

870722

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE COPIA

TUMORES ODONTOGENICOS DE ORIGEN MESENQUIMATOSO Y MIXTO DE LA CAVIDAD ORAL

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

MARIA CONCEPCION LUNA MEDEROS

ASESOR: CELIA MARGARITA GOMAR FRANCO

GUADALAJARA, JALISCO, 1990



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 está 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.

INDICE

Introducción	1
Capítulo 1: Tumores Odontogénicos	
Origen Mesodermiástico	3
Cementoma	4
Cementoblastoma	8
Cementoma Gigantiforme.....	11
Fibroma Cementificante.....	13
Quiste Odontógeno.....	16
Fibroma Odontógeno.....	18
Dentítrons.....	20
Capítulo 2: Tumores Odontogénicos	
Origen Ectodérmico	23
Fibroma Ameloblástico.....	24
Odontoma Ameloblástico.....	30
Odontoma.....	33
Conclusiones.....	39
Bibliografía.....	41

INTRODUCCION

Existen diferentes tipos de lesiones proliferativas focales, las cuales no pueden presentarse en los maxilares, algunas neoplásicas y otras inflamatorias, de las cuales como cirujanos dentistas debemos tener informados sobre sus características clínicas, histológicas y radiográficas específicas de cada una de ellas para poderlas detectar a tiempo y evitar consecuencias desagradables posteriores debidas a la ignorancia propia.

En este caso nos referimos a los tumores odontógenos de origen mesenquimatosos y de origen mixto. Los mesenquimatosos están formados de tejido mesenquimático como un sarcoma lo dice y los mixtos de una combinación de tejido epitelial y mesenquimatosos que afectan a la cavidad oral.

Estos tumores al no ser atendidos a tiempo pueden provocar nuevos problemas y en algunas ocasiones transformarse en neoplasias malignas cuyo tratamiento será obviamente más complicado.

Para poder atender adecuadamente a nuestros pacientes y ejercer debidamente nuestra profesión debemos distinguir

y saber los procedimientos adecuados que se aplicarán al encontrar alguna de estas lesiones para atenderles a tiempo y así lograr un tratamiento y pronóstico favorable evitando complicaciones que nos dejarían un sentimiento de culpa por no tener la capacidad para tratarlas correctamente.

CAPITULO 1.

TUMORES ODONTOGENICOS DE ORIGEN EPIDERMICO

GENÉTICA

La displasia del cemento periodontal como se le describió clásicamente es una lesión que se presenta con cierta frecuencia, pero que aún es difícil para los investigadores que han intentado explicar su naturaleza. Algunos se adhieren a la teoría de que su origen proviene del tejido ontogénico, el cemento, mientras que otros piensan que sólo es una reacción poco usual de hueso periodontal. No se considera como una neoplasia en el sentido usual del término.

ETIOLOGÍA: Se considera desconocida, aunque se ha sugerido que se presenta como resultado de traumatismo crónico molesto, tal vez por la oclusión traumática.

Los estudios realizados por Legarilli y Ziskin consideran cuidadosamente la historia médica y dental de los pacientes que están afectados pero no pudieron obtener conclusiones acerca de la etiología. No se puede relacionar la lesión con un traumatismo evidente o infección dental, una historia pasada de sífilis o una alteración hormonal.

La verdadera naturaleza de la enfermedad a pesar de que es relativamente común, es todavía en la actualidad tan desconocida como hace 50 años, cuando Stefne realizó uno de los primeros exámenes acerca de esa lesión.

ASPECTOS CLÍNICOS: Se ha publicado varias series de casos

en literatura y estas proporcionan una considerable información acerca de los aspectos clínicos de la lesión.

En gran parte de los series, los pacientes que presentan displasia del cemento periodontal casi siempre son mayores de 20 años de edad, y aparecen en las mujeres con más frecuencia que en los hombres. En algunas series, las lesiones múltiples afectan ápices de dientes anteriores mandibulares o a maxilares.

