

240
200



Escuela Nacional de Estudios Profesionales

Iztacala - U.N.A.M.

**TUMORES ODONTOGENICOS:- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
INFORME DE UN CASO CLINICO DE
AMELOBLASTOMA SIMPLE**

Tesis Profesional

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a

MA. TERESA C. REYES MILLAN

San Juan Iztacala, México

1984



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.

I N D I C E

| | |
|---|----|
| PROPOSITO | 1 |
| CAPITULO I | |
| INTRODUCCION | 2 |
| CAPITULO II | |
| DEFINICION Y CLASIFICACION DE LOS TUMORES | |
| ODONTOGENICOS | 7 |
| CAPITULO III | |
| TUMORES ODONTOGENICOS EPITELIALES | |
| a) Ameloblastoma Simple | 9 |
| b) Adenoameloblastoma | 14 |
| c) Melanoameloblastoma | 18 |
| d) Acantoameloblastoma | 20 |
| e) Ameloblastoma de Células Granulares | 22 |
| f) Tumor Odontogénico Calcificante | |
| o " Tumor de PINDBORG " | 23 |
| DIAGNOSTICO | |
| a) Cuadro clínico | |
| b) Características radiográficas | |
| c) Características histológicas | |
| TRATAMIENTO | |
| a) Operación conservadora | |
| b) Operación radical | |
| c) Empleo de agentes físicos y químicos | |

PRONOSTICO

CAPITULO IV

TUMORES ODONTOGENICOS MESENQUIMATICOS

| | |
|-------------------------------|----|
| a) Fibroma Odontogénico | 26 |
| b) Mixoma Odontogénico | 29 |
| c) Dentinoma | 33 |
| d) Cementoma | 35 |

DIAGNOSTICO

TRATAMIENTO

PRONOSTICO

CAPITULO V

TUMORES ODONTOGENICOS MIXTOS

| | |
|---|----|
| a) Fibroma Ameloblástico | 41 |
| b) Hemangioma Ameloblástico | 42 |
| c) Odontoma Ameloblástico | 44 |
| d) Odontoma Complejo | 47 |
| e) Odontoma Compuesto o Combinado | 49 |
| f) Odontoma Quístico | 51 |
| | 54 |

DIAGNOSTICO

TRATAMIENTO

PRONOSTICO

CAPITULO VI

INFORME DE UN CASO CLINICO DE " AMELOBLASTOMA SIMPLE "

| | |
|--------------------|----|
| | 56 |
| CONCLUSIONES | 62 |
| BIBLIOGRAFIA | 66 |

PROPOSITO

La elaboración de esta tesis sobre " Tumores Odontogénicos " es debido a la motivación que me proporcionó un caso clínico de Ameloblastoma Simple, que fué diagnosticado y tratado en la Clínica Odontológica Aragón y que será presentado más adelante .

Con la presentación de este tema pretendo como objetivo fundamental motivar e interesar al cirujano dentista, a mis compañeros egresados y alumnos en general, la preocupación por el estudio de los tumores odontogénicos por las siguientes razones :

1.- En la actualidad cuando se habla tanto de las neoplasias en lo que respecta a su etiología, diagnóstico y tratamiento, nadie mejor que el cirujano dentista debe conocer las neoplasias que se originan de las estructuras dentales o progenitores de los dientes .

2.- La cavidad oral es un lugar en donde con frecuencia observamos neoplasias, y es el profesional de la Odontología quien por el contacto constante con el paciente quien primero observa las lesiones; por lo tanto debe de estar preparado y ser el responsable del diagnóstico temprano de las neoplasias orales tanto odontogénicas como no odontogénicas .

I.- INTRODUCCION

El término Tumor Odontogénico se emplea para designar un tumor compuesto de células cuyo propósito principal es formar estructuras dentales .

En otras palabras, Tumor Odontogénico es el que, en el curso de su evolución, produce dientes o estructuras dentales desorganizadas, o que contiene progenitores de estas estructuras calcificadas .

El diagnóstico de los tumores odontogénicos lo establecemos en base a :

- a) Anamnesis (conjunto de antecedentes del enfermo)
- b) Cuadro clínico
- c) Estudio histopatológico

El aspecto radiográfico de los tumores odontogénicos varía; esto depende de su naturaleza, ubicación y estado de desarrollo .

Los tumores odontogénicos pueden aparecer en cualquier etapa de la odontogénesis y se denominan lesiones blandas si no contienen productos calcificados y lesiones duras si el cemento, dentina y el esmalte forman parte de la estructura.

El aparato odontógeno está compuesto por tejido epitelial y conjuntivo, los tumores provienen de uno o de ambos tejidos. El tumor epitelial se denomina ameloblastoma, y el conjuntivo, fibroma odontogénico .

Si los tejidos, conjuntivo y epitelial son neoplásicos, la lesión se clasifica como fibroameloblástico. Ocasionalmente un ameloblastoma aparece junto con un hemangioma (hemangiameloblástico) o con un odontoma (odontameloblástico).

En general las neoplasias que se designan como odontogénicas son casi siempre benignas .

Los ameloblastomas, mixomas odontogénicos y los fibromas ameloblásticos que aparecen en las zonas coronarias pueden semejarse a los quistes dentígeros .

Los fibromas cementificantes (cementomas) pueden, en su primer período de desarrollo parecerse a quistes periapicales o granulomas dentales. En los que se advierte manifestaciones de calcificaciones, lo cual es notable en los tumores odontogénicos mixtos y los cementomas, pueden diagnosticarse con bastante confianza sólo por su imagen radiográfica.

Una característica de los tumores odontogénicos calcificados es que no se fusionan con el hueso normal que los rodea, sino que permanecen encapsulados por tejido conectivo; este rasgo se pone de relieve en la radiografía por una línea o zona radiolúcida, que separa el tumor del hueso .

El ameloblastoma es un tumor odontogénico epitelial benigno que no forma esmalte, sino que consta de un epitelio semejante, al del órgano del esmalte dentario .

Este tumor puede surgir de los restos de la lámina dental y del órgano productor de esmalte, la capa basal de la mucosa e del revestimiento epitelial de los quistes dentígeros .

Los signos y síntomas del ameloblastoma son característicos, pero no patognomónicos; como todo tumor los ameloblastomas poseen dos períodos clínicos: uno silencioso e sin sintomatología y el otro de exteriorización o sintomático .

Una vez desarrollado puede presentar abultamientos múltiples o únicos y aflojamiento de dientes por resorción de sus raíces .

En los ameloblastomas grandes pueden producirse fracturas espontáneas o patológicas de la mandíbula. Por la infección de dientes desvitalizados o por extracciones pueden formarse supuración o fistulas .

Iniciada su marcha puede desarrollarse atrofiando el hueso pero no infiltrándolo, normalmente no presenta afección ganglionar ni dan metástasis .

Histológicamente el ameloblastoma se le considera benigno, pero tiene gran tendencia a la recidiva, lo que le da un carácter de malignidad clínica .

Radiográficamente es radiolúcido, uni o multilocular con aspecto de panal de miel o de burbujas de jabón; estas distintas apariencias corresponden a sus variedades alélicas .

Su tratamiento es esencialmente quirúrgico y la técnica estará dada por el cuadro clínico, el examen radiográfico y el estudio histopatológico .

Entre las técnicas que se utilizan para el tratamiento de los tumores odontogénicos encontramos las siguientes :

a) OPERACION CONSERVADORA

Se entiende por operación conservadora, a la enucleación y exsección del tumor. Este método ha sido desarrollado por PIGHLER y TRUNER, y recientemente muchos autores de trabajos sobre ameloblastomas refieren este tipo de tratamiento .

b) OPERACION RADICAL

Consiste en la extirpación de todo tejido tumoral por resección hasta nivel de tejidos sanos del maxilar; puede ser " periférica, en bloque, hemiresección o resección total " .

c) MEDIOS FISICOS Y QUIMICOS

BLOODGOOD, ha recomendado la cauterización con fenol de

las partes blandas residuales del tumor después de la enucleación conservadora; MATHIS propone la solución de CORNOY, DARSISSAC, ácido tricloroacético, BYAS y SARNAT coagulación por diatermia eléctrica .

La desventaja de esta técnica es que requiere de mucha experiencia, ya que no se puede controlar fácilmente su acción en profundidad .

Finalmente esta tesis incluye una clara y amplia revisión bibliográfica de los tumores odontogénicos investigando el tema desde su definición hasta su tratamiento pasando por su clasificación, estudio radiográfico, examen histopatológico y el reporte de un caso clínico de Ameloblastoma Simple .

II.- DEFINICION DE LOS TUMORES ODONTOGENICOS

El término Tumor Odontogénico se emplea para designar un tumor compuesto de células, cuyo propósito principal es formar estructuras dentales .

En otras palabras Tumor Odontogénico es el que, en el curso de su evolución, produce dientes o estructuras dentales desorganizadas, o que contiene progenitores de estas estructuras calcificadas .

Además de su origen tienen otras características en común :

1) Todos son benignos, algunos como el ameloblastoma pueden ser localmente agresivos y recidivar repetidas veces pero ninguno produce metástasis .

2) Aparecen en la mandíbula con mayor frecuencia que en el maxilar .

3) Todos crecen lentamente .

