiempo ninguna parte del diente mismo se ha for- mado y la diferenciación y alineamiento celular son las transformaciones más notables. Concluí- da la diferenciación celular y la ubicación de- las capas formativas, se inicia la segunda eta- pa de la odontogénesis, en ese momento van sien- do formados: dentina, esmalte y cemento según -- las formas trazadas por los límites premarcados de los tejidos odontógenos.

Cuando da comienzo la segunda etapa de la - odontogénesis, tanto los odontoblastos como los

ameloblastos han alcanzado la especialización necesaria para generar su producto matrizal. A tal fin los ameloblastos actúan como organizadores y suscitan la dentinogénesis en la capa odotoblástica. La aparición de la dentina, a su vez, ejerce una influencia especial sobre los ameloblastos con la resultante amelogénesis. La formación de ambos tejidos prosigue hasta formar un diente de la forma y tamaño adecuados.

La porción radicular del diente se cubre en su tercio superior con una capa de cemento primario producido por cementoblastos que se diferencian a partir del tejido conjuntivo perifolicular vecino. La conformación de la raíz se cumple principalmente por medio de la vaina de HERTWING. En una fecha posterior, se forma cemento celular secundario que cubre no sólo al primario si no también a la porción radicular remanente.

Los tumores de origen dentario son usualmente de carácter quístico y contienen elementos epiteliales, son relativamente benignos y su crecimiento es lento, tiende a presentarse en los adultos jóvenes. Están relacionados en su histogénesis al órgano del esmalte, el cual está derivado del ectodermo oral. Los dientes son derivados ectodérmicos enclaustrados en la sustancia

ósca de ambos maxilares. Estos tumores pueden-- producir expansiones quísticas centrales dentro de los maxilares y tienden a reicidivar si no - son extirpados en forma completa.

Algunos autores dicen que los tumores odon-
tógenos se producen en el curso de una odontogé-
nesis perturbada.

Así tenemos a Ries Centeno relata que en el
año de 1869 se agrupó a todos los tumores de o-
rigen dentario bajo la denominación de odonto-
mas sostiene la " teoría folicular de broca " -
que todos los tumores de origen dentario, son -
debidos a trastornos producidos sobre el germen
dentario, en épocas distintas de su desarrollo,
y que las diferencias que existen entre ellos,-
radican precisamente en esta variedad de épocas.

Malassez dirigió sus estudios en el sentido
de encontrar el origen de las formaciones epite-
liales y emprendió su labor experimentando en -
preparados de fetos, en maxilares de niños en-
el momento de la segunda dentición y en maxila-
res de adultos, con el objeto de comprobar si -
en estos últimos pudieron hallarse algunos ves-
tigios de masas epiteliales, origen presunto de
las tumoraciones de los maxilares.

Después de laboriosas búsquedas, Malassez - encontró alrededor en las vecindades de los órganos dentarios, masas epiteliales que , aún - cuando no presentaban características histológicas, bien marcadas, no perdieron, en su espíritu de observador, el interés que realmente tienen.

A estos restos epiteliales les dió el nombre de restos epiteliales paradentarios, restos paradentarios o parodontarium. Fundando Malassez su teoría de la etiopatogenia de los tumores de los maxilares, en estos restos.

En 1874 Malassez presenta a la "Societe de Biología" los primeros frutos de sus investigaciones y en 1885 en "Archives de Physiologie" publicó los fundamentos de sus trabajos que resultan la sólida base para explicar la producción de todas las tumoraciones de los maxilares.

Según Huitchinson los odontomas se derivan de las células que toman parte en el desarrollo embrionario del diente. Con excepción de los ameloblastomas, que se deben a alguna aberración morfológica del desarrollo, o son de origen inflamatorio.

Suelen estar incluidas algunas clasifica--

cionesen los estudios de las neoplasias lo que indica su aceptación general dentro del grupo de los tumores.

Broca hizo su primera clasificación en -- 1867. El basó su clasificación sobre el estado o período del desarrollo del diente sobre el cual se empezaba a desarrollar anormalmente el tumor .

En 1887 Bland y Suttén. Proporcionaron una clasificación basada en la naturaleza de las células particulares del germen dentario a partir del cual se desarrolla el tumor .

La clasificación de Thoma y Goldman publicada en 1946 dividía a los tumores odontogénicos en derivados del ectodermo, mesodermo, y de origen mixto.

Los tumores de origen "ectodérmico" son aquellos tumores que provienen cuando existe alguna anomalía en los tejidos, que se originan de la hoja germinativa ectodérmica.

Como por ejemplo tenemos órgano del esmalte, restos epiteliales, epitelio sensorial de los órganos de los sentidos etc.

Tumores de origen "mesodérmico" se originan cuando hay anomalía en las células me-

sodérmicas estas células se convierten en:

a).- Fibroblastos; que dan origen fibras re-
ticulares, colágena y elástica.

b).-Condroblastos; forma tejido cartilajino-
so.

c).-Osteoblastos; que guarda relación con -
la osteogénesis.

Los tumores de origen "mixto": en esta cla-
se de tumores se encontrará tejido epitelial y
tejido mesenquimatoso entonces se dice que es -
un tumor "mixto".

Desde un punto de vista panorámico, todos -
los tumores odontogénicos tienen numerosas ana-
logías, "no siendo más que formas anatómicas --
muy poco diferenciadas dependiendo de un proce-
so patológico idéntico". Por tanto, tumores que
parecerían a simple vista tan distintos y anta-
gónicos, como los ameloblastomas y odontomas, -
por ejemplo, no son más que dos períodos de la-
evolución de los tumores mixtos de origen denta-
rio o paradentario.

Se deben considerar como tumores odontogéni-
cos ,ODONTOMAS Y AMELOBLASTOMAS.

UN ODONTOMA; por sus características especí-
ficas no se consideran como neoplasias puras, -
si no que son lesiones de aspecto tumoral, mal-

formaciones de desarrollo que afectan a los tejidos formadores de dientes, o sea a tejidos con potencial odontogénico.

AMELOBLASTOMA.- Un ameloblastoma es una neoplasia epitelial benigna de origen odontogénico. No da metastasis y tiene gran capacidad de infiltración, y de destrucción local.

Está formado por islotes de tejido epitelial ameloblastico rodeado de una matriz o estroma de tejido conjuntivo.

CAPITULO III

CLASIFICACION

Clasificar los tumores odontogénicos ha sido la preocupación de todos los autores que abordaron el tema; de ahí las innumerables clasificaciones; sería tarea engorrosa y pesada reproducirlas. Solo lo haremos con algunas, -- que consideramos más en consonancia con la realidad, a pesar de que Leriche y Cotte, Coryllos y las múltiples escuelas, propagan -- clasificaciones o nomenclaturas diferentes.

Ombrédane en el año de 1909 resume su nomenclatura en el cuadro siguiente, con el cual la clasificación que aceptamos tiene muchos puntos de contacto:

TUMORES

- 1).-Sólidos formados de tejido embrionario del esmalte. formados de tejidos adultos del diente odontoma.
- Odontoma.
- Anexos a un diente erupcionado.
- Parodontoma.