Hera vez el cementoma se localiza en el maxilar superior. Pocas veces presentan manifestaciones clínicas de la lesión.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS: Muchas veces se descubre accidentalmente durante el examen radiográfico intraoral de rutina, ya que la lesión es casi invariablemente asintomática. Las lesiones ocasionales que se localizan cerca del agujero mentoniano parece dañar el nervio mentoniano y produce dolor, pariestesia o incluso incontinencia. Es cuestionable si de hecho esto es causa y efecto.

Puede producir la expansión de las láminas corticales vestibulares y/o linguales y, si esta es de magnitud importante puede demostrarse en radiografías oclusales. Los dientes recultan vitales a los pruebas, se produce un sonido mate anguilonado al percudir el diente. La displasia del cemento periodontal tiene un patrón distintivo en su historia natural, y es por esta razón que puede presentar un

cuadro radiográfico variado dependiendo de la etapa en la cual se descubrió.

La etapa más temprana en su desarrollo es la formación de un área circunscrita de fibrosis periapical acompañada por destrucción localizada del hueso. Este paso inicial ha sido llamado etapa osteolítica. Como existe pérdida de substancia ósea y reemplazo de tejido conectivo, la lesión aparece radiolúcida en la radiografía. De esta manera guarda una estrecha semejanza con las lesiones periapicales, como el granuloma o el quiste que se presenta como resultado de la muerte de la pulpa a través de la infección o del traumático. No es raro que muchos dientes hayan sido extraídos innecesariamente porque el dentista no puede reconocer la naturaleza no infecciosa de la enfermedad. A menos que los dientes estén afectados por caries o traumático, son vitales aun cuando sufran una displasia cemental periapical.

La segunda etapa del desarrollo es el comienzo de la calcificación en el área radiolúcida de la fibrosis. Esto ha sido descrito como actividad cementoblástica acompañada con deposición de aguja de cemento o cementículos, misma que ha sido denominada etapa cementoblástica. No se ha determinado el estímulo para la formación de este material calcificado.

La tercera etapa en la historia natural de tal lesión es la llamada etapa madura, en la cual se deposita una cantidad excesiva de material calcificado en el área focal y aparece

En la radiografía como una radiopacidad bien definida, la cual por lo regular está bordada por una línea o banda radiolúcida delgada.

El período de tiempo durante el cual se produce esta transformación es probablemente de 3 a 10 años. Crece muy lentamente.

De esta manera existe una considerable similitud radiográfica entre la etapa madura de la displasia coronal periapical y la llamada osteítis condensante u osteoelitis escleróticamente focal crónica, una reacción periapical del hueso que en general se produce en respuesta a la infección.

TRATAMIENTO Y PROGNOSIS: Como la enfermedad no es perjudicial, el tratamiento consiste simplemente en el reconocimiento de la misma y en la observación periódica. Bajo ninguna circunstancia se extrae el diente, sino que se instituye un procedimiento ya sea endodóntico o de otro tipo, a menos que existan razones que no estén relacionadas con la alteración.

CEMENTOBLASTOMA

Es probablemente una neoplasia verdadera de los cemento-blastos funcionales que forman una gran masa de cemento o de tejido parecido al cemento sobre la raíz dental. Es bastante distintiva pero es relativamente poco común.

ASPECTOS CLINICOS: El cemento-blastoma se presenta con más frecuencia en personas de 25 años, sin que exista una predilección importante por sexo. Más de la mitad de los tumores han aparecido en personas mayores de 20 años, aunque varía entre los de 10 a 72 años. Cuando se ha especificado el sitio, la mandíbula se afecta tres veces más que el maxilar superior. El primer molar permanente mandibular es el diente que se ve afectado con más frecuencia. De hecho, sólo se ha sabido de un caso que se afectó a la dentición decidua. Los segundos molares mandibulares forman aproximadamente 50% de todos los casos. Sin embargo, otros dientes afectados han incluido a los segundos y terceros molares mandibulares, molares mandibulares, premolares, y primeros, segundos y terceros molares maxilares. El diente asociado está vital, a menos que esté afectado. La lesión es de lento crecimiento y puede causar expansión de los planos corticales del hueso, pero por lo regular es asintomática. Se ha informado de dolor, pero éste puede estar relacionado con caries y no con la lesión.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS: La masa tumoral se encuentra adherida a la raíz dental y aparece como una masa radiopaca, densa circunscrita, a menudo rodeada por una línea radiolucida uniforme delgada. El contorno de la raíz afectada por la tumoral está obliterado a causa de resorción radicular y la fusión de la masa al diente.