CLASIFICACION DE LOS TUMORES ODONTOGENICOS

Histológicamente, existen tres grupos básicos de tumores odontogénicos :

A) TUMORES ODONTOGENICOS EPITELIALES

- a) Ameloblastoma Simple
- b) Adenoameloblastoma
- c) Melanoameloblastoma
- d) Acantoameloblastoma
- e) Ameloblastoma de Células Granulares
- f) Tumor Odontogénico Calcificante

B) TUMORES ODONTOGENICOS MESENQUIMATICOS

- a) Fibroma Odontogénico
- b) Mixoma Odontogénico
- c) Dentinoma
- d) Cementoma

C) TUMORES ODONTOGENICOS MIXTOS

- a) Fibroma Ameloblástico
- b) Hemangioma Ameloblástico
- c) Odontoma Ameloblástico
- d) Odontoma Complejo
- e) Odontoma Compuesto
- f) Odontoma Quístico

III.- TUMORES ODONTOGENICOS EPITELIALES

AMELOBLASTOMA SIMPLE

La más temprana referencia del ameloblastoma en la literatura científica fué hecha por BROCA, quien consideró a este tumor como de origen odontogénico; sin embargo, GUSACK, - en 1826, reporto un tumor de la mandíbula con semejanza histológica de ameloblastoma, lo que puede haber sido la primera incidencia registrada de este tipo de tumor .

Posteriormente el término AMELOBLASTOMA fué creado por CHURCHIL (1934) y adoptado por la Academia Americana de Patología Oral en 1936. (Se le denominó así por ser sus elementos fundamentales los ameloblastos) .

AMELOBLASTOMA SIMPLE .- Es un tumor odontogénico epitelial benigno que no forma esmalte sino que consta de un epitelio semejante al del órgano del esmalte dentario .

Este tumor puede surgir de los restos de la lámina dental y del órgano productor de esmalte, la capa basal de la mucosa o del revestimiento epitelial de los quistes dentígeros .

EDAD.- El ameloblastoma simple puede ocurrir en cualquier edad, pero en general se dice que es un tumor de la edad adulta, según PINDBORG, se presenta entre los 20 y 40

años siendo un promedio de 30.8 años de edad .

SEXO.- En lo que se refiere al sexo puede afectar a - - ambos con igual frecuencia, aunque algunos autores se inclinan a dar al sexo femenino mayor número de casos .

Según ellos, estaría condicionado a estados particulares como la menstruación y embarazo, cuyas alteraciones hormonales serían capaces de influir .

El tumor ha tenido su origen en la mandíbula con mayor frecuencia que en el maxilar y el 70 % de éstos han sido en la zona molar y rama ascendente de la mandíbula; aproximadamente del 10 % al 15 % están asociados con un diente retenido .

En el maxilar la localización parece ser más frecuente - en la zona canina y antral; los tumores con esta localización pueden crecer hasta el seno maxilar, nariz, órbita e - incluso hasta la base del cráneo .

El ameloblastoma simple produce una resorción más extensa de las raíces de los dientes con los que se encuentra, - que las demás lesiones. Si la lesión ocupa una cavidad única e sólo monoquística, el diagnóstico radiográfico se torna difícil debido a la semejanza que existe con el quiste dentígero y el quiste residual de la mandíbula recubierto de epitelio . La frecuencia del ameloblastoma simple en las zonas desdentadas de donde se han extraído dientes normalmente erup

cionados con cierta antelación sugiere que en algunos casos podría derivar de los restos epiteliales de la membrana periapical subsistente después de la extracción .

DIAGNOSTICO

El diagnóstico del ameloblastoma simple se hace en base a la anamnesis, cuadro clínico y examen radiográfico siendo confirmado con el estudio histopatológico. Este tumor posee dos períodos clínicos :

- 1) Silencioso o Asintomático
- 2) De Exteriorización o Sintomático

Según su aspecto macroscópico se distinguen en sólidos, quísticos y mixtos, las formas quísticas pueden ser uniloculares o multiloculares y se derivan de los sólidos por licuefacción central o son primariamente quísticos como cuando se originan de un quiste dentífero .

Su tamaño es variable; una vez desarrollado puede presentar abultamientos múltiples o únicos, aflojamiento de dientes por resorción de sus raíces .

En los ameloblastomas grandes pueden producirse fracturas espontáneas o patológicas de la mandíbula . Por la infección de dientes desvitalizados o por las extracciones -- puede formarse supuración o fístulas; iniciada su evolución

se desarrollan atrofiando el hueso, pero no infiltrandolo -- normalmente no presentan afección ganglionar, ni dan metástasis .

No son dolorosos, solamente cuando crecen mucho y producen compresión o limitación de funciones .

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

El aspecto radiográfico del ameloblastoma simple no es patognomónico, con frecuencia se trata de una radiolucidez uni o multilocular con una clara división de compartimientos con aspecto de panal de miel o de pompas de jabón .

Según sus variedades clínicas, cuando el ameloblastoma es sólido la imagen radiográfica presenta contornos nítidos sin cavidades menores en su interior; en la forma quística unilocular presenta el aspecto de panal de miel o de pompas de jabón con hueso periférico de aspecto sano, sin infiltración, puede o no presentar un diente incluido en su interior (sobre todo terceros molares inferiores) .

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El ameloblastoma simple presenta un aspecto con islotes de epitelio ameloblástico, con retículo estrellado rodeado

de una matriz conectiva; sin embargo, el retículo estrellado del interior de los islotes epiteliales a veces degenera y se reemplaza por líquidos, originando así los ameloblastomas quísticos uni o multiloculares .

TRATAMIENTO

La operación conservadora es la técnica que se utiliza para el ameloblastoma simple, la cual consiste en la enucleación del tumor. (este método ha sido desarrollado por PICHLER y TRUNER) .

Cuando el tumor es pequeño bastará con el simple raspado o legrado, en los ameloblastomas muy grandes en que las corticales óseas están muy delgadas y pueden ocasionarse fracturas durante el tratamiento, se debe enuclear cuidadosamente el contenido quístico y el parénquima tumoral .

PRONOSTICO

El ameloblastoma simple tiende a la recidiva. El tiempo entre la operación y la recurrencia es variable, unos reportan cinco y otros once años para la presencia de recidivas; el promedio puede decirse, que es de unos siete años .

Se recomienda observar al paciente periódicamente desde el punto de vista clínico y radiográfico después de una intervención quirúrgica conservadora .

ADENOAMELOBLASTOMA

Esta lesión se ha reconocido como un tumor distinto desde la descripción de STAFNE de tres casos en 1948, GHOSH en 1934 describió una de estas lesiones con el nombre de adamantina y su artículo representa el primer reporte acerca de este tumor en la literatura .

Este tumor se observa con mayor frecuencia en la segunda década de la vida; siendo más común en las mujeres que en los hombres .

La mayoría de estas lesiones se asocia a dientes no erupcionados, donde la proliferación epitelial se haya confinada dentro de una cápsula de tejido conectivo adherida al diente.

El adenoameloblastoma también aparece independientemente de un diente no erupcionado, siendo también encapsulado y - muchas veces algo quístico, la pared del quiste exhibe frecuentemente grandes excrecencias murales de tejido tumoral .

Su instalación o crecimiento parecen coincidir con el desarrollo de los dientes permanentes y la mayoría de los tumores odontogénicos .

DIAGNOSTICO

El adenoameloblastoma suele ser asintomático y producir

un agrandamiento en la zona, su tamaño varía desde unos milímetros hasta varios centímetros .

Este tumor puede tornarse muy expansivo; en muchos casos se presenta como una lesión quística y se cree que la gran mayoría proceden del revestimiento epitelial de quistes folículos .

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Radiográficamente el adenoameloblastoma suele ser radiolúcido pareciéndose a un quiste dentígero o a un quiste lateral; muchas veces se observa asociado con un diente retenido.

En la lesión se ve gran cantidad de calcificaciones, las cuales se muestran como glóbulos redondeados carentes de estructura; tienden a aparecer en racimos o masas, estas calcificaciones pueden presentarse en número suficiente que puede ocasionar radiopacidad en la radiografía .

El hecho de que no todo el material calcificado es de la misma estructura se ha probado por medio de la prueba periódica de SCHIFF, lo cual exteriormente mancha de color púrpura las estructuras exteriores y de color café claro interiormente . Es posible que parte del material calcificado es el resultado de la degeneración de calcio .

Uno debe tener en cuenta que las células epiteliales se llegan a calcificar por medio de un proceso observado en los

epiteliomas calcificantes de MALHERBE , en el tumor de PIND-BORG y en quistes odontogénicos calcificantes .

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Histológicamente existe un estroma que varía de las células espinosas a las estrelladas, ocasionalmente con focos de calcificación. Característicamente las estructuras tubulares alineadas con el epitelio columnar o cuboidal son prominentes, siendo el epitelio rico en glucógeno y el material intraluminal es un ácido mucopolisacárido .

No existen elementos fibrosos o epiteliales dentro de estos tubos como los hay en los ameloblastomas simples; cuando están presentes estos elementos epiteliales están fuera de las estructuras tubulares, el pleomorfismo e hiperchromasia son mínimos .

A diferencia de otros ameloblastomas el adenoameloblastoma puede estar encapsulado, por ésta razón los espacios de medalla que rodean la lesión están libres e separados del tumor . Los criterios histopatológicos necesarios para el diagnóstico de una de estas lesiones no se ha definido, pero -- ciertamente las estructuras tubulares son las que se encuentran característicamente .

Después del estudio morfológico e histopatológico de un

adenoameloblastoma extirpado se llegó a las siguientes conclusiones :

1.- Cuando hay cambios morfológicos del parénquima neoplásico con estructuras glandulares tipo tubo, cuyas células cilíndricas parecen ameloblastos, la lesión debe ser diagnosticada como adenoameloblastoma .