2).-Líquidos adamantoma

Quiste adamantino. Quiste dentí-
gero . Quiste paradentario.

Bercher en 1935 en su libro *patologie Dentaire* propone la clasificación siguiente, aceptada por la escuela frances y entre otros-
autores por Friez P. y Houpert L.

I.- Tumores inflamatorios e hiperplásicos.

1.- Tumores a predominio epitelial.

Granulomas y su derivado , el quiste radi-
culo dentario.

Granuloma marginal posterior del tercer -
molar.

Quiste corodentario .

2.- Tumores a predominio conjuntivo.

Tumores yuxtadentarios : los épulis.

Tumores peridentarios : hiper cementosis.

Tumores intradentarios: pólipos pulpaes.

II.-Disembrioplasias

1.- Benignos.

a).-A predominio epitelial.

Embriones neoplásicos : epiteliomas-
adamantinos.

b).-A predominio conjuntivo .

Embriones puros: odontoma, odontoplas

Esta clasificación tiene algunos puntos - de contacto con la de Ombrédanne; la encontra mos muy cerca de la realidad clínica y tiene un fundamento embriológico seductor. No es -- absoluta ni perfecta, ya que hemos encontrado algunos tumores (muy raras veces) que violan la armonía de esta clasificación. Nuevos estu dios , nuevas investigaciones y el tiempo, -- abrirán nuevos horizontes en la dilucidación de este apasionante problema, mientras tanto no está dicha la última palabra.

Divide a los tumores odontogénicos en -- dos grandes capítulos :

a).- TUMORES CONGENITOS

b).- TUMORES ADQUIRIDOS

(con la aceptación de que el término congénito tiene una patología dentaria)

Los tumores congénitos los consideramos -- según el periodo embriológico en que se ini -- cian; de tal periodo toman las característiea cas histológicas y clínicas; ejem: Tumores -- del periodo odontoplástico (tumores duros, cal cificados total o parcialmente),

Todos estos procesos adquieren dos formas
1).- Sólidos constituidos por una sola masa - tumoral,

2) Líquidos formados por una bolsa conjuntiva-epitelial con un líquido de distintos aspectos en su interior.

Congénitos	embrionplásticos	Adamantinomas
	(tumores blandos)	que pueden ser.
		Sólidos quísti-
		cos.

Tumores de	Odontoplásticos	Sólidos-odontó-
origen den-	(duros total o	mas.
tario.	parcialmente)	Quísticos-Quis-
		tes dentígeros.

Adquiridos - Quistes paradentarios.

El conocimiento más profundo de las relaciones biológicas de los tumores odontógenos - permite establecer una clasificación que tiene en cuenta la génesis de los tumores y sus respectivas vinculaciones.

Durante mucho tiempo se han dividido estos tumores en tres grupos:

- 1.-TUMORES PURAMENTE ECTODERMICO ; EPITELIALES.
- 2.-TUMORES PURAMENTE MESODERMICOS, MESENQUIMATICOS,
- 3.-TUMORES MIXTOS ECTO-MESODERMICOS.

La clasificación así empleada de los tumores odontógenos se basa en las interdependencias de los tejidos dentales durante el desarrollo.

TUMORES EPITELIALES.- Sin alteraciones in-
ductivas en el tejido conjuntivo:

Ameloblastomas (benignos o malignos)

a) Ameloblastomas simples.

b) Adenoameloblastomas

TUMORES ODONTOGENOS EPITELIALES CALCIFI--
CANTES.

TUMORES EPITELIALES.-Con alteraciones in-
ductivas en el tejido conjuntivo:

SIN TEJIDO DENTAL DURO: Fibromas ameloblásti-
cos (sarcomas ameloblásticos) tipo osteo-den-
tinoide.

CON TEJIDO DENTAL DURO: Dentinomas.

Tipo tubular

Odontomas a- (Odontosarcomas--
ODONTOMAS meloblásticos. ameloblásticos.)

Odontomas com-
plejos.

Odontomas com-
puestos.

TUMORES MESODERMICOS

FIBROMAS ODONTOGENOS (FIBROSARCOMAS ODONTOGE-
NOS)

MIXOMAS ODONTOGENOS.

FIBROMAS CEMENTOGENOS.

Analizando las clasificaciones que anteriormente se mencionan, encontramos que no se han incluido algunos tumores que por su estirpe deberían quedar dentro de estas clasificaciones un conocimiento más profundo de las relaciones biológicas de los tumores odontogénicos permite establecer una clasificación que tome en cuenta la génesis de los tumores y sus respectivas vinculaciones.

Finalmente la clasificación emitida por S.N. BHASKAR es la que a nuestro juicio consideramos es la más completa y se acerca más a la realidad:

1.-TUMORES EPITELIALES.

- a) Ameloblastomas
- b) Ameloblastomas Acantomatoso.
- c) Adenoameloblastomas.
- d) Melano ameloblastomas.

2.-TUMORES MESENQUIMATOSOS.

- a) Cementoma
- b) Fibroma Cementificante.
- c) Mixoma Odontogénico.
- d) Fibroma Odontogénico
- e) Dentinoma.

3.-TUMORES MIXTOS (EPITELIALES Y MESENQUIMATOSOS)

- a) Fibroma ameloblástico
- b) Odontoma ameloblástico
- c) Odontoma complejo.
 compuesto
 quístico.

4.-TUMORES ODONTOGENICOS RAROS.

Esta clasificación como ya fué dicho, no-
son definitivas y pueden estar sujetas a modi-
ficaciones, por los futuros aportes de la in-
vestigación.

CAPITULO IV

MEDIOS DE EXPLORACION PARA EL DIAGNOSTICO DE LOS TUMORES.

Se entiende por exploración clínica en general, el conjunto de normas y maniobras encaminadas a la obtención de los síntomas y signos de las enfermedades.

Para establecer un diagnóstico correcto es necesario utilizar los métodos conocidos, como son; el interrogatorio, inspección, palpación y los métodos de laboratorio (biopsias citología exfoliativa , rayos X).

I).- INTERROGATORIO.-Por medio del interrogatorio, nos podemos percatar de la enfermedad actual del paciente, el tiempo, la evolución y las características particulares de la misma , los antecedentes del enfermo, los de su familia y del medio en que vive y se desarrolla .

II).- INSPECCION.-Es el examen del enfermo -- por medio de la vista. Se divide en directa o inmediata, e instrumental o mediata,

Con la inspección nos damos cuenta de la forma, volumen, tamaño, y coloración de la -- parte explorada, y sus características local-- ibs, también nos proporciona datos sobre la -

actitud fisonomía y constitución general del individuo , necesario complemento de cualquier exploración tumoral bucal.

III).- PALPACION.- Recibe el nombre de palpación , la exploración que se efectúa por medio del tacto oral, que nos da datos relativos a forma , volumen , estado de la superficie , movimientos , consistencia, dolor y temperatura.

Existe la palpación directa o inmediata , en donde se hace uso solamente de las manos.