ASPECTOS HISTOLOGICOS: El volumen principal de la masa tumoral está compuesto de hojas de tejido parecido al cemento, algunas veces juntamente al cemento celular secundario, pero otras se deposita en un patrón globular parecido a los cementillos citantes. Con frecuencia predominan las líneas irrégulares discontinuas a través de su tejido clarificado. Existe un componente variable de tejido blando que consta de elementos fibrilares, vasculares y celulares. Mucha del trabeculado cemental de las áreas de actividad se encuentra rodeado por capas de cementoblasto. Alejados de esta superficie trabecular se observan los cementoblastos.

La masa calcificada se encontrará unida a la raíz dental a través de la obliteración del ligamento paradental, la resorción de la porción de la raíz y el reemplazo por el tejido tumoral. La periferia del tumor muestra una capa celular de tejido blando parecido a una cúpula. En esta superficie, el trabeculado cemental está casi invariablemente orientado en ángulos derechos.

TRATAMIENTO Y PROGNOSTICO: Debido a la tendencia del absceso a expandirse, se cree que es justificada la extracción del diente, aunque es vital la pulpa. Se debe tener cuidado de distinguir esta lesión de la hiperplasia crónica o de la osteomielitis esclerosante focal crónica (es decir osteitis condensante), con las cuales puede tener similitud superficial. Al parecer no ocurre esta lesión.

CEMENTOMA GIGANTIFORME

Es una enfermedad muy rara, que puede o no ser una entidad distinta. En varios casos estudiados por Agazzi y Belloni, las lesiones tuvieron su inicio en una etapa temprana, se desarrollaron con lentitud y afectaron los cuatro cuadrantes de los maxilares. Las lesiones se presentaron en las líneas familiares y pareció haberse desarrollado como un tumor autosómico dominante, aunque otros casos no fueron familiares y por consiguiente no apoyaron esta teoría.

Se ha informado de otros casos que son más comunes en las mujeres adultas de raza negra. La mayoría se presentó como masas radiopacas difusas diseminadas a través de los maxilares, extendiéndose también algunas veces hasta estos. Se les ha descrito como compuestas de cemento denso, altamente calcificado, casi en su totalidad acelular, poco vascularizado y que con frecuencia se infectan a causa de su necrosis y sequestro.

La creencia litiforme respecto a este cementoma ha sido creada por Panniacorty, quien señaló que el origen de la lesión todavía es un misterio, aunque fue superado por Finckberg y colegas del grupo de estudios odontológico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como algún tipo de displasia o incluso una enfermedad hereditaria. Panniacorty también señaló que se han encontrado en la litiforme en personas

casos de lesiones en los maxilares, los cuales son muy similares al cemento giganteiforme respecto a los aspectos clínicos, radiográficos e histológicos, pero que se han descrito bajo diferentes términos como el de osteocondritis esclerosante crónica, masas cementales escleróticas, osteitis productiva crónica, displasia ósea y enostosis múltiples. También se ha subrayado que se presentan masas similares en algunos casos de osteitis deformante o de enfermedad de Paget del hueso.

Debe haber una mayor claridad acerca de la entidad de esta enfermedad si de hecho se prueba que es tal, con objeto de separarlas de otras enfermedades con ciertos aspectos similares.

PRONÓSTICO: favorable.

TRATAMIENTO: no necesita, solamente estar en observación periódica.

FIBROMA CEMENTIFICANTE

Es una neoplasia del hueso, la cual ha causado gran controversia en cuanto terminología y criterio diagnóstico. En la actualidad parece presentar una entidad definitiva, la cual se debe separar de la displasia fibrosa del hueso y de otras lesiones fibrosas que no representen neoplasias verdaderas. Este concepto ha sido examinado por Pindborg, por Waldron y por muchos otros.