2.- Las calcificaciones en el adenoameloblastoma son formaciones diatróficas las cuales surgen en los lugares eosinófilos que resultan de la degeneración eritrocítica .

3.- Estas calcificaciones no deben interpretarse como un ensayo de amelogénesis .

4.- El parénquima neoplásico es bajo en glucógeno, pero en el citoplasma de la célula, y espacios intercelulares hay una mezcla de glucoproteínas, mucopolisacáridos y sulfatados

5.- El adenoameloblastoma es un tumor odontogénico que puede surgir del epitelio oral embrionario, del epitelio quístico o de los restos epiteliales de MALASSEZ .

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

El tratamiento del adenoameloblastoma suele ser por medio del método conservador; que consiste en la eliminación por simple enucleación o escisión de la zona afectada .

Su pronóstico siempre es favorable ya que no es un tumor recidivante .

MELANOAMELOBLASTOMA

A este tumor se le denomina también como tumor primordia--
l retiniano o ameloblastoma pigmentado .

Su origen o causa es desconocida, muchos le atribuyen origen odontogénico, otros creen que proviene de la porción pigmentada de la retina y hay quienes creen que se forma a partir del órgano vomeriano nasal .

Este tumor se observa con mayor frecuencia en las mujeres y en niños menores de seis meses . La lesión aparece habitualmente en el maxilar, sobre todo en su porción anterior.

DIAGNOSTICO

Se presenta como una tumoración de crecimiento relativamente rápido, en la parte anterior del maxilar, levanta el labio superior del niño y lo dificulta la succión .

Este tumor no produce metástasis y es benigno .

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

El melanoameloblastoma radiográficamente presenta zonas radiolúcidas y desplazamiento de dientes en desarrollo .

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El melanoameloblastoma está constituido por nidos de pequeñas células epiteliales, reunidas en islotes separados - por haces densos de tejido conectivo. Uno de éstos tipos de células, es una célula cuboidea con abundante citoplasma que contiene gránulos pardos de melanina; el otro tipo consiste en un núcleo redondo intensamente basófilo y con escaso citoplasma .

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

El tratamiento que se utiliza es la técnica conservadora es decir; por enucleación y legrado.

Su pronóstico es favorable ya que no es recidivante .

ACANTOAMELOBLASTOMA

Este tumor es una variedad de ameloblastoma simple, -- siendo idéntico en casi todos los aspectos excepto en su - apariencia histológica .

Se aplica el término acantoameloblastoma cuando el tumor ofrece una extensa metaplasia escamosa, a veces con forma- ción de queratina .

El ameloblastoma acantomatoso no es tan raro como el ade- noameloblastoma aunque poco se habla en la literatura de es- te tumor .

Para algunos autores el acantoameloblastoma corresponde al carcinoma, y hay otros que ni siquiera lo mencionan .

DIAGNOSTICO

Las características clínicas de los casos observados son casi idénticos a la de los ameloblastomas simples, excepto - la edad de los pacientes, la cual es entre la 3a y 4a 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 diagnósti

co equivocado de carcinoma y por lo tanto no pueden ser clasificadas como malignas .

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Parte o todo, el tumor consiste de células epiteliales, las cuales están compuestas de células escamosas, éstas últimas pueden estar queratinizadas. El tumor puede mostrar características de células tipo ameloblástico y células que se parecen al retículo estrellado .

En esta variedad también ha sido posible evidenciar una marcada tendencia a la producción de formaciones conocidas como perlas epiteliales que han sido observadas por varios autores referidos por SQUIRRE .

En este tipo de tumor predominan las células cúbicas y cilíndricas que se agrupan en islotes o lóbulos epiteliales constituyendo lo que KROMPECHER ha denominado carcinoma basocelular perlado o intermedio de KROMPECHER .

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Debido a que existe la posibilidad de una transformación maligna en este tipo de ameloblastoma, el tumor debe ser extirpado quirúrgicamente mediante resección local de la zona invadida de hueso o incluyendo un amplio margen de hueso por

mal.

PRONOSTICO

Estas lesiones tienden a recidivar, aunque sin embargo, se cree que si se dejan estos tumores sin tratamiento, pueden convertirse en carcinomas de células escamosas invasoras.

AMELOBLASTOMA DE CELULAS GRANULARES

Este tumor constituye la forma más rara y controvertible de los ameloblastomas. El origen de las células granulares parece ser epitelial y estudios ultraestructurales recientes han indicado que los gránulos citoplasmáticos probablemente representan agregados lisosómicos .

DIAGNOSTICO

El ameloblastoma de células granulares aparece con frecuencia en la parte posterior de la mandíbula, afectando a pacientes de 41 años de edad como término medio .

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Las células granulares son epiteliales y, aunque superficialmente se parecen a las del " ameloblastoma " de células granulares, su transformación a partir de células cilíndricas foliculares es tan evidente que se puede excluir cual---

quier asociación, también muestra una cantidad numerosa de - grandes células eosinófilas, estas células constituyen la - masa central de los islotes y cordones epiteliales, en tanto que la periferia de los islotes está compuesta de células ci lindrícas altas .

PRONOSTICO

Esta lesión recidiva con mayor frecuencia más que el ame loblastoma quístico y, por lo tanto requiere de exámenes cui dadosos .

TUMOR ODONTOGENICO CALCIFICANTE

" TUMOR DE FINDBORG "

Este tumor se incluye es este grupo por ser de origen odontogénico epitelial y su evolución parecerse a la del ame loblastoma simple.

Se presenta entre la 5a y 6a década de la vida en ambos sexos, teniendo predilección por las zonas de los premolares y molares, aparece con mayor frecuencia en la mandíbula que en el maxilar. La gran mayoría de los tumores han sido en- contrados en asociación con un diente incluido y a menudo - estos dientes son los que rara vez dejan de erupcionar, como

son los primeros premolares y primer y segundo molares, esto sugiere que una muy temprana aparición del tumor puede impedir la erupción .

Este tumor se caracteriza por una forma especial de calcificaciones fibrosas en el interior de las células tumorales degeneradas . Por lo general crece con lentitud y de ordinario se manifiesta primero por un aumento de volumen indoloro en la región involucrada .

Estos tumores no se fusionan con el hueso normal que los rodea, sino que permanecen encapsulados por tejido conectivo.

DIAGNOSTICO

Este tumor es localmente invasor y tiende a recidivar a medida que crece, dilata las estructuras óseas circundantes y produce un evidente aumento de la zona afectada.

En su forma clínica se comporta como un ameloblastoma simple y debe ser tratado como tal .

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Su imagen radiográfica es similar en muchos aspectos a la mayoría de los ameloblastomas, es multilocular teniendo el aspecto de un panal de abejas.

La lesión entera no obstante es en general más radioopaca, sus bordes son irregulares y mal definidos. También se observa una línea radiolúcida que separa el tumor del hueso.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

De acuerdo con PINDBORG (1958) el tumor tiene un patrón epitelial particular, hay extensa degeneración intacelular - y en el citoplasma degenerado tiene gran afinidad por las - sales minerales que se depositan en forma de anillo .

En algunas partes del tumor las células calcificadas convergen para formar masas que aparecen en la radiografía como zonas radioopacas, a diferencia del ameloblastoma simple no hay células columnares parecidas a los ameloblastos o células centrales semejantes al retículo estrellado .

En algunos tumores, los cuerpos son tan grandes que oscurecen la naturaleza de la lesión, especialmente si las islas epiteliales son pocas y pequeñas .

TRATAMIENTO

En su tratamiento se utiliza la técnica conservadora que consiste en la enucleación del tumor .

IV.- TUMORES ODONTOGENICOS MESENQUIMATICOS

FIBROMA ODONTOGENICO

Este tumor, es conocido también con el nombre de edentoma blando, puede nacer, al igual que el mixoma del cual es progenitor según algunos anatomopatólogos, de la parte mesenquimal del germen dentario, la papila dentinal y la membrana perio--dental . Por lo tanto está frecuentemente asociado con las raíces de un diente; el tejido alcanza una diferenciación celular más alta que la que se observa en el mixoma y puede distinguirse de un mixoma de derivación osteógena por los hallazgos de cementículos o formación de dentina en el tejido .

Este tumor representa aproximadamente el 23.3 de tumores odontogénicos de los maxilares, BERNIER (1955) describió un caso de fibroma odontogénico en el lugar del tercer molar inferior de una niña de 12 años, por eso está íntimamente relacionado con la porción coronal o radicular de un diente y debe diferenciarse del fibroma intraóseo no dental que puede originarse del endostio y aparecer lejos de la zona de implantación de los dientes .

DIAGNOSTICO

El fibroma odontogénico es un tumor central de la mandíbula, suele iniciarse en la región apical de un diente, sien-

de más común en la zona de los terceros molares y áreas de caninos, son unilaterales; estos tumores ocurren con igual frecuencia en ambos sexos y la mayoría de los pacientes están en la 1a. y 2a. década de la vida .

Crecen lentamente y no dan síntomas hasta que por su gran volumen óseo desfiguran la cara y producen maloclusión.

En ocasiones causan dolor y hay parestesia del labio; aunque penetran profundamente en el hueso, no atraviesan el periostio . A simple vista presentan una superficie densa de color gris rosado sin zonas gelatinosas .