La indirecta, mediata o instrumental se hace con el auxilio de algún instrumento.

IV).- PERCUSION .-Es el procedimiento clínico de exploración en el que por medio de ligeros golpes, se producen ruidos, se provoca dolor o movimientos de la parte patológica tumoral.

V).-EXAMEN RADIOLOGICO.

RADIOLOGIA,- Son las radiaciones emitidas por los Rayos X de Roentgen. Como método de exploración radiográfica, se utilizan la radioscopia y la radiografía; La primera llamada también fluoroscopia. Consiste en estudiar directamente al paciente en la pantalla fluoroscopia y la radiografía a través de la placa sensible impresionada por los rayos.

La radiografía se utiliza para estudiar detalles estáticos y la radioscopía se utiliza para estudiar los movimientos de los órganos, ambos métodos se complementan.

El radiodiagnóstico, nos permite estudiar la forma de los órganos huecos mediante la introducción de un relleno de materia plástica-impermeable a los rayos X, como las emulsiones de carbonato de bismuto o de sulfato de bario.

La cinerradiografía nos permite ver al órgano en todos sus aspectos.

Como si podemos decir que los rayos X se utilizan como un valioso auxiliar para el diagnóstico, utilizando los tipos de películas necesarios en cada caso: Periapicales, oclusales y estudios de la articulación temporomandibular; laterales oblicuas, mento placas, AP de cara, de Watters.

Las placas radiográficas sirven para investigar el grado de destrucción ósea, que ha causado el tumor, generalmente en dichas placas aparecen zonas radiolúcidas que corresponden a las zonas invadidas por el proceso tumoral.

En procesos benignos el área está bien de

limitada con corteza intacta , estos tumores -
causan con frecuencia reabsorción de raíces -
dentarias posiblemente debido al lento creci-
miento.

En los tumores malig , es todo lo contra-
rio, se observa una reacción periostica inde-
finida.

PUNCION EXPLORADORA.- Nos reporta muchos-
datos en presencia de colecciones purulentas -
en formaciones tumorales y quísticas.

BIOPSIA.-En el analisis anatomo patológi-
co de una muestra extraída del tejido de la pi-
eza operatoria.

Está demostrado que únicamente es positiva
en un 75% de los casos de tumoraciones malig--
nas de la cavidad oral.

Conciste en tomar un pequeño fragmento de-
tejido de la neoplasia , para investigar la --
clase de células que la forman y su diferencia-
ción , la biopsia está indicada en todos los -
casos de neoplasias a excepción del melanoma ,
hemangioma y exostosis .

La biopsia sigue siendo en la actualidad -
un valioso método para el diagnóstico correcto
para efectuar la biopsia podemos emplear diver

Los instrumentos tales como pinzas , bisturijeras , sacabocados de piel o de biopsia dependiendo de ello o el tipo y ubicación de la lesión.

En la cavidad oral es necesario observar ciertos principios como son eliminación de mucina , y hacer un aseo perfecto , se prefiere no usar antisepticos locales , como los colorantes , ya que pueden deformar las características del tejido.

Se usará anestésico local , en algunos casos especiales en los cuales se pueda provocar dolor, se infiltra a distancia del tejido tumoral, nunca dentro del proceso neoplásico ya que puede distorsionar el tejido o diseminar células tumorales.

LA ASPIRACION BIOPSIA

Consiste extraer una pequeña porción de tejido o líquido patológico . Una vez que se aplica la anestesia se debe tener en mente las siguientes reglas:

1).- Los pequeños trozos superficiales carecen de valor.

2).- Tomese una sección vertical a través de la base de la lesión.

3).-El tamaño del tejido debe ser profe--

rentemente por lo menos de 1/8 de pulgada.

4).- Si es posible inclúyase una parte de tejido adyacente.

5).-Si es pequeña la lesión debe hacerse radical .

6).-Colóquese de inmediato en formol al 10% .

Para los tumores de hueso existe la aspiración biopsia , previa trepanación del hueso superficial .

El bisturí eléctrico y el lazo eléctrico pueden tener ciertas ventajas en el control de la hemorragia y el cierre de los espacios de la sangre o de la linfa .

Las complicaciones , son dolores , hemorragias e infecciones , el riesgo de que ocurra y la severidad de esos peligros , son cosas leves , comparadas con el valor de los conocimientos obtenidos mediante este procedimiento .

CITOLOGIA EXFOLIATIVA

La técnica a seguir para los frotis citológicos orales y pueden ser observados al microscopio con características perfectas y pre

cisas , es sencilla y para obtenerlo debemos de seguir el siguiente orden:

- a).-Recolección del material.
- b).-Fijado
- c).-Teñido
- d).-Montaje

a).-Recolección del material.- Existen varias técnicas que únicamente difieren en cuidados previos que deben tenerse, y el tipo de instrumental que se emplea para el raspado de la mucosa oral .

Miller empleó una espátula. Montgomery , el woodson n#2 que es un instrumento de metal con filo relativamente romo , que recoge las células superficiales sin causar hemorragia de los tejidos.

Silverman , aconsejó limpiar primero el area con un isopo para reducir la contaminación por las células desprendidas de otras áreas , colectando el material , haciendo un movimiento de rotación sobre la mucosa oral.

b).-Fijación .-Después de haber recolectado el tejido se extiende suave y uniformemente en la superficie de un porta objeto , debiendo estar perfectamente limpio y seco , después se sumerge en un frasco que contenga una solución partes iguales de alcohol etil

co al 95% , y eter etílico para su fijación y preservación , por un tiempo de 20 min.

c).-Teñido .- La tecnica que se emplea es la de Papanicolau que se basa en colorantes - citoplasmáticos sumamente alcoholizados , que tienen la ventaja de proporcionar un teñido - preciso de los elementos celulares , y otros- componentes del frotis.

Una vez que se ha fijado la preparación - se lava con una solución iodina y se tiñe con hematoxilina eosina de meyer's, esta tinción - nos brinda un detalle exacto del núcleo celular,

c).-Montaje.-Para ser montados los porta-objetos , se emplean permount , bálamo de Canadá, goma Damar u otro satisfactorio, para -- montar quedando las laminillas protegidas para su conservación indefinida.

La toma de células exfoliativas es de --- gran valor cuando la biopsia no puede tomarse por tratarse de circunstancias especiales, o cuando después de una radiografía se observa una severa infección , o no se quiere mucha - pérdida de tiempo.

Los principios histológicos de malignidad del tumor son:

- a).- Alargamiento celular.
- b).- Núcleos hipercromáticos granulares.
- c).- Membrana nuclear prominente.
- d).- Reducción del citoplasma.
- e).- Periferia celular irregular.
- f).- Anormalidad de talla y forma celular.

VENTAJAS QUE OFRECE LA CITOLOGIA EXFOLIATIVA
AL DIAGNOSTICO.

- 1).- Es un medio para la detención temprana de carcinoma oral .
- 2).-El estudio citológico en muchos casos revela la presencia de cancer intra epitelial- aun cuando la biopsia es negativa .
- 3).- El examen citológico puede suprimir a - la biopsia cuando se sospeche de cancer oral
- 4).- El examen citológico puede simplificar- el examen para la detención temprana de paci- entes con recurrencia .