ASPECTOS CLÍNICOS: El fibroma cementificante central se puede presentar a cualquier edad, pero es más común en adultos jóvenes y de edad media, con una edad promedio de frecuencia de 35 años. Además existe una marcada preferencia por el sexo femenino en una proporción de aproximadamente 2:1. Cualquier maxilar puede estar afectado, pero parece haber una marcada preferencia por el maxilar inferior, como lo confirma una serie de casos estudiados por Hamer y colaboradores. De los cuarenta y tres casos de la serie de Shaffer y Waldron, aproximadamente 80 % se presentó en la mandíbula.

Por lo general, la lesión es asintomática hasta que se produce una hinchazón notable y una deformidad moderada; el desplazamiento de los dientes puede ser un aspecto clínico temprano. Es un tumor de crecimiento relativamente lento y se presenta algunos años antes de su descubrimiento. Debido a este lento crecimiento, las placas corticales de

hueso, la mucosa y piel que le cubre están intactas casi invariablemente. A diferencia del cementoma clínicamente no se presenta en relación a un ápico.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS: La neoplasia presenta una apariencia radiográfica extremadamente variable que depende de su etapa de desarrollo. En sus primeras etapas, o al menos en una, el fibroma condroblástico aparece como una lesión radiolúcida sin que existan evidencias de radiopacidades internas. Cuando el tumor madura aparentemente, hay un aumento en la calcificación, de tal manera que el área radiolúcida se vuelve moteada con opacidades internas, hasta que finalmente la lesión aparece como una masa extrínsecamente radiopaca. El fibroma condroblástico tiene un patrón de crecimiento centrífugo en vez de uno lineal.

ASPECTOS HISTOLOGICOS: La lesión se compone básicamente de muchas fibras de colágeno delgadas y entrelazadas, las cuales rara vez se encuentran ordenadas en haces discretos; sin embargo están decoradas por grandes núcleos de fibroblastos proliferantes activos o cementoblastos. Aunque puede haber mitosis en pequeñas cantidades, rara vez existen algún tipo de pleomorfismo celular notable. Este tejido conectivo presenta característicamente muchos focos pequeños de masas basófilas de tejidos parecidos al cemento. Cuando la lesión madura, aumentan los islotes de cemento, se agrandan y finalmente se unen. Esto, con el probablemente incremento de calcificación, forman el aumento de la radiopacidad

de la lesión que se ve en la radiografía.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO: La lesión, la cual casi invariablemente está bien circunscrita y marcada en el hueso, se debe extirpar de manera conservadora.

Es raro que se presenten recurrencias.

MIXOMA ODONTOGENO

Es un tumor de los maxilares que aparentemente surge de la porción mesenquimal del germen dental, ya sea de la papila dental, del folículo o del ligamento periodontal.

ASPECTOS CLINICOS: El mixoma es más frecuente en la segunda o tercera década de la vida; la edad promedio de las varias series fue de 27 años a 30. Rara vez se encuentra entre de los 10 años o después de los 50. No existe una predilección particular por sexo, y si una ligera preferencia por presentarse en la mandíbula. Algunos casos se presentan fuera de las áreas dentales; se han señalado varios casos en el cóndilo o en el cuello de éste, en la serie de Thoma y Schlan así como todos los casos estuvieron asociados con dientes fallidos o impactados. Sin embargo, en muchas ocasiones esto no fue el caso. El mixoma odontógeno es una lesión de los maxilares que expanden el hueso y causa la destrucción de la corteza. No es una lesión de los maxilares que crezca rápidamente, y el dolor puede o no ser una característica.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS: En algunos casos la radiografía tiene aspecto radiolúcido o de panel de miel en el hueso, mientras que en otros puede aparecer como una radiolucencia destructiva expandida, la cual algunas veces tiene un patrón multilocular. El desplazamiento de los dientes causados por la masa tumoral es un hallazgo relativamente común, siendo menos frecuente la resorción radicular. A menudo se extien-

de el tumor antes que se descubra y hay invasión del seno en las lesiones del maxilar superior.