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Las radiografías presentan una radiolucidez de varios tamaños redondos e irregulares, en donde se observa al tumor asociado con la corona de un diente, razón por la cual se parece a un quiste dentífero; sin embargo, el cirujano se encuentra con una lesión sólida más que quística .

Este tumor se forma en el hueso esponjoso, destruye las trabéculas y forma un gran defecto quístico e poliquístico, en los tumores grandes se destruye la lámina cortical; pero sin actividad en el periostio, los cementículos se observan en el área apical, sus bordes son bien definidos, pero pueden ser lobulados .

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El fibroma odontogénico está formado de células de tejido conjuntivo que producen fibras colágenas . En algunos casos el tumor es muy celular, y las células son semejantes a las que se encuentran en la papila dentinal.

En estos casos las fibras de colágena no son una característica, en algunas ocasiones se encuentra una pequeña cantidad de epitelio odontógeno en una parte del tumor , pero es inactivo . La formación de cementículos denota características odontogénicas, mientras que la formación de trabéculas de huesa indica una característica osteógena de las células tumorales, aunque con frecuencia existen ambos tipos de células tumorales .

Las secciones microscópicas muestran una masa densa circunscrita de tejido conectivo en la cual hay islas de epitelio disperso; estas células no son imitadoras de los ameloblastos, se observan junto con los cordones epiteliales calcificaciones amorfas diseminadas, consecutivas a fenómenos degenerativos. Aunque puede haber células epiteliales odontogénicas el tumor se forma de tejido mesenquimatoso .

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Per su carácter benigno se opta por el método conservador; es decir, por la extirpación quirúrgica por curetaje .

PRONOSTICO

Algunos de estos tumores recidivan con tendencia a ser localmente agresivos, por lo que al paciente se le debe examinar periódicamente desde el punto de vista clínico y radiográfico hasta que haya logrado una cicatrización completa .

MIXOMA ODONTOGENICO

El mixoma odontogénico se compone de tejido conjuntivo - fibroso muy laxo y mixomatoso, sus células fusiformes presentan prolongaciones largas y los núcleos delicados y alargados se tiñen intensamente; los contornos de las células son indistintos y poco frecuentes las figuras mitóticas; a veces se encuentra colágena .

Este tumor es localmente invasivo sin dar metástasis, - de crecimiento lento y asintomático que puede producir con el tiempo una expansión localizada en el maxilar .

Aparentemente de origen odontogénico y probablemente puede formarse de islas retenidas de tejido embrionario indiferenciado o de la parte mesenquimática de la papila dentinal.

Estos tumores suelen encontrarse en la parte central del maxilar o en las zonas portadoras de dientes de la mandíbula y muy a menudo se asocian con dientes no erupcionados, la -

presencia de fibras colágenas convierte a este tumor en un fibromixoma . Se presenta en personas menores de 35 años, siendo muy probable que este tumor sea odontogénico porque en apariencia no se encuentra en huesos que no pertenezcan al esqueleto facial .

DIAGNOSTICO

Los tumores mixomatosos son benignos en su forma clínica, son invasores locales y algunos pueden agrandarse .

En la mandíbula se localiza con igual frecuencia en rama y en cuerpo, y su localización en la sínfisis es menos frecuente .

Los tumores en el maxilar pueden perforar e invadir el antro, llenándolo completamente y produciendo exoftalmos, -- las paredes antrales están dilatadas, pero rara vez destruidas. Los dientes se hayan con frecuencia desplazados y al rededor del 10 % de los casos existen signos de resorción de la raíz dental .

Aunque la dilatación ósea puede ser intensa y producir gran deformidad facial es raro que haya dolor intenso .

El mixoma odontogénico crece lentamente, teniendo los casos típicos un promedio de duración de aproximadamente 5 años antes de la terapéutica .

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

En la radiografía se puede observar una zona radiolúcida bien circunscrita donde existen compartimientos multiloculares. Tiende a presentar una imagen en forma de panal, pareciéndose en este aspecto quizá al ameloblastoma simple; perfora la corteza del hueso maxilar cuando alcanza gran tamaño.

Conviene distinguir esta lesión del granuloma reparativo de células gigantes, de la displasia fibrosa y del ameloblastoma simple. Sus componentes son angulares y pueden estar separados por tabiques rectos que forman espacios cuadrados, rectangulares y triangulares, la porción central se haya atravesada por un traveculado fino y delgado .

La radiografía dental dá una mejor imagen del interior de la lesión .

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Microscópicamente el mixoma odontogénico es blando, presentando una superficie abombada de color grisáceo y ámbar, los cortes microscópicos revelan pocas células estrelladas y una cantidad abundante de sustancia intercelular, levemente basófila; dentro de este tejido pueden verse focos aislados de epitelio . La presencia de estas células distingue a este tumor del verdadero mixoma .

Dentro de la lesión puede haber pequeñas porciones de material calcificado que se parecen al cemento; al crecer el tumor invade al hueso y destruye sus trabéculas, su sustancia intercelular es rica en ácido hialurónico y algunas veces se puede observar un filamento inactivo de epitelio odontogénico generalmente alrededor del tumor .

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

El tratamiento del mixoma odontogénico consiste en la -enucleación y raspado o en la escisión radical del tumor, algunas veces seguida por cauterización química o eléctrica .

Para las lesiones extensas se ha utilizado la resección en bloque, por la alta frecuencia de recidiva, la erradica-ción debe ser completa, como no es un tumor radiosensible se excluye la radiación en su tratamiento .

Se deberá intervenir en forma muy cuidadosa en el maxi-lar debido a que con frecuencia se encuentra asociado o inva-dido el seno del maxilar .

PRONOSTICO .- Su pronóstico es excelente, siendo las re-cidivas frecuentes en un 25 % si el tratamiento es muy con-servador .

DENTINOMA

Es un tumor odontogénico bastante raro, compuesto en particular de dentina y pequeñas cantidades de tejido blando y cemento . El cemento es de tipo celular y se encuentra en la periferia del tumor, no existe esmalte presente .

Los dentinomas se hayan por lo general asociados con las porciones coronarias de los dientes permanentes posteriores no erupcionados y en pocos casos con los de la dentición primaria . Se presenta en la mandíbula y parece ocurrir en dos formas, el tipo inmaduro (fibrodentina ameloblástico) y el tipo maduro .

El tipo inmaduro es fundamentalmente un fibroma ameloblástico, en el cual una ulterior inducción del mesénquima por el epitelio ha dado lugar a la producción de dentina u osteodentina, la edad promedio de los pacientes con dentinoma inmaduro es aproximadamente igual que la de los pacientes con fibroma ameloblástico .

El dentinoma maduro es un tumor que consiste de numerosas islas de osteodentina sin signo de un componente epitelial. Como la producción de dentina o de una sustancia semejante a la dentina sin un epitelio ameloblástico no es compatible con la teoría de la inducción, THOMA y GOLDMAN señalaron que " puede haber producción de dentina sin epitelio -- odontogénico " .

PINDBORG y CLAUSEN, opinaban que el epitelio ha tenido - que estar presente alguna vez para dar lugar a la inducción, pero que probablemente degeneró luego, como ocurre con la lámina dental durante el desarrollo del diente normal .

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

El aspecto del dentinoma maduro es el de una masa radiopaca en íntima proximidad con la corona de un diente no erupcionado .

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Dentinoma Inmaduro.- Microscópicamente este dentinoma es tá a menudo encapsulado, siendo algunas partes del tumor -- idénticas al fibroma ameloblástico.

Dentinoma Maduro.- Consiste en masas eosinófilas redondas o irregulares de osteodentina en un estroma mesenquimatosa laxa. En algunas ocasiones se ha comunicado un depósito - periférico de cemento sobre la osteodentina .

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Los dentinomas se hayan frecuentemente encapsulados y resultan fácil de extraer del hueso circundante, por lo que su tratamiento consiste en la enucleación total de la lesión.

CEMENTOMA

El origen del cementoma es mesenquimático y casi siempre deriva de la membrana periapical de los dientes desarrollados y erupcionados por completo .

Por su desarrollo, su comportamiento clínico y aspecto radiográfico, sigue un curso propio y puede considerarse una entidad patológica definida, THOMA denominó al primer período del cementoma, " Cementoblastoma " aplicándosele también otros nombres como son : fibroma osificante, enostosis y displasia ósea periapical .

Los cementomas aparecen con más frecuencia en la mandíbula, aproximadamente el 92% y por lo general en la región de los incisivos, teniendo vitalidad los dientes afectados .

En tanto que en el maxilar se ve afectado pocas veces, - siendo la relación de 15 : 1 habiendo decidida tendencia a la aparición múltiple, teniendo algunas personas hasta ocho dientes de la mandíbula afectados; el tamaño permanece en la mayoría de las veces pequeño, más del 70 % de los casos se encuentra en la raza negra y es 10 veces más común en las mujeres que en los hombres .

La lesión es resultado de la proliferación del tejido conjuntivo de la membrana periapical para formar una masa de tejido fibroso de distinto tamaño que se encuentra adherida

al extremo de la raíz del diente.

En este período se deposita en esa zona de la masa fibrosa más cerca de la raíz, un número escaso de cuerpos redondos u ovoides calcificados que parecen cementículos y que pueden encontrarse en ciertos casos dentro de una membrana periapical con espesor normal .

La masa de tejido conjuntivo fibroso puede quedar convertida en cemento o hueso, o puede seguir sin modificación durante un período de tiempo indefinido .