CAPITULO V

TUMORES ODONTOGENICOS DE ORIGEN ECTODERMICO.

Estos tumores son de origen epitelial que es semejante a la composición morfológica de un diente normal. Puede observarse la influencia de inducción de un tejido sobre otro.

La presencia de epitelio parece estimular la formación de dentina; sin él, las células epiteliales se diferencian en ameloblastos.

Si solo el componente epitelial del aparato odontógeno está afectado por neoplasia, la parte mesenquimal muestra reacción leve, si acaso, que queda oculta por las proliferaciones epiteliales. El mesénquima toma el papel de estroma, formando tejido de apoyo que tiene los vasos sanguíneos que irrigan el tumor.

AMELOBLASTOMA

Tumor que se origina del epitelio que da origen al esmalte, por lo que tiene potencialidad del epitelio primario (ameloblástica y glandular)

ETIOLOGIA.-Se deriva de :

- 1).-Alteraciones genéticas del organo del esmalte.
- 2).-Restos de células del organo del esmalte (Restos de malassez)
- 3).-Epitelio de quistes.
- 4).-Epitelio que cubre el maxilar.
- 5).-Epitelio desplazado.

Existen numerosas definiciones, dada por diferentes autores haciendo una revisión de la literatura al respecto, nos ha parecido que una de las definiciones más aceptadas es la que da BHASKAR, al referirse al ameloblastoma como uno de los tumores más agresivos de los tumores odontogénicos, perteneciente a los tumores epiteliales, que se origina de la lámina dental y sus derivados (órgano del esmalte, restos epiteliales o quistes foliculares) formado exclusivamente de epitelio. Aunque su origen no está completamente

delucidado , el ameloblastomas posiblemente - es la única tumoración que puede considerarse como un neoplasma verdadero que nace de un te jido odontogénico y con un desarrollo parecido al del órgano del esmalte.

Según BHASKAR representan el 1% de todo - los tumores y quistes de los maxilares. Se -- presenta más frecuentemente en la mandíbula - que en el maxilar. Taylor dice al respecto -- que la proporción es de 7 por 1; generalmente se presentan en la región que corresponde a - la unión del cuerpo mandibular con la rama -- ascendente, siendo más frecuente en el sexo - masculino en proporción de 2 por 1, y la edad promedio es entre la tercera y cuarta década - de la vida.

El crecimiento se efectúa por expansión , no por invasión , lo cual apoya la clasificación del tumor como benigno, puesto que en la literatura no se ha confirmado ningún caso de metástasis verdadera.

Clínicamente el sitio afectado, puede aparecer normal y puede estar agrandado y aparecer mala oclusión de las piezas dentarias, la mucosa que cubre la masa tumoral es normal.

Las lesiones son indoloras.

EXAMEN RADIOGRAFICO

Radiográficamente observamos una zona radiolúcida que pueden ser uniuíísticas o multiquísticas .

La presencia de tabiques óseos que pueden extenderse hacia el interior de la zona radiolúcida y darle la apariencia de pompas de jabón. Las radiografías oclusales pueden mostrar expansión y deformidad de la corteza; el tumor puede asociarse con un diente retenido y aparecer como una radiolucencia al rededor de la corona retenida.

Los especímenes macroscópicos suelen mostrar una lesión multiquística del maxilar o mandíbula.

ROCKFF hace un análisis estadístico de los casos reportados y se obtienen los siguientes datos:

Total de casos reportados : 1036

Sexo : masculino 514 ; femenino 473 casos

52%

48%

Caucásica 371

Negra 121

China 71

Egipcia 15

India	15	
Filipina	1	
LOCALIZACION (925 casos)		
Mandíbula	81%	752 casos
Maxilar	19%	173 casos
CARACTERISTICAS ESTRUCTURALES (465) casos		
Quistico	78%	365
Solidos	22%	100
TOPOGRAFIA EN MANDIBULA: casos		
Molares y área de rama	70%	170
Area premolar	20%	49
Area de sinfisis	10%	27
TOPOGRAFIA EN MAXILAR: casos		
Area molar	47%	21
Antro y piso de nariz	33%	15
Area premolar	9%	4
Area canina	0%	4

Se mencionan muchas teorías respecto a la etiología del ameloblastoma pero no se ha demostrado completamente ninguna de ellas.

BHASKAR dice que el 33% de los ameloblastomas derivan de los quistos foliculares.

MONKS menciona cuatro teorías sobre la etiología.

a) a expensas del epitelio oral.

b) las perlas de correa, estas son células

epiteliales, quedadas después de la desintegración de lámina dental.

c) Una abstracción del crecimiento del órgano -- del esmalte por sí mismo.

d) Restos epiteliales de las células de mala-- ssez. Estos restos celulares son los remanentes de la capa de Hertwig dejadas después de la formación de la raíz del diente y son componentes constantes de la membrana periodon-- tal.

BERNIER dice que la lesión puede originarse en los remanentes de la lámina dental y -- del epitelio ameloblástico externo o de los tejidos que lo preceden.

La histología del quiste es bien conocida por todos puede presentarse en forma de bandas entrelazadas y nidos de epitelio odontógeno entremezclados con un tejido de estroma -- conjuntivo, inactivo, excepto en las, zonas -- adyacentes en donde la fuerza inductora del -- epitelio produce a menudo un estrecho halo -- hialino, pudiendo producirse una degeneración quística en ambas. La vascularización es variable y hay inflamación secundaria en un número elevado de casos, se observa más a menudo

en los casos en que se encuentran en la unión de la rama y cuerpo de la mandíbula, sitio en que las infecciones odontogénicas según Bernier son más frecuentes.

TRATAMIENTO

La enucleación acompañada de un raspado cuidadoso es un tratamiento efectivo que nos proporciona las ventajas de no interferir con la función masticatoria y no produce desfiguración cosmética. También es indispensable un control radiográfico postoperatorio por un periodo de cinco años; aún en caso de presentarse recidiva se puede intentar nuevamente la enucleación y por último la resección.

AMELOBLASTOMA ACANTAMATOSO

Es un tumor raro cuando se presenta, lo hace con tendencia a la residiva y a la metástasis, en todo ameloblastoma en que el crecimiento aumenta repentinamente debe reservarse el pronóstico.

La etiología de este tumor es la misma que la de los demás tipos de ameloblastomas.

Las características clínicas de los casos observados son casi idénticos a la de los otros tipos, excepto la edad de los pacientes la cual es entre la tercera y cuarta década de la vida.

Las alteraciones observadas en este tumor son semejantes, hasta cierto punto a las del ameloblastoma simple. Existe una transición del epitelio odontogénico altamente diferenciado hacia células escamosas menos diferenciadas, que se observan sobre todo en el centro de los grupos celulares y rara vez en los cordones o bandas. Esto puede conducir a un diagnóstico equivocado de carcinoma y por lo tanto no pueden ser clasificados como malignos.