ASPECTOS HISTOLOGICOS: El mixoma está formado por células estrelladas (astrocitos) fusiformes que están ordenadas de modo impreciso, muchas de las cuales tienen largos procesos fibrilares que tienden a formar mallas. El tejido disperso no es tan celular, y las células presentes no muestran evidencias de actividad importante. La substancia intercelular es mucosa. Por lo regular, el tumor se encuentra empujado con diversos capilares muy delgados, y en ocasiones con bandas de colágena. Rara vez pueden encontrarse nidos de epitelio odontógeno.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO: El tratamiento de los mixomas odontógenos es la excisión quirúrgica por cauterización. Las lesiones extensas pueden requerir de la resección para erradicar el tumor. Aunque es una neoplasia benigna, con frecuencia muestra una invasión local caprichosa, haciendo que sea difícil su extirpación completa, por tener naturaleza floja y gelatinosa del propio tejido. El pronóstico es bueno a pesar de que la recurrencia no es pronosticable. El tumor es insensible a la radiación.

Se conoce una forma maligna de este tumor; un mixosarcoma odontógeno, pero es sumamente rara.

FIBROMA ODONTÓGENO

Representa aproximadamente el 23 % de los tumores odontógenos de los maxilares y es, por consiguiente, la más común de esas lesiones. Sin embargo, no se ha reconocido bien en su gran frecuencia porque en las radiografías se asemeja o es idéntico al quiste dentífero, circunstancia que induce a diagnóstico equivocado.

ASPECTOS CLÍNICOS: El fibroma odontógeno periférico es una lesión rara. No hay predilección en cuanto a sexo en todos estos casos, mientras que la edad de los pacientes varía entre cinco a 65 años, con diferencias de varias décadas. Al parecer si hay preferencia para presentarse en la mandíbula, sitio donde ocurrieron 11 casos en comparación con solo cuatro que se presentaron en el maxilar superior. En la serie de Farman las lesiones son de lento crecimiento y con frecuencia duran varios años. Por lo general se han descrito como una masa sinusal firmemente adherida, sólida, que algunas veces surge entre los dientes y otras los desplaza. Al practicar cirugía se encuentran lesiones que contienen un pedículo calcificado que se observan como manchas radiopacas en la radiografía.

ASPECTOS HISTOLÓGICOS: El fibroma odontógeno periférico está compuesto de un parénquima de tejido conectivo fibroso suavemente celular con islotes no neoplásicos, bandas y cordones de células columnares cuboidales, y en ocasiones

con epitelio odontógeno vacuolado que varía desde muy escaso hasta abundante. Cuando es excesivo el fibroma odontógeno periférico se ha confundido con el ameloblastoma periférico. Este epitelio por lo regular se profundiza dentro de la lesión, fuera del epitelio superficial y algunas veces se encuentra calcificado.

El tejido calcificado puede o no encontrarse en el fibroma odontógeno periférico. Si lo hay se asocia al hueso trabeculado u osteoide, a la dentina o a la osteodentina, (alguna vez descrita como dentina displásica) o al material parecido al cemento. Hay un estroma de tejido conectivo fibroso maduro que algunas veces está altamente vascularizado en particular en áreas menos celulares. También se pueden encontrar cuerpos micróticos dentro del estroma, y la presencia de inflamaciones es variable.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS: Las radiografías revelan una radiolucencia de extensión variable, asociada con la corona del diente, razón por la cual la corona se parece a un quiste dentario. Sin embargo en la exploración e intervención quirúrgica se encuentra una lesión sólida más que quística.

TRATAMIENTO: Se trata la lesión mediante excisión quirúrgica. En la serie estudiada por Farnon, no se supo que recurriera la lesión. Aunque generalmente es central, también puede ser periférico.

DENTINOMA

Es un tumor extremadamente raro de origen odontógeno que está compuesto de tejido conectivo inmaduro, de epitelio odontógeno y de dentina irregular o displásica de acuerdo con el grupo odontógeno de la OMS.

El dentinoma parece ocurrir en dos formas, el tipo inmaduro y el tipo maduro. Este tumor 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.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS: Los hallazgos radiográficos no son específicos pero por lo regular existe un área radiolúcida en el hueso que contiene una amplia masa radiopaca solitaria o numerosas masas radiopacas irregulares más pequeñas de material calcificado, que puede variar considerablemente respecto a su tamaño.