THOMA y otros autores dividieron el desarrollo de esta lesión en tres estadios :

1.- Estadio Osteolítico.- La lesión puede permanecer como un fibroma periapical o un cementoblastoma, por un lapso indefinido .

2.- Estadio Intermediario o Formador de Cemento.- la mayor parte de la masa fibrosa puede convertirse en una sustancia calcificada más parecida al cemento que al hueso normal.

3.- Estadio Maduro Inactivo.- en casos raros la masa puede ser reemplazada por hueso normal; la lesión fibrosa se convierte en una masa calcificada .

Aún cuando el cementoma se incluye dentro de los tumores odontogénicos de origen mesenquimático, su causa aún no es bien definida . Se mencionan como causas probables la oclu-

sión traumática y los traumatismos, pero muchos cementomas toman los incisivos inferiores que no han estado nunca en -- oclusión, y los incisivos superiores que son los dientes más sujetos a traumatismos, rara vez se ven involucrados .

A veces los cementomas múltiples comprometen una considerable área de hueso .

DIAGNOSTICO

La evolución de la lesión desde la primera etapa hasta la tercera etapa requiere un período de 6 años.

A causa de la ausencia de síntomas, el diagnóstico casi siempre se basa en un examen radiográfico dental general.

Si el diente es de color normal y responde igual a las pruebas de vitalidad, puede llegarse a un diagnóstico bastante confiable; en especial si no existe historia de pulpitis o traumatismo .

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

La imagen radiográfica del cementoma depende del período y curso de su desarrollo.

En el primer período las radiografías muestran una zona radiolúcida bien circunscrita en el área periapical, algo parecida a la de un granuloma o a la de un quiste recubierto de epitelio, esto es cuando la lesión consiste especialmente

en tejido conectivo; siendo esta imagen la que ocasiona mayor confusión en el diagnóstico .

En el segundo período se observa una imagen radioopaca dentro de la zona radiolúcida en su origen .

Se ve cuando se ha formado suficiente sustancia calcificada en la zona central . En este estadio también puede manifestarse un depósito de cemento sobre la superficie de la raíz ocasionando hipercementosis .

En el tercer período se observa en la radiografía cuando la lesión ha sufrido calcificación casi completa; observándose una masa radioopaca redondeada u oval, rodeada por un espacio radiolúcido que representa al ligamento periodontal y que la separa del ápice .

En ningún caso existe resorción de la raíz del diente; el hallazgo radiográfico de importancia es el espacio radiolúcido que separa la masa calcificada del hueso normal que lo rodea, siendo este rasgo el que distingue a los cementomas de la osteoclerosis, osteitis condensante, la endostosis y otros estados en donde la lesión se fusiona en forma directa y se continúa con el hueso normal adyacente .

En casos raros las lesiones fibrosas del periápice pueden volver a convertirse en hueso normal y entonces la imagen radiográfica también vuelve a su normalidad.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Microscópicamente en la primera fase la lesión se compone de fibroblastos jóvenes y una cantidad moderada de fibras colágenas.

En la segunda fase las lesiones muestran la formación incipiente de espículas e islotes de un tejido calcificado basófilo acelular que se asemeja al cemento .

En la última fase, toda la lesión consiste en masas calcificadas intensamente basófilas, en las cuales se observan pocas células, numerosas líneas de reposo y reversión de espacios medulares escasos y pequeños.

En su aspecto microscópico de la displasia cemental periapical en su estadio inicial de desarrollo, está constituida por fibroblastos y algunos vasos sanguíneos, presentando un cuadro similar al de un joven ligamento periodontal en el ápice de un diente .

Al progresar la enfermedad, los fibroblastos pueden diferenciarse en cementoblastos; la cementogénesis causa en ocasiones formación de cementículos redondeados que pueden aumentar de tamaño y fusionarse para formar masas sólidas de cemento .

Cuando la actividad osteoblástica es intensa, la lesión está compuesta de tejido fibroso con diversos grados de celularidad, mezclado con tejido osteoide y hueso, cuadro seme--

jante al de la displasia fibrosa del hueso; algunas veces -- hay líneas irregulares de incremento que dan al hueso un aspecto pagetoide .

TRATAMIENTO

No existe indicación alguna para la eliminación de este tumor, a no ser que esté distorcionando un área desdentada y origine sectores elevados que interfieran con la colocación de una prótesis .

Los cementomas no alcanzan en general tamaño apreciable y la intervención quirúrgica se indica por excepción, en particular si el resultado va a ser la pérdida de dientes útiles .

V.- TUMORES ODONTOGENICOS MIXTOS

En estos tumores participan componentes epiteliales y mesenquimáticos del germen dentario. Pueden quedar en un estado no maduro de desarrollo celular (odontoma blando) o producir tejidos más diferenciados: esmalte, dentina y cemento .

Naturalmente, estas sustancias más diferenciadas están - formadas de células como las que se ven en el desarrollo normal del diente: ameloblastos, odontoblastos y cementoblastos.

Tienen los mismos efectos inductivos una sobre otra, como puede observarse en la formación de un diente normal .

En el desarrollo normal del diente sólo se forman odontoblastos contra una capa de ameloblastos, como ha hecho notar GLASSTONE (1935); pero el esmalte sólo se deposita si los ameloblastos están polarizados por la formación de dentina .

La prueba de ésto se encuentra en la observación de APRARSON (1937), quien dice que no se forma esmalte en un ameloblastoma porque no hay dentina. THOMA y GOLDMAN (1946), en su estudio de los tumores odontogénicos, dicen que puede - - producirse dentina al igual que cemento, a pesar de la ausencia del epitelio odontógeno, si bien el esmalte no se presenta en los tumores puramente epiteliales .

Anteriormente se daba el nombre de odontoma cuando se - formaba tejido calcificante, pero un estudio cuidadoso de -

estos odontomas revela que muchos de ellos contienen cantidades considerables de tejido blando, tanto epitelio proliferante del esmalte, como células mesenquimáticas, de las que pueden formarse dentina y cemento .

FIBROMA AMELOBLASTICO

A este tumor se le ha denominado con más frecuencia --
" Odontoma Mixto Blando " .

Es una lesión muy rara que resulta de la proliferación de elementos epiteliales y mesenquimáticos. En algunos casos puede formarse de un germen dentario antes del inicio de la calcificación; en éste caso se aborta la formación del diente normal .

El fibroma ameloblástico aparece por lo común en las dos primeras décadas de la vida, siendo la edad promedio de aparición alrededor de los 15 años, presentándose con mayor frecuencia en la mandíbula que en el maxilar, especialmente en la zona de premolares y molares; por lo regular se asocian con dientes retenidos, afectando por igual a ambos sexos .

DIAGNOSTICO

El fibroma ameloblástico es un tumor benigno que puede dilatarse pero no invade. No tiene ningún componente de teji

de calcificado, ni infiltra difusamente los espacios medulares circundantes como el ameloblastoma ordinario, el tejido tumoral se extiende al interior del hueso como una masa sólida . Este tumor es de crecimiento lento y menos agresivo, suele ser asintomático y producir una dilatación indolora y lenta de las láminas corticales de la zona premolar y molar del maxilar, siendo con más frecuencia en la mandíbula .

Los dientes vecinos son desplazados pero no destruidos, conservando su vitalidad .

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

El fibroma ameloblástico se observa en la radiografía - como un área de radiolucidez multilocular uniforme, de bordes suaves y bien definidos, el aspecto de los que se encuentran en la zona pericoronaria de los dientes no erupcionados es similar al del quiste dentífero .

Se observa expansión de las tablas del maxilar y en algunos casos existe desplazamiento de los dientes y separación de las raíces de dientes adyacentes .

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El tumor revela una imagen característica, existe un fondo de tejido mesenquimatoso joven, y altamente celular; en el interior de éste mesenquima pueden verse cordones y brotes

de epitelio dentro de un estroma de tejido conectivo embrionario de la pulpa dental .

El retículo estrellado se desarrolla dentro de los brotes más grandes, y las células periféricas asumen el aspecto de altas columnas similares a las que se encuentran en el epitelio interno del esmalte de un germen dentario en desarrollo . Por lo general no hay estructuras dentarias calcificadas, aunque es factible encontrar focos ocasionales de dentina y esmalte si se examinan suficientes secciones o cortes.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

El fibroma ameloblástico es encapsulado y se elimina con facilidad por simple raspado, sin embargo de acuerdo con TRODAHL (1972) existe una tendencia potencial definida a la recidiva .

HEMANGIOMA AMELOBLASTICO

Su componente epitelial es igual que en los demás ameloblastomas, variando sólo en su componente conjuntivo que se encuentra altamente vascularizado.

Los vasos sanguíneos son grandes y numerosos con paredes bien desarrolladas. Su papila dental al no ser un tejido muy vascularizado, es probable que no esté relacionada con la abundancia de vasos, siendo más factible que la reacción es-

té vinculada al bien vascularizado tejido perifolicular como en el caso de otras lesiones odontógenas y rara vez existe cápsula .

PATOGENIA

No se sabe mucho sobre el desarrollo de esta combinación de tumor, AISENBERG dice que como se encuentran muchos capilares rodeando el epitelio del esmalte externo para dar riego sanguíneo al órgano que produce esmalte, no parece probable que la formación del tumor esté estimulada por la irrigación sanguínea , y por ello la formación de los vasos sanguíneos se convierten en parte del proceso tumoral .

ODONTOMAS

Los odontomas son tumores odontogénicos, los cuales están compuestos de tejidos dentales duros. Surgen de los odontoblastos y pueden estar formados de dentina y esmalte .