Parte o todo el tumor consiste de células

epiteliales las cuales están compuestas de células escamosas estas últimas pueden estar -- queratinizadas y se parecen a las células escamosas del carcinoma, de aquí la facilidad de confundirse con un carcinoma.

Histológicamente presenta folículos en -- que pueden observarse diferenciación de células escamosas o espinosas. Las células se acumulan en el centro y están separadas de las células periféricas por unas cuantas células indiferentes. Hay notable tendencia a formar perlas epiteliales. Esta morfología es solo un paso del carcinoma, pero no justifica el diagnóstico de un tumor maligno.

Según DIGMAN KERRY MAMMEL piensan que los tumores con epitelio escamoso son muy propensos a sufrir cambios malignos, y aconsejan -- que se debe proceder al tratamiento quirúrgico.

Según BHASKAR en épocas anteriores el ameloblastoma acantomatoso fué considerado en la creencia de que representaba una variedad más agresiva o maligna. Sin embargo, esa suposición es falsa porque la lesión es idéntica al ameloblastoma con excepción de las caracteris

ticas microscópicas recientes. Por lo tanto su tratamiento es escisión o raspaje o resección quirúrgica.

ADENOAMELOBLASTOMA.

El adenoameloblastoma también llamado tumor odontogénico adenomatoide es un tumor de origen epitelial único de los maxilares se describe muy pocas veces pero que se origina del epitelio bucal.

Representa el 3% de los tumores odontogénicos de los maxilares y se presenta con más frecuencia en la segunda década de la vida. Es más común en las mujeres que en los hombres, y en el maxilar dos veces más que en la mandíbula.

STAFNE sugirió que el adenoameloblastoma surge de restos epiteliales que se van atrapados a lo largo de la línea de fusión de procesos globulares y maxilares.

THOMA Dice que esto se debe al hecho de que el epitelio bucal tiene capacidad potencial para formar estructuras dentales y glandulares.

Histológicamente se observan estructuras-

semejantes a conductos con células cuboides o en forma de columnas que revisten los espacios circulares. Los núcleos celulares se sitúan en sus bases, que es lo contrario de lo que sucede en las células periféricas de un folículo de ameloblastoma.

No hay elementos fibrosos o epiteliales dentro de estos tubos como los hay en los ameloblastomas. Cuando están presentes estos epiteliales están fuera de las estructuras tubulares.

A diferencia de otros ameloblastomas el adenoameloblastoma puede estar encapsulado, por razón del encapsulamiento los espacios de medalla que rodean la lesión están libres o separados del tumor.

Muchos casos se presentan como una lesión parcialmente quística y se cree que la mayoría si no es que todos los adenoameloblastomas resultan del epitelio de los quistes foli-
culares.

La mayoría de estos tumores están asociados con dientes retenidos.

SINTOMATOLOGIA.-

La lesión se presenta, con un maxilar abul-

tado, que va creciendo gradualmente, a lo largo de un periodo prolongado, rara vez se presenta dolor.

EXAMEN RADIOGRAFICO

Radiológicamente revela una lesión destructiva muy mal delimitada, su tamaño es variable.

TRATAMIENTO

El tratamiento de este tumor es el curetaje local con extirpación completa de la tumoración. Tomando en cuenta que no haya recurrencia. La lesión es por lo tanto menos agresiva que el ameloblastoma acantomatoso, ya que presenta un pronóstico mejor debe ser tratado en forma más conservadora.

MELANOAMELOBLASTOMA

Es un tumor raro, esta neoplasia ha sido descrita con frecuencia como un tumor embrionario pigmentado, tumor de germen retiniano o como un odontoma epitelial melanótico;

Es conocido con muchos nombres como son: Tumor retinal de anlaje, tumor de anlaje retiniano, prognomia, tumor prognoma anlaje y ameloblastoma pigmentado, cada uno de los cuales se refiere a una teoría distinta de origen.

Algunos autores pensaron que provenía del anlaje retiniano.

Fué descrito por primera vez por Hummery y -- Pitts en 1925.

Los pacientes que se les ha detectado este tipo de tumor son desde los seis meses a un año. Se presenta más comunmente en la mujer que en el hombre en el maxilar superior 80% - sobre todo en su porción anterior.

Por el tamaño tan reducido del maxilar en los primeros meses de la vida el tumor da la impresión de ser más grande. El tumor se presenta como una inflamación en la parte anterior del maxilar y también puede presentarse en cualquier otra parte.

Se presenta deformidad del labio superior debido a la inflamación y por esto mismo ocasiona dificultad para succionar. Generalmente el niño se observa normal y sano.

Radiográficamente se observan zonas radiolúcidas y desplazamiento de los dientes en desarrollo.

Histológicamente se van a encontrar dos tipos de células epiteliales.

1o.- Tipo de células cuboideas con abundante citoplasma que contiene granulos pardos de melanina.

2o.- Tipo consiste en un núcleo redondo in -

tensamente basófilos, y escaso citoplasma este tipo de tumor no ocasiona metástasis es un tumor benigno.

TRATAMIENTO.-Es la estirpación conservado ra local y curetaje.

CAPITULO VI

TUMORES ODONTOGENOS DE ORIGEN MESODERMICO

Los tumores odontógenos epiteliales han sido reconocidos desde hace mucho tiempo; pero poco se ha descrito sobre la posibilidad de tumores puros que nazcan de la parte mesenquimal del germen dentario, la papila dentinal y el folículo dentinario, estos tumores son mixomas o fibromas, los últimos pueden desarrollar estructuras intercelulares calcificadas, cemento o dentina, produciendo un cementoblastoma o dentinoma.

MIXOMA ODONTOGENICO

El mixoma odontogénico es un tumor que se presenta en ambos maxilares pero más frecuentemente en el superior que en el inferior y suele presentarse en personas menores de 35 años de edad.

Generalmente se presenta cuando existen dientes retenidos, o que faltan congénitamente.

Thoma y Goldman opinan que la mayoría de los mixomas de los maxilares son benignos y, por lo tanto pueden tener un origen diferente de los restos del esqueleto, pues están formados de la parte mesenquimal del germen dentario.

Histológicamente las células están separadas por una substancia debilmente basófila, la presencia de pocas células estrelladas, focos aislados de epitelio, difícilmente se distingue el citoplasma de las células, estas están alargadas y tienen proyecciones citoplásmicas que

se extienden en diferentes direcciones, los núcleos son hipereromáticos y muestran poca variación en forma y tamaño.

El tejido se observa con una red de finos vasos sanguíneos.

Radiológicamente.-Muestra una radiolucencia bien definida.

TRATAMIENTO.- Conciste en la excisión quirúrgica con legrado muy cuidadoso de toda la zona; sin dejar ningún resto de tejido, porque de lo contrario nos exponemos a que haya recidiva.

FIBROMA ODONTOGÉNIC

Este tumor se presenta en ambos sexos y generalmente en la segunda década de la vida.

Es más frecuente en el maxilar inferior -- que en el superior, de preferencia se localiza en las zonas del tercer molar y el canino.

La lesión se caracteriza por su crecimiento lento y limitado.