En algunos casos, la dentina está presente en cantidades relativamente pequeñas o está excesivamente calcificada, de tal manera que no existen opacidades en la radiolucencia.

ASPECTOS HISTOLOGICOS: El dentinoma está compuesto de masas de dentina irregular, denominada "dentinóide" u "osteodent-

tina". Con frecuencia, el tejido conectivo se asemeja a las papilas dentales, pero el grado de celularidad varía.

Es difícil justificar el diagnóstico del dentinoma, a menos que estén presentes túbulos dentinales reconocibles. La frecuencia con que se encuentre esmalte o matriz de esmalte impide el diagnóstico de dentinoma, debido por definición a que una masa irregular de esmalte y dentina se debe designar como odontoma compuesto complejo.

Se ha encontrado que es bastante característica la presencia de epitelio odontógeno no diferenciado. Esto no es sorprendente, ya que está bien establecido que el epitelio odontógeno es necesario para la diferenciación de los odontoblastos. El aspecto poco usual es la falta de formación de esmalte, debido a que está igualmente bien establecido que la formación de esmalte es inducida por la deposición de dentina y que tiene lugar después de que ha crecido la deposición de esta.

El patrón general del epitelio odontógeno primitivo y del tejido conectivo es similar al del fibroma ameloblástico. En ocasiones se ha encontrado que el componente epitelial está proliferando en una modalidad neoplásica, junto con la porción de tejido conectivo de la lesión, habiéndose formado dentina displásica, y en estos casos se ha aplicado el término de fibrodentinoma ameloblástico.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO: El tratamiento del dentinoma es la excisión quirúrgica con un raspado minucioso del área. Se ha dicho que algunas lesiones tienen una cápsula de tejido conectivo, las cuales, si se dejan remanentes en el momento de la operación, pueden ser la base para que haya recurrencia del dentinoma.

Esta lesión es benigna y nunca forma metástasis, pero puede existir una considerable destrucción local del hueso.

CAPITULO 2.

TUMORES ODONTOGENICOS DE ORIGEN MIXTO.

FIBROMA AMELOBLÁSTICO

Es una neoplasia relativamente poco frecuente de origen odontógeno que se caracteriza por la proliferación simultánea de tejido epitelial y mesenquimal sin la formación de esmalte o de dentina. De esta manera se le puede considerar como un ejemplo de tumor mixto verdadero.

Sin embargo, algunos investigadores han sugerido que el fibroma ameloblástico representa un odontoma complejo inmaduro, y que si se deja el tumor se diferenciará finalmente o madurará hasta llegar a una lesión conocida como un fibroodontoma ameloblástico, y después continuará madurando hasta ser un odontoma completamente diferenciado.

En contraste, Eversole y colaboradores, en un análisis de la histogénesis de tumores odontógenos mixtos son totalmente dependientes de la presencia de factores de diferenciación los cuales con o no consecuencia de un tumor capocéfico. De esta manera, concluyeron que existe poca probabilidad de que haya sucesos diferenciales secuenciales que resulten en la evolución de una entidad inmadura, como el fibroma ameloblástico, hasta una entidad altamente diferenciada, como el odontoma complejo.

Como Eversole y colaboradores lo señalaron y como Sloo-tweg lo subrayó, si estas tres lesiones el fibroma ameloblástico, el fibroodontoma ameloblástico y el odontoma fuesen

simplemente etapas, los datos clínicos continuos acerca de cada una de ellas deberían respaldar esta teoría. Por ejemplo, el fibroma ameloblástico debería presentarse en pacientes más jóvenes, el odontoma en los de edad más avanzada y el fibroodontoma ameloblástico en un grupo intermedio.