Estos tumores suceden a cualquier edad y en ambos sexos.

Los maxilares estan igualmente afectados y generalmente cursan asintomáticos; raramente llegan a tener grandes tamaños y pueden producir deformidad de contornos normales de los maxilares . Son de lento crecimiento y pueden persistir sin ningún síntoma por varios años, pueden crecer en un tiem

po y después quedarse por el resto de la vida del paciente -
estáticos .

Las alteraciones en el desarrollo de la lámina dental o
folículo ocasionadas por traumatismos o infecciones y la re-
tención dentaria pueden actuar como factores que despertando
la actividad de los restos paradentarios podrían explicar la
etiología de estos tumores .

Estas lesiones se originan en las porciones mesenquimato
sas y epiteliales del folículo dentario. Algunos autores --
creen que son de origen neoplásico, en tanto que otros acep-
tan la teoría de que el resultado es de una embriogénesis -
defectuosa .

La primera investigación de los odontomas fué realizada
por BLAND-SUTTON en 1867 y su trabajo constituyó la base de
estudios posteriores .

Después GABELL JAMES y PAINE en 1914 referidos por HUT--
CHINSON emprendieron una revisión completa del tema y sus -
comprobaciones aparecen en " El informe sobre Odontomas " de
la Asociación Británica Dental .

El término odontoma fué empleado por BROCA para designar
todos los tumores de origen dentario, acepción que acatan -
otros autores y la cual no compartimos. Sólo llamamos odonto
mas a esta clase especial de tumores formados como ya diji--
mos, por tejido dentarios calcificados .

ODONTOMA AMELOBLASTICO

El odontoma ameloblástico es un tumor mixto más diferenciado, en el cual sus componentes mesenquimatosos y epiteliales forman dentina, cemento y esmalte; este tumor se desarrolla a partir del folículo dentario, y suele ser mayor que las otras variedades de ameloblastomas .

Se encuentra asociado a un diente no erupcionado encontrándose en la zona pericoronaria, rara vez puede desarrollarse temprano a partir de un germen dentario y reemplazar al diente normal que de otra manera hubiera estado presente.

El odontoma ameloblástico es poco frecuente, aunque no tan raro como el dentinoma; este tumor está caracterizado por la ocurrencia simultánea de ameloblastoma y odontoma complejo o compuesto dentro del mismo tumor .

El tumor aparece por lo general durante la 1a. década de la vida, afectando a los niños aunque los límites han sido de 6 meses a 40 años, aparece en ambos maxilares, sobre todo en la mandíbula, siendo la zona más afectada la de los premolares y molares, este tumor suele ser expansivo .

DIAGNOSTICO

Su crecimiento es lento, dando lugar a asimetrías faciales pronunciadas y con dolor. En muchas ocasiones se encuen-

tra asociado con tumefacción del proceso alveolar, este tumor es más agresivo que el fibroma ameloblástico .

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Radiográficamente se puede observar que produce expansión y destrucción ósea. La lesión se observa como una cavidad bien circunscrita en el hueso con bordes bien definidos, dentro de la cavidad existen cantidades diversas de material radioopaco que constituyen las estructuras dentarias duras presentes; las zonas que no son radioopacas representan tejidos blandos o componentes ameloblásticos .

El contenido calcificado de la lesión no se fusiona con el hueso que lo rodea, según se aprecia por una línea radiolúcida que lo separa .

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Sus características histológicas son las de un ameloblastoma (islotes de células columnares alrededor de un retículo estrellado), existen tejidos diversos como son : epitelio ameloblástico, retículo estrellado, matriz de esmalte, esmalte, dentina, osteodentina, hueso, cemento y tejido pulpar . Aunque muchas veces los tejidos están ordenados al azar, puede haber pruebas de formación de dientes pequeños, su tejido estromático periférico es muchas veces inmaduro y

semejante al estroma de un fibroma ameloblástico .

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

El tratamiento del odontoma ameloblástico es la enucleación en bloque, algunos investigadores creen que la recidiva junto con la continua destrucción ósea es común después del cureteado o enucleación conservadora y que es necesario un criterio más radical .

Su pronóstico no es muy favorable ya que tiene gran tendencia a la recidiva .

ODONTOMA COMPLEJO

El origen de este tumor es similar al del odontoma ameloblástico, se trata de una masa calcificada semiredonda, dura, de esmalte, dentina y cemento, mezclados entre sí, sin guardar la disposición anatómica de una estructura dental normal, en el desarrollo normal existe una degeneración de la lámina dental poco después de la formación de tejido duro, que resulta desplazado el diente e impedida su erupción.

Estos tumores varían de tamaño entre 0.5 y 5 cm. de circunferencia, los odontomas se expanden y provocan el afinamiento de las tablas corticales del hueso llegando hasta ocasionar la destrucción completa del hueso cortical .

DIAGNOSTICO

El odontoma complejo parece ser más frecuente que el odontoma compuesto, pero mucho más que el odontoma ameloblástico, la mayoría se diagnostican en la 1a, 2a y 3a década de la vida. El odontoma complejo no es maligno y suele permanecer pequeño aunque algunas veces se observa de gran tamaño .

Por lo menos el 70 % ocurren en la región del 2o y 3o molar siendo más frecuente en la mandíbula que en el maxilar, en algunas ocasiones los encontramos asociados con el desarrollo de un quiste dentígero .

Estos odontomas complejos son asintomáticos y se detectan con exámenes radiográficos dentales .

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

En las radiografías se observan radioopacidades irregulares rodeadas por una estrecha banda radiolúcida, con frecuencia se ven asociados con un diente no erupcionado .

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Este tumor contiene todos los elementos maduros de la estructura dentaria: dentina, dentinoide, esmalte, matriz de esmalte, tejido pulpar y cemento que presentan entre sí una relación variable.

La masa de estructura dentaria dura se encuentra rodeada por una cápsula de tejido conectivo que podría estar uni-

da a la membrana periodontal de un diente no erupcionado .

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Los odontomas complejos estan rodeados por una fina membrana y cuando son de tamaño pequeño, una vez eliminado el hueso suprayacente, pueden ser extraídos con facilidad; más sin embargo, cuando son voluminosos e irregulares en su contorno deben ser seccionados y extraerlos en pequeños fragmentos ya que de lo contrario se provocaría una fractura maxilar si se quiere elevar toda la masa tumoral . Su pronóstico es favorable .

ODONTOMA COMPUESTO O COMBINADO

El odontoma compuesto está constituido de muchas formas dentales diminutas y rudimentarias (denticulos), pero completas en cuanto a corona de esmalte y raíces cubiertas de cemento, se les asocia a menudo con dientes que no han hecho erupción .

Al tumor se le denomina compuesto cuando las estructuras calcificadas exhiben suficiente semejanza anatómica con los dientes normales, aunque los dientes sean pequeños y deformados . Frecuentemente estos tumores aparecen entre las raíces de los dientes anteriores temporales, impidiendo la erupción

de los dientes permanentes .

El odontoma compuesto consiste en manojos de dientes -- enanos y deformados con una relación esmalte-dentina-cemento normal; no se observan focos de proliferación ameloblástica.

El número de dientes puede variar y en general cuanto ma yor es su número más pequeños son; muchos de los odontomas compuestos se descubren por primera vez con un examen radiográfico dental de rutina, en adultos con dientes erupciona-- dos normales y en tales casos quizá no hay síntomas o compli-- caciones atribuidas al odontoma, sin embargo, como en todos los dientes retenidos existe la posibilidad de que se desa-- rollen quistes a partir de ellos; por lo tanto se indica un examen radiográfico periódico .

DIAGNOSTICO

En muchos casos los odontomas compuestos son causa de -- malposiciones de los dientes normales y a menudo impiden su erupción; esta erupción puede producirse si se descubre el -- tumor y se elimina a temprana edad .

Por lo menos el 60 % se diagnostica en la 2a, y 3a. déca da de la vida; la lesión es más común en la región de los -- caninos o cerca de ellos y suele ser más frecuente en el ma-- xilar que en la mandíbula, y en el maxilar tiene un promedio en número mayor de dientes pequeños. Este odontoma tiende a ser benigno y pequeño .

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

El odontoma compuesto se observa como una masa radioopaca irregular, dentro de la cual pueden reconocerse dientes; si sólo se encuentran algunos, puede advertirse en cada diente un espacio periodontal y pericoronario, característica de los dientes no erupcionados.

Si existen muchos, la masa radioopaca esta rodeada por una línea radiolúcida que presenta el espacio pericoronario del diente no erupcionado .

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El odontoma compuesto tiene su origen en proliferaciones accesorias del epitelio odontogénico formados directamente a partir de la lámina dental, o de restos que persisten como remanentes de un cordón epitelial no resorbido después del cierre del folículo de un diente normal .

Los restos se vuelven órganos productores de esmalte activo que forman dientes anormalmente pequeños; la mayoría son cónicos y en general tienen una raíz única. Se desarrollan y alcanzan la madurez casi al mismo tiempo que los dientes de la dentición permanente .

En contraste con el odontoma complejo no se desarrollan del folículo normal del diente en la región donde aparecen, sino que lo hacen con independencia de ellos . Algunos tumores tienen hasta 3 ó 4 dientes mantenidos juntos dentro de -

una cápsula de tejido conjuntivo .

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Su tratamiento es la extirpación quirúrgica, teniendo - cuidado de no estorbar los dientes que no han erupcionado, - siendo su enucleación muy fácil .