Se origina de la parte mesenquimal del germen dentario, de la papila dentinal, del folículo dentario, o de la membrana periodontal por lo tanto, puede asociarse con un diente retenido ya sea que nazca de la región coronal o región radicular del diente.

Si se forma en el ápice suele confundirse con un granuloma o un quiste radicular. Puede formarse cemento o dentina en el tejido conectivo que constituye el fibroma odontogénico.

Las radiografías se asemejan al quiste dentífero, circunstancia que induce a un diagnóstico equivocado.

Thoma nos dice que este tumor se forma en el hueso esponjoso, destruye las trabéculas y forma un gran defecto quístico. En los tumores grandes se destruye la lámina cortical pero respeta el periostio.

Radiográficamente se observa una zona radiolúcida de extensión variable asociada con la corona del diente, razón por lo cual da la apariencia de un quiste dentífero.

Histológicamente.- Este tumor está formado de células de tejido conjuntivo que producen

fibras de colágena.

Muestran una masa circunscrita de tejido - conectivo denso en el cual se dispersan cordones e islotes de epitelio. En algunos casos puede experimentar calcificación por lo que se puede llamar fibroma odontogénico calcificante.

El DR. CAMM hace notar que la mayoría de los observadores consideran actualmente que dichas lesiones pertenecen a la categoría de la displasia fibrosa ostótica.

El Dr. Prior, anatomopatólogo, dice que la presencia de numerosos cementículos es más característica del fibroma odontógeno.

TRATAMIENTO: Excisión quirúrgicamente con- legado muy cuidadoso de toda la zona; sin - dejar ningún resto de tejido, por último lavar con suero fisiológico para eliminar restos de tejido necrosado.

DENTINOMA

Es un tumor raro, con la característica de que en su substancia interprismática existe dentina.

Este tumor se presenta con más frecuencia en el maxilar inferior especialmente en la zona molar.

HISTOPATOLOGIA.-Las células mesenquimales que derivan de la papila dentinal se transforman en odontoblastos y dentina depositada.

Estas células constituidas de tejido conectivo tienen forma redonda y fusiforme. Se observan masas irregulares de dentina y numerosos canales de nutrición que penetran en él, los cuales dan la apariencia de ser los canales radiculares de los dientes, también vamos a encontrar vasos sanguíneos y tejido pulpar que forma parte del crecimiento cerca de la corona del diente adyacente. La cápsula que lo envuelve está formada de tejido fibroso y tejido conectivo y puede depositarse cemento en la superficie.

EXAMEN RADIOLOGICO.-Se van a observar numerosas masas radiopacas irregulares, constituidas por material calcificado y de tamaño variable.

TRATAMIENTO.- Procedemos a raspar eliminando todo el tejido necrosado y lavar con suero fisiológico o agua esteril.

CEMENTOMA

Es un tumor que se caracteriza principalmente por la formación de cemento. Cuando inicia su crecimiento se llama cementoblastoma y cuando alcanza su tamaño mayor se le da el nombre de cementoma.

Muchos autores dudan de su origen pero es posible que proceda de un traumatismo crónico leve, quizás por oclusión traumática.

Más del 70% de los casos se encuentra en la raza negra. Comúnmente se presenta diez veces más en mujeres que en hombres, presentándose en la segunda década de la vida.

Suele presentarse más en el maxilar inferior que en el superior y los dientes más afectados son los incisivos que poseen vitalidad.

El Dr. John M. Scannel opina que el cementoma sea ocasionado por una grave oclusión-traumática. Stafne hace notar que puede ocurrir en dientes que nunca han estado en oclusión.

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

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

En la última etapa toda la lesión presenta calcificadas intensamente basófilas, en la cual observamos pocas células y numerosas líneas de reposo.

EXAMEN RADIOGRAFICO.- Se observa tres etapas.

1.-Periodo osteolítico.- Observamos la formación de una zona translúcida oscura que es ocasionado por la pérdida de hueso o tejido óseo.

2.-Periodo cementoblástico.- Se inicia la calcificación de la fibrosis, hay depósitos de cementículos y se presenta la radiografía menos radiolúcida.

3.-Periodo de madurez inactiva.- En la radiografía se observa radiopacidad que suele estar rodeada por una línea o banda radiolúcida.

TRATAMIENTO.- El tratamiento del cemento es la extirpación. Cuando el tumor es de crecimiento lento es aconsejable tratamiento quirúrgico, si es pequeño se recomienda extracción del diente.

FIENCHA CEMENTIFICANTE

Es un tumor odontogénico muy raro que no se relaciona con los ápices dentarios; su localización es periapical, por lo común es solitario, asintomático y puede ocasionar agrandamiento del maxilar.

Puede ser considerado una variante del fibroma osificante relacionado con la fisiología de los maxilares, en una enfermedad no neoplásica que afecta ambos maxilares.

Como característica clínica es de crecimiento lento y en raras ocasiones no se presenta deformidad de la cara.

El patrón de crecimiento y el curso clínico son paralelas al de las displasias de los maxilares, la diferencia es que al final hay una gran calcificación, más al cemento que al hueso.

En una lesión de estas es posible ver tanto hueso como cemento, lo que nos demuestra la estrecha relación de los dos tejidos.

EXAMEN RADIOGRÁFICO.- Observamos manchas radiopacas y zonas radiolúcidas irregulares.

TRATAMIENTO.- Tomando en cuenta su tamaño y ubicación cuando es relativamente pequeño de 1 a 2 centímetros lo mejor sería la remoción quirúrgica.

Cuando la lesión es grande, hay que tomar en cuenta los factores relacionados con la intervención quirúrgica, no importando la cantidad de hueso y dientes por substraer.

FIBROSARCOMA ODONTÓGENO

Este tumor se origina cuando las células mesenquimatosas del germen dentario están en proceso de maduración. Dentro de su clasificación es un tumor odontógeno maligno que actúa con mucha agresividad a tal grado de producir infiltración ocasionando destrucción del hueso de la región afectada.

Como podemos decir si se forma de la parte pericoronar del diente puede perforar el hueso y originar un tumor periférico produciendo una masa fulminante que se extiende dentro de la boca. En ocasiones puede quedar unido al diente del que se forma.

HISTOPATOLOGIA.- El tumor está constituido de células mesenquimales no maduras. Generalmente se encuentra muchas figuras de mitosis, con frecuencia en estos tumores hay algo de proliferación, de células epiteliales derivadas del órgano del esmalte si estas toman carácter tumoral, la neoformación se convierte en adamantinosarcoma.

TRATAMIENTO.- Consiste en la remoción quirúrgica radical, con resección de maxilar.

CAPITULO VII**TUMORES ODONTOGENICOS MIXTOS**

En estos tumores participan componentes -
epiteliales y mesenquimales del germen denta-
rio, pueden quedar en un estado no maduro de
desarrollo celular (odontoma blando) o produ-
cir tejidos diferenciados esmalte, dentina y
cemento, estas substancias a su vez están for-
madas por células como las que se ven en el -
desarrollo normal del diente.