Además, la predilección por el sexo y la distribución de todas las lesiones debería de ser la misma. Slootweg investigó esto utilizando datos de más de 55 casos de fibroma ameloblástico, 50 de fibroodontoma ameloblástico, 48 de odontoma compuesto y 77 de odontoma complejo. Aunque hubo que hacer una corrección por el hecho de que el aparato odontógeno es activo en diversas partes de los maxilares en distintas edades, Slootweg concluyó que el fibroma ameloblástico representa una entidad neoplásica específica separada, que no degenera en una lesión odontógena más diferenciada. También concluyó a partir de estos datos que el fibroma odontoma ameloblástico no representa un odontoma complejo inmaduro, sino una lesión hamartomatosa en vez de una lesión odontógena neoplásica.

ASPECTOS CLINICOS: El fibroma ameloblástico que aparece con más frecuencia en la región molar de la mandíbula es similar en su localización al ameloblastoma simple.

Casi 75 % de los 55 casos examinados por Slootweg se presentaron en este sitio. Sin embargo, existe una conside-

table diferencia en los grupos de edad en pacientes afectados con más frecuencia. Según Small y Waldron el ameloblastoma simple se presenta característicamente en personas de edad mediana, siendo la edad promedio de los pacientes en el momento del descubrimiento de 35 años; el fibroma ameloblástico se presenta en personas mucho más jóvenes. Al examinar 55 casos, Sleetweg encontró que la edad promedio de quienes presentaban fibroma ameloblástico era de 14.6 años con 40 % de pacientes menores de 10. También observó una muy ligera predilección por el sexo masculino.

Este tumor tiene un crecimiento clínico algo más lento que el ameloblastoma simple y no tiende a infiltrarse entre el trabeculado del hueso. Por lo contrario se agranda por expansión gradual y, por consiguiente la periferia de la lesión con frecuencia permanece lisa. Muchas veces no ocasiona molestias al paciente y se ha descubierto accidentalmente durante el examen radiográfico. Sin embargo el dolor insensibilidad al tacto o hinchazón moderada del maxilar inducen al paciente a solicitar la ayuda del dentista.

ASPECTOS RADIOGRÁFICOS: No se encontraron signos con diferencias importantes constantes entre la apariencia del ameloblastoma simple y la del fibroma ameloblástico. Este último se manifiesta como una lesión radiolúcida multilocular

o unilocular, la cual tiene un contorno más bien liso, a menudo con un borde esclerótico y la cual puede o no producir una convexidad evidente del hueso. En el estudio de 24 pacientes realizado por Troshl, gran parte de las lesiones estuvieron asociadas con dientes no erupcionados. Además, encontró una considerable variación radiográfica en el tamaño de las lesiones, desde 1 a 3.5 cm de diámetro.

ASPECTOS HISTOLÓGICOS: La apariencia microscópica de esta neoplasia odontógena es característica. La porción ectodérmica tiene islotes diseminados de células epiteliales presentes en una variedad de patrones que incluyen rodajas, bandas largas parecidas a dedos, y nidos y cordones. Estas células por lo regular son de tipo cuboidal o columnar y guardan una estrecha semejanza con el epitelio odontógeno primitivo. No es común la actividad mitótica.

Debido a que el patrón de estas células es de bandas y de cordones, a menudo no se observa tejido que se aseje al retículo estrellado. Sin embargo, hay casos ocasionales en los cuales algunos de estos islotes tumorales se encuentran abiertos con la formación de retículo estrellado. La semejanza con la lámina dental es bastante más notable en esta lesión que en el ameloblastoma simple.

El componente mesenquimal está formado de un tejido

conectivo primitivo que en algunos casos muestra fibras estrechamente entrelazadas mezcladas entre células grandes de tejido conectivo que se asemejan mucho a las de la papila dental. Aquí puede existir escasez de vasos sanguíneos y presentarse la hialinización yuxtacelular en áreas de tejido conectivo. En ocasiones, esto incluso puede semejar-se a la dentina displásica. Los estudios al microscopio electrónico han sugerido que esta aparente hialinización representa a su vez una lámina basal exuberante.

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO: El tratamiento del fibroma ameloblástico ha sido algo más conservador que el del ameloblastoma simple, ya que parece no infiltrar el hueso tan activa o tan ampliamente como el ameloblastoma. También tiende a separarse del hueso con más rapidez.