Su pronóstico es favorable debido a que no hay recidiva después de su enucleación .

ODONTOMA QUISTICO

En algunos casos podemos observar a un odontoma asociado con un quiste, el cual generalmente está rodeado por epitelio estratificado escamoso que se desarrolla del germen del esmalte, a tal lesión se le conoce como Odontoma Quístico.

Este odontoma aumenta lentamente de tamaño y cuando es - muy grande puede ocasionar expansión del hueso, también contiene líquido como todos los quistes odontogénicos .

DIAGNOSTICO

El odontoma quístico se diferencia del quiste dentífero en que contiene muchos dientes mal formados, mientras que el último está formado alrededor de la corona de un diente normalmente desarrollado .

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Se observa una masa radioopaca e irregular en el caso de un odontoma complejo y como una serie de dientes pequeños y rudimentarios (radioopacos) en el caso de un odontoma compuesto, rodeados en ambos casos por un quiste (radiolúcido).

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Su tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica total del tumor, debido a que su crecimiento es limitado, los más pequeños se eliminan de la misma forma que los dientes retenidos .

En los casos de odontomas muy grandes que abarquen el espesor de la mandíbula o maxilar, la extirpación completa del tumor podría lesionar el antro o el conducto dentario inferior o producir una marcada deformación, así como una fractura patológica .

Su pronóstico es favorable, y el temprano descubrimiento de la lesión y la extirpación evitan alteraciones de la oclusión .

VI.- REPORTE DE UN CASO CLINICO DE AMELOBLASTOMA

Paciente del sexo femenino de 36 años de edad que se --
presentó el día 4 de enero de 1982 a la clase de cirugía bu
cal de la Clínica Odontológica de Aragón, para valoración y
tratamiento de aumento de volumen en el ángulo y cuerpo de
la mandíbula lado derecho .

Nos relata el paciente que inició su padecimiento ac---
tual hace aproximadamente 10 meses, por lo que acudió a un
dentista particular en la Ciudad de Morelia Michoacán, don-
de se le realizó valoración clínica y radiográfica siendo -
remitido para su tratamiento a esta clínica . A la explora-
ción física se aprecia ligero aumento de volumen a nivel de
ángulo y cuerpo mandibular del lado derecho; de consisten--
cia firme, no doloroso a la palpación y sin presentar alte-
ración de los ganglios de la región .

A la exploración de la cavidad oral, nos encontramos -
con ligero aumento de volumen de la región retromolar y --
cuerpo de mandíbula derecho hasta la zona de premolares, --
apreciándose la mucosa de la región afectada bien hidratada
y sin infiltración . La lesión es de consistencia firme y -
sin dolor a la palpación. El resto de los tejidos de la ca-
vidad oral normales .

Examen Radiográfico: 5 de enero de 1982

Ortopantomografía y Lateral Oblicua de Mandíbula Lado Derecho .

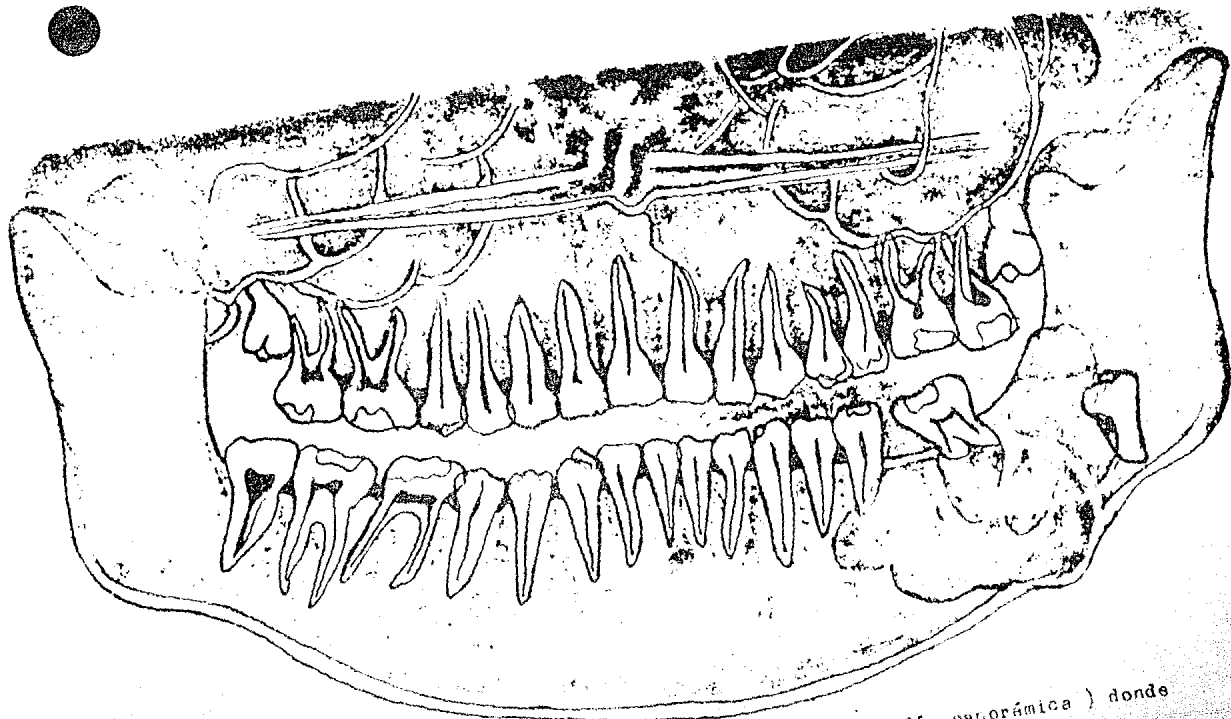
INTERPRETACION

Se aprecia dentición permanente incompleta estando ausente el 1o molar inferior derecho y retenidos los 3os molares superiores y el 3o molar inferior derecho .

Se observa una extensa imagen radiolúcida en el ángulo y cuerpo de mandíbula de lado derecho, multilocular, que abarca desde el proceso alveolar hasta la porción basal del mismo, adelgazando y abombando la cortical en la porción inferior . En el polo posterior de la zona radiolúcida dentro de la rama, nos encontramos con la presencia del 3o molar inferior retenido en posición vertical . También se observa como dato importante la destrucción de las raíces dentarias del 2o molar inferior y del 2o premolar inferior que están en contacto con la lesión .

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO: Ameloblastoma de Cuerpo y Angulo de la Mandíbula .

BIOPSIA INCISIONAL : 23 de enero de 1982



Dibujo de oclusión tomografía preoperatoria (radiografía panorámica) donde se aprecia la extensión de la lesión sobre cuerpo y rama de la mandíbula.

DESCRIPCION MACROSCOPICA

Se reciben varios fragmentos laminares de tejido, alterando con tejido compacto y duro, de color café pálido, de consistencia blanda, que en conjunto miden 1 por 0.5 por 0.5 cms. El tejido blando se incluye totalmente, el duro se decalcificará .

DESCRIPCION MICROSCOPICA

En los cortes estudiados se observan bandas amplias de tejido fibroso con abundante material colágeno que constituyen una pared quística, recubiertas por epitelio poliestratificado no queratinizado, sin cambios atípicos y escasas mitosis, dentro del tejido fibroso se observan pequeños nidos bien circunscritos de epitelio odontogénico; además se observan pequeños fragmentos de epitelio ameloblástico los cuales presentan uno de ellos retículo estrellado .

DIAGNOSTICO : Ameloblastoma de tipo folicular y acantomatoso .

TRATAMIENTO

El paciente fué intervenido bajo anestesia general nasoesofaríngea el día 28 de febrero de 1982 . Se utilizó la vía intraoral practicándosele una incisión sobre el borde -

anterior de la rama ascendente del lado derecho, continuando por vestibular y contorneando el cuello del 2o molar, 2o premolar, 1er premolar y a nivel del canino inferior derecho se bajó la incisión hacia el fondo de saco. Empleándose fórceps No. 23 y 151 se practicó la extracción del 2o molar y premolares respectivamente. Mediante disección roma se descubrió la cortical ósea externa, la cual se eliminó en parte mediante el empleo de fresa quirúrgica para tener acceso a la lesión. Una vez expuesta la pared de la lesión se efectuó el drenaje de su contenido y eliminación de las bol sas alojadas en 5 cavidades mediante legrado, observándose las corticales tanto interna como externa muy adelgazadas.

Posteriormente se practicó la extracción del 3er molar inferior retenido mediante osteotomía. Para finalizar se efectuó curetaje y lavado con solución fisiológica, se sutu ró por planos dejando canalización por medio de Pen Rosse.

No se practicó inmovilización interdentalomaxilar. En el postoperatorio al paciente se le prescribió lincomicina (lin cocín) 600 mgs. por vía intramuscular cada 12 horas y prodo lina inyectable por vía intramuscular también cada 12 horas y dieta líquida los primeros días y posteriormente blanda.

ESTUDIO HISTOPATOLOGICO: 5 de marzo de 1982

DESCRIPCION MACROSCOPICA

Se reciben una formación quística, tejido sólido y varias piezas dentarias. La lesión quística mide 5 por 4 por 2.5 cms, multiloculada, de color gris oscuro, de consistencia blanda, por la superficie externa no muestra alteraciones, al corte muestra areas de superficie lisa alternando con areas discretamente granulares. El resto del tejido es anfractuoso, gris blanquecino, de consistencia semiblanda, que en conjunto miden 4 por 3 por 1.1 cms.