Ameloblastos, odontoblastos y cementoblas-
tos.

FIBROMA AMELOBLÁSTICO

El fibroma ameloblástico es un tumor odontogénico que está constituido de elementos -- epiteliales y mesenquimatosos.

La lesión se presenta en pacientes al rededor de los 15 años de edad. El tumor se presenta más comunmente en la mandíbula que en el maxilar, especialmente en la zona premolar y molar y amenudo se asocia con un diente retenido.

La mayoría de los autores notifican que -- estos tumores afectan a ambos sexos por igual.

Una de las características más importantes es que este tumor es de crecimiento lento y puede ser asintomático ocasionando agrandamientos del maxilar y migración de los dientes.

EXAMEN RADIOGRAFICO

En la radiografía se ve una lesión quística, generalmente es un diente que no ha hecho erupción.

En los tumores grandes vamos a observar -- destrucción de hueso, zonas radiolúcidas multiloculares, expansión de las tablas del maxilar y en algunos casos desplazamiento de los dientes.

HISTOPATOLOGIA.- Existe un fondo de tejido me-
senquimatoso joven, altamente celular, tambié-
n está compuesto de fibroblastos que pueden-
producir o no fibras de colágeno.

En el interior de ese mesenquima joven po-
demos observar cordones delgados e islotes de
epitelio odontogénico.

Las células que constituyen estos cordone-
nes e islotes pueden ser pequeñas o parecidas
a las observadas en la lámina dentaria . No -
obstante, en muchas zonas pueden observarse--
células cuboideas y cilíndricas que se aseme-
jan a los ameloblastos, y células estrelladas
que se parecen a un retículo estrellado.

TRATAMIENTO.- Se procede hacer un raspaje
local o la escisión.

HEMANGIOMA AMELOBLASTICO

En este tumor se van a encontrar varias - opiniones de algunos autores que le dieron im- portancia a la descripción de esta lesión --- odontógena.

Kühn dice que es un tumor singular en que existía un componente ameloblástico y vascu- lar.

Oesterreich y Aisenberg opinan que como - el componente vascular no es necesariamente - de origen odontógeno, el tumor ha sido clasi- ficado como tumor odontógeno mixto.

Según Aisenberg dice que no se sabe sobre el desarrollo de este tumor . El describe que se encuentran muchos capilares rodeando el -- epitelio del esmalte externo para dar riego-- sanguíneo al órgano que produce esmalte no pa- rece probable que en la formación del tumor- esté estimulada la irrigación sanguínea, y - por ello la formación de los vasos sanguíneos se convierte en parte del proceso tumoral. En conclusión podemos decir que, etiológicamente se duda sobre la existencia de este tumor.

NEURINOMA ANELOBLASTICO

Es un tumor de origen epitelial ectodérmico--

JARNER en su teoría dice que al hacer un estudio de los neuromas de la pulpa, notifica que se derivan de las células del brote dental ectodérmico y, por lo tanto están asociados con el desarrollo del germen del diente.

Es posible que en la neoplasia pueda haber también desarrollo neurógenos.

HISTOLOGICAMENTE.- Está formado por lóbulos irregulares, grandes y pequeños, de células epiteliales, de forma columnada en la periferia que tienden a agruparse en palizada. En el centro son de forma estrellada. Estas células están rodeadas por tejido conectivo un poco denso.

ODONTOMA AMELOBLASTICO

El odontoma ameloblástico, también se le da el nombre odontoblastoma, se caracteriza por proliferación neoplástica de su componente epitelial, que invade el maxilar y dilata la lesión. Las células mesenquimales, se diferencian, depositando sustancia intercelular.

Podemos decir que es un tumor odontógeno-calcificante que tiene la capacidad de crecer

En su periodo inicial el tumor es maligno localmente.

Radiográficamente observamos zonas translúcidas formadas por la proliferación de tejido blando.

El tumor puede mostrar empotramiento en cuyo caso hay menor riesgo de recidiva después de la operación.

ODONTOMA

Son lesiones resultantes de un proceso patológico, en su primera fase es un odontoblastoma, hasta la diferenciación celular y depósito de material calcificado, se divide en:

a).- Geminado.- Contiene dos o más dientes, más o menos bien formados y soldados.

b).- Compuesto.- Formado de gran número de dientes rudimentarios.

c).- Complejo.- Cuyas estructuras calcificadas no tienen semejanza con la disposición anatómica de tejido dental.

d).- Dilatado.- Muy raro en el cual la parte de la raíz de un diente muestra notable agrandamiento.

e).- Quístico.- Encapsulado por tejido fibroso.

Clínicamente se va a localizar más frecuentemente en el maxilar inferior pero puede presentarse también en el maxilar superior.

Este tumor se presenta generalmente en la edad juvenil. Es un tumor benigno de crecimiento lento, pero puede en un momento dado activarse.

TRATAMIENTO.-Conciste en la extirpación-- si no es encapsulado deberá procederse con -- cautela, para no lesionar o fracturar el hueso.

TUMORES ODONTOGENICOS RAROS

Aparte de los tumores comunes odontogénicos descritos previamente, hay unos raros variantes de estas lesiones las cuales requieren de una mención breve.

EL AMELOBLASTOMA DE CELULAS GRANULARES.

Este tumor es una variante del ameloblastoma, el cual microscópicamente muestra células eosinofílicas numerosas y grandes. Estas células forman una masa central de islotes -- epiteliales y cordones. La periferia de estos islotes está compuesto de células altas columnares, En todos los otros aspectos este tumor es idéntico al ameloblastoma usual.

EL TUMOR ODONTOGENICO CALCIFICANTE EPITELIAL.- Ha sido descrito como una entidad separada entre los tumores epiteliales odontogénicos ,Para algunos autores como Bhaskar este tumor se encuentra generalmente en hombres ,-

aunque Pindborg demuestra que este tumor está confiado exclusivamente a las mujeres como se había reportado en la literatura .

Recientemente Pindborg resumió la información disponible de 26 casos fueron intraóseos .

La asociación del tumor con dientes no erupcionados pero con forma completa y la falta de asociación de la forma extraósea con dientes erupcionados presenta un dilema con respecto a la etiología. La opinión de que el tumor surge del esmalte reducido del epitelio o posiblemente de que el epitelio oral puede ser lugar de origen.

Este tumor está asociado con dientes retenidos, siendo generalmente la mandíbula en región de premolares y áreas de los molares.

Se presenta este tipo de tumor odontogénico raro en pacientes que están en la tercera o más tardías décadas de la vida.

Radiográficamente se observa un diente incluido con radiolucidez alrededor de la corona.

Las secciones microscópicas muestran islotes de epitelio polihédrico, con focos de calcificación y la formación de material hídrico.

Este tumor raro requiere solamente de terapia conservadora.