DESCRIPCION MICROSCOPICA

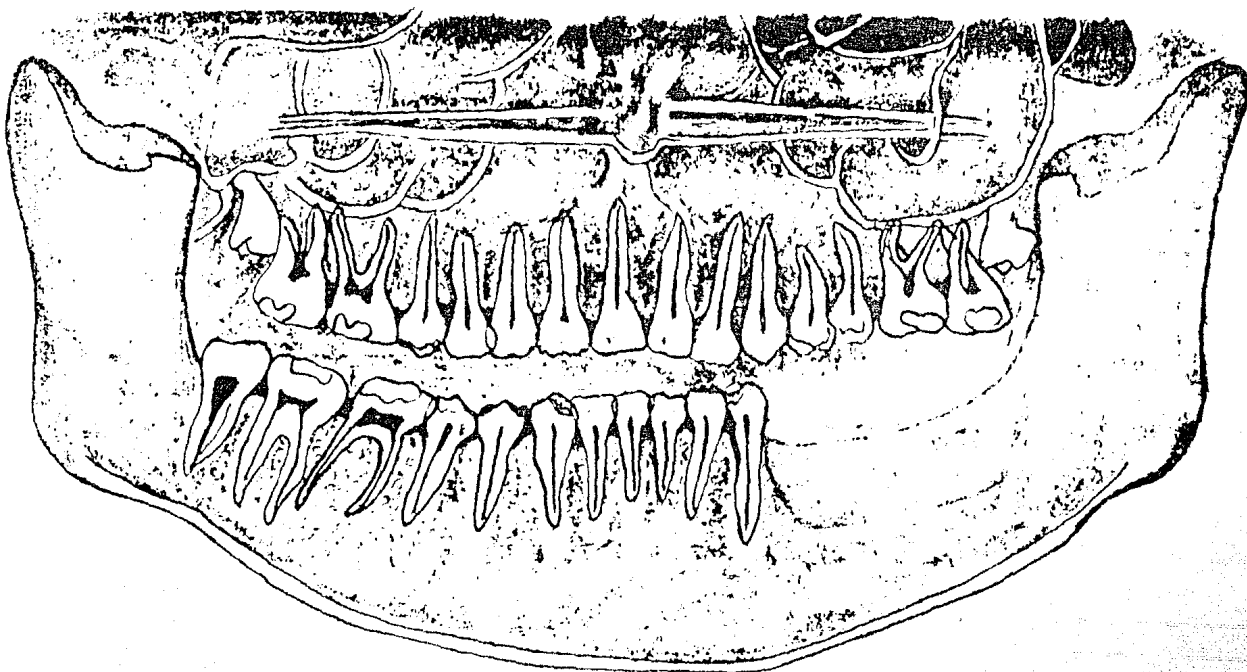
En los cortes estudiados se observa la pared de un quiste revestida por epitelio poliestratificado que bruscamente se transforma en epitelio ameloblástico, que forma nidos de retículo estrellado circunscritos por células cilíndricas y cúbicas con núcleos dispuestos hacia la luz, en otras areas estos nidos muestran metaplasia escamosa .

DIAGNOSTICO

Ameloblastoma de tipo folicular y acantomatoso con bordes quirúrgicos aparentemente libres de lesión .

PATOLOGO

Dr. Napoleón Granados F.



Dibujo de ortopantomografía postoperatoria (radiografía panorámica) -
3 meses después de la intervención quirúrgica, donde se observa regeneración
ósea de cuerpo y rama de la mandíbula.

EVOLUCION

La evolución del paciente fué satisfactoria, no presentando limitación funcional y observándose una buena cicatrización. Después de 3 meses de haberse intervenido quirúrgicamente empleándose una técnica conservadora, se observa radiográficamente que no existe actividad tumoral y la regeneración ósea es buena .

El paciente deberá controlarse periódicamente tanto desde el punto de vista clínico como radiográfico, para detectar a tiempo cualquier recidiva. El control será cada mes durante el primer año y posteriormente cada 3 meses .

CONCLUSIONES

1.- Los tumores odontogénicos pueden estar formados por uno o por todos los tejidos que forman los dientes normales, o contener sólo células odontógenas en cualquier período de desarrollo, sin producir las estructuras características intercelulares .

Algunos tumores se derivan de células epiteliales ectodérmicas, como las del órgano del esmalte, y se llaman tumores de origen ectodérmico. Otros se originan de la parte mesenquimal del germen del diente y se conocen con el nombre de tumores odontogénicos mesenquimáticos. Los odontomas que están constituidos por derivados epiteliales y mesenquimáticos se llaman tumores odontogénicos mixtos .

2.- El diagnóstico de los tumores odontogénicos se hace en base a la anamnesis, el cuadro clínico y examen radiográfico y debe ser confirmado por el estudio histopatológico.

3.- Los ameloblastomas poseen dos períodos clínicos: uno silencioso o sin sintomatología y el otro de exteriorización o sintomático.

Una vez desarrollado puede presentar abultamientos múltiples o únicos, aflojamiento de dientes por resorción de sus raíces, crepitación pergamínea cuando hay abultamiento quístico del hueso .

Se desarrollan atrofiando el hueso, pero no infiltrándolo; normalmente no presentan afección ganglionar ni dan metástasis. No son dolorosos más que cuando crecen mucho y producen compresión o limitación de funciones. Histológicamente se les considera benignos, pero tienen gran tendencia a la recidiva, la que les dá un caracter de malignidad clínica local .

4.- El aspecto radiográfico de los tumores odontogénicos varía; esto depende de su naturaleza, ubicación y estado de desarrollo. Los ameloblastomas, los mixomas odontogénicos y los fibromas ameloblásticos que aparecen en las zonas coronarias pueden semejarse a los quistes dentígeros. Los fibromas cementificantes (cementomas) pueden, en su primer período de desarrollo, parecerse a quistes periapicales, en los que se advierten manifestaciones de calcificaciones, lo que es notable en los tumores odontogénicos mixtos y los cementomas, pueden diagnosticarse con bastante confianza sólo por su imagen radiográfica. Una característica de los tumores odontogénicos calcificados es que no se fusionan con el hueso normal que los rodea, sino que permanecen encapsulados por tejido conectivo; este rasgo se pone de relieve en la radiografía por una línea o zona radiolúcida, que separa el tumor del hueso .

5.- Radiográficamente la imagen típica del ameloblasto-

ma es radiolúcido, uni o multilocular con aspecto de panal de miel o de burbujas de jabón.

6.- El tratamiento de los ameloblastomas es esencialmente quirúrgico y la técnica operatoria estará determinada por las características clínicas e histológicas . En unos casos deberá ser radical y en otros podrá ser conservador .

Se entiende por operación conservadora, la enucleación - y exocleación del tumor, y por operación radical a la extirpación irresidual de todo tejido tumoral por resección hasta nivel de tejidos sanos del maxilar; puede ser: "periférica, - en bloque, hemirresección o resección total".

7.- Con respecto a la radioterapia, en general puede - decirse que los ameloblastomas no son radiosensibles; además se pueden ocasionar problemas de radionecrosis .

8.- De los ameloblastomas, el simple quístico y el fibroma ameloblástico son los menos agresivos y con menor tendencia a recidivar .

9.- En lo que se refiere al pronóstico tenemos que el - ameloblastoma propende exageradamente a la recidiva. El tiempo entre la operación y la recurrencia es variable y está en relación con la variedad histológica. Los sólidos recidivan más rápidamente y con más frecuencia que los quísticos .

10.- Todo paciente operado de ameloblastoma, de cualquier

tipo que éste sea y cualquiera que haya sido la técnica usada, deberá seguir controlándose periódicamente y cuidadosamente, tanto desde el punto de vista clínico como radiográfico para detectar a tiempo cualquier recidiva .

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

- 1.- ARCHER W. HARRY " Cirugía Bucal " Tomo I
Ed. Mundi, S.A. 1968 págs. 517-524
- 2.- BHASKAR S.M. " Adenoameloblastoma ". Oral Surgery
Vol. 27, 1964 pág. 219
- 3.- GURALNIK WALTER. "Tratado de Cirugía Oral" 1971
Ed. Salvat S.A. Mallorca 43, Barcelona, España;
págs. 473-80
- 4.- KENTON S. HARTMAN. "Ameloblastoma de Células Granulares"
Oral Surgery, Agosto 1974, Vol. 38, No. 2, págs. 241-53
- 5.- KRUGER G. O. "Tratado de Cirugía Bucal". 1a. Edición.
Ed. Interamericana S.A. México. págs. 480-83
- 6.- PINDBORG JJ. "Atlas de Enfermedades de la Mandíbula".
1976, Ed. Salvat S.A. Mallorca 43, Barcelona, España;
págs. 82-90
- 7.- SCHUCHARDT KARL. "Tratado de Odontostomatología",
1963 Tomo III, Vol. II, Ed. Alhambra S.A. México, Madrid
Págs. 955-62
- 8.- SEGARELLI, " Diagnóstico en Patología Oral "
1977, Ed. Salvat S.A. págs. 274-80
- 9.- SEYMOUR L. ROBERT. " Adenoameloblastoma "
Diciembre 1974, Oral Surgery, Vol. 38, No. 6
Págs. 860-65

- 10.- SHATKIN SAMUEL Y HOFFMEISTER F.S. " Ameloblastoma,
Medidas Terapéuticas Apropriadas " O.S., O.P. y O.M.
Octubre 1965, Vol. 20, No. 4, págs. 421-35