El ameloblastoma queratinizado y calcificante .-A este tumor se le conoce como quiste odontogénico queratinizado y calcificante- y esta lesión se forma en los maxilares y también en los tejidos alveolares blandos. Es generalmente quístico pero se forman masas sólidas de tumor. La radiografía muestra radiolucidez y los rasgos microscópicos concisten de islotes de epitelio, la capa periférica consiste de ameloblastos y la masa central está compuesta de epitelio queratinizado, parte del cual se calcifica. Además la parte central de las islas muestran la formación de material hialino. Esta lesión rara vez requiere solamente de remoción local conservadora.

El sarcoma ameloblástico es una lesión extremadamente rara y su potencial de malignidad es muy grande . Crece rápidamente, es doloroso, pero ninguna de las lesiones hasta la fecha se ha reportado con casos de metástasis

Este tumor se presenta entre los 3 y 52- do años de edad.

Este tumor es de crecimiento rápido predomina más en el maxilar inferior.

Histológicamente el sarcoma ameloblástico está formado por bandas e islotes de epitelio odontógeno irregularmente dispuestos, rodeados por tejido mesodérmico que es el componente maligno, muy celular y con caracteres de sarcoma.

Las radiografías muestran una radiolucidez como característica de destrucción ósea y el cuadro es idéntico al fibroma ameloblástico - excepto por la porción mesenquimatosa del tumor la cual muestra pleomorfismo y mitosis.

CAPITULO VIII

TRATAMIENTO QUIRURGICO

El tratamiento de las neoplasias de origen odontogénico, es esencialmente quirúrgico pues es el concepto actual aceptado por la mayoría de los autores solo varía el criterio de ellos, en relación con la vía que se va a seguir para la intervención y en los límites de la misma.

Es necesario llevar a cabo la eliminación quirúrgica de la neoplasia siempre con un amplio margen de seguridad fuera de la lesión con el fin de prevenir las residivas y evitar el aumento de volumen de la afección con todas sus secuelas.

Las indicaciones de un tratamiento quirúrgico son: casos en los que la cirugía proporciona un medio de curación .

Las contra indicaciones son: En pacientes con lesiones cardiacas y en ocasiones sujetos con padecimientos renales.

La operación por realizar depende de la ubicación del tumor, de su volumen, de su tipo clínico, su histología y del estado general del paciente.

Así tenemos los siguientes tratamientos -

quirúrgicos.

1.-Eliminación del tumor por legrado.-

Los tumores de escaso volumen pueden tratarse por simple legrado, en el diagnóstico y el examen radiográfico - debe fundarse la conducta quirúrgica a seguir.

Insición.- Debe situarse por la cara vestibular en ambos maxilares, esta debe ser lo suficientemente amplia con el fin de tener una mejor visibilidad del tumor en su totalidad.

Osteotomía.-El hueso de la tabla externa adelgazado en grado más o menos variable, se reseca con escoplo y martillo para poder permitir abordar la tumoración se extrae la porción ósea resecada en bloque.

Enucleación del tumor.-Ya en presencia del tumor se extraen las masas quísticas con cucharillas filosas esta enucleación debe ser total y completa, el hueso sano circunvecino debe ser eliminado con cucharillas o fresas quirúrgicas para prevenir residivas.

La diatermia y la electrocoagulación complementarán la operación.

Obturación de la cavidad.-Es conveniente rellenar la cavidad ósea resultante con gasa yodoformada la cual se deja de 4 a 5 días y se va extrayendo en pequeños trozos, proporcionales a su longitud en varias sesiones, con el objeto de evitar hemorragias.

2.-Extirpación radical del tumor .- Es una operación radical puede ser una hemirresección extrayendo una sexta o cuarta parte del maxilar.

El borde inferior de la mandíbula actuando como puente óseo debe conservarse con el fin de mantener la anatomía del hueso y permitir la regeneración osteógena, los tiempos quirúrgicos son los ya establecidos, se reseca con fresas quirúrgicas, con sierras y oscoplos, pinzas y gubias.

La mucosa de la cara interna y externa del maxilar debe ser ampliamente rebatida, para permitir la osteotomía.

La colocación de una prótesis de contención es tá indicada para evitar fracturas y permitir--

la regeneración ósea.

No debemos olvidar que el periostio debe conservarse ya que de él dependerá la nueva formación ósea.

3.- Resección maxilar.-En las neoplasias de gran tamaño y en las residivantes se impone la resección hemimaxilar, asiento de la tumefacción, con esta conducta quirúrgica se salvan los peligros de una nueva formación tumoral es el único camino a seguir ya que la eliminación de la neoplasia por vía bucal es imposible.

Este tratamiento es complicado pero son muy raros los casos en que los hay que intervenir por este método quirúrgico.

Los inconvenientes de este tratamiento se solucionan mediante injertos, (borde anterior de tibia, cartílagos costales, o borde superior de hueso ilíaco). También deben ser utilizadas prótesis para evitar desfiguraciones o desviación, se planean y se construyen antes de llevar a cabo la intervención quirúrgica,

CONCLUSIONES

Una vez concluido este trabajo, sobre las neoplasias de la cavidad oral, salta a vista su indiscutible y enorme importancia para el Cirujano Dentista, sacando las conclusiones siguientes:

- a).- Las neoplasias de la cavidad oral, son curables, siempre y cuando el diagnóstico sea precoz y correcto y el tratamiento a seguir sea el adecuado para cada caso en particular.
- b).- Para establecer un diagnóstico correcto es necesario utilizar los diferentes métodos de exploración y así basarnos en el pronóstico y el tratamiento más indicado.
- c).- Debemos tomar en cuenta los distintos tipos de tumores, su etiología, su evolución hasta haber logrado su mayor desarrollo, solo así se logra un diagnóstico diferencial preciso.
- d).- Determinar el mejor tratamiento, según el caso y el tipo de tumoración que se presente.
- e).- El tratamiento quirúrgico sigue siendo el más usual para la curación de las neoplasias, combinado con la ayuda de elementos radiactivos.

f).- Rehabilitar al paciente con el material preciso y adecuado.

g).- Lograr el estado psicológico del paciente por los traumas que pueden presentarse antes y después del tratamiento y muchas veces está en nuestras manos remediarlo.

h).- Se considera curado en caso de neoplasia maligna después de cinco años en los que no existe actividad tumoral.

BIBLIOGRAFIA

- 1).- ATLAS DE ENFERMEDADES DE LA BUCCA ORAL.
(J. J. SAMUEL CHARLES)
- 2).- CIRUGIA DE LA CABEZA Y CUELLO.
(WISE-BAKER)
- 3).- CIRUGIA DUCODENTAL.
(ARCHER H. A. 20 EDICION)
- 4).- PATOLOGIA BUCAL.
(K. H. THOMA)
- 5).- PATOLOGIA BUCAL.
(S. N. BHASKAR)
- 6).- PATOLOGIA BUCAL.
(THOMA KUNT)
- 7).- CIRUGIA ODONTOMAXILAR TOMO 11
(DURANTE AVELLANAL)
- 8).- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO BUCAL
(MILLER SAMUEL CHARLES)
- 9).- EXPLORACION CLINICA EN ESTOMATOLOGIA.
(SAENZ DE LA CALZADA 1 TOMO 1)
- 10).- PATOLOGIA EXTERNA.
(E. FORQUE)