En una época se consideró que el fibroma ameloblástico mostraba poca tendencia a recurrir, incluso después de la extirpación quirúrgica más conservadora. Esto se basaba en parte en la revisión realizada por Gorlin y colaboradores de 35 casos documentados con sólo dos ejemplos de recurrencia. En contraste, Trodahl informó subsecuentemente de 10 recurrencias en su serie de 24 casos.

Después de estas dos series se han señalado numerosos ejemplos de lesiones recurrentes y han sido examinadas y

analizadas por Zallen y colegas, quienes señalaron un índice de recurrencia total acumulativa de 18.5 % para esta lesión.

Además, han sido un número sorprendente de casos de fibrosarcomas aneuploides que se origina al menos en algunas ocasiones, en un fibroma aneuploide recurrente, como en los casos de Geider y colaboradores. Por lo tanto, parecería que una extirpación quirúrgica un poco más agresiva sería más conveniente para esta lesión que un simple raspado.

ODONTOMA AMELOBLASTICO: Es una neoplasia odontogena caracterizada por la presencia simultánea de un ameloblastoma y de un odontoma compuesto. Como se juzgó según los casos examinados por Friswell y Shefer, es una entidad clínica rara. No se debe pensar que ese tumor representa dos neoplasias separadas que crecen al unísono; más bien existe una proliferación peculiar de tejido del aparato odontogénico en un patrón no limitado, incluyendo la morfológica diferenciación completa, así como la posición e incluso la calcificación.

Es una neoplasia odontogena mixta agresiva, que puede considerarse análoga al fibroma ameloblástico, capaz de colaborar todos los tejidos duros que se encuentren en un diente maduro.

La lesión es rara en cuanto a que un tejido neoplásico relativamente no diferenciado está asociado con un tejido altamente diferenciado, los cuales pueden mostrar recurrencia después de una extirpación inadecuada.

ASPECTOS CLINICOS: Se han encontrado tan pocos casos de este tumor que cualquier información estadística puede no ser válida. Sin embargo, el odontoma ameloblástico al parecer se presenta a cualquier edad, pero con más frecuencia en los niños; aunque los límites de edad han sido de 6 meses y 40 años más del 90 % de los pacientes tenían menos de 15 años cuando se descubrió el tumor.

Es poco más frecuente en la mandíbula que en el maxilar y más en el hombre que en la mujer. Es una lesión del hueso que se expande con lentitud y produce una considerable deformidad o asimetría facial si no se trata. Como es una lesión central, se presenta una considerable destrucción del hueso. Puede haber dolor leve, así como erupción retardada de los dientes.

ASPECTOS HISTOLÓGICOS: La apariencia microscópica de este tumor es poco usual y característica. Consiste en una gran variedad de células y de tejidos en una distribución compleja que incluye células epiteliales columnares, escamosas e indiferenciadas, así como ameloblastos, esmalte y matriz de esmalte, dentina, osteodentina, material dentinoide y osteoide, tejido parecido al retículo estrellado, papila dental, hueso y cemento, así como tejido conectivo estromal.

Se pueden encontrar muchas estructuras semejantes a los gérmenes dentales normales o atípicos, con o sin apreciación de tejidos dentales calcificados. Además una característica notable es la presencia de hojas de ameloblastoma típicas de uno o de otro de los tipos reconocidos, por lo regular del tipo de célula basal, o bicelular o pleomorfo. Hay pocas mitosis, a pesar de que son obvias las tendencias proliferativas de células epiteliales.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO: El tratamiento del odontoma ameloblástico es dudoso, probablemente debido a que existen pocos casos publicados. Algunos investigadores creen que la recurrencia, asociada con la continua destrucción del tejido, es común después de realizado el raspado conservador o la enucleación que es necesario una aproximación más radical. La resección del maxilar, si es posible preservando el borde inferior de la mandíbula cuando esta área no está lesionada dara como resultado una cura permanente.

El comportamiento general de esta lesión es el mismo que el del componente del ameloblastoma y por eso también se aplicará aquí la misma filosofía del manejo que para el ameloblastoma.

ODONTOMA

El término "odontoma", por la sola definición, se refiere a cualquier tumor de origen odontógeno. Sin embargo, a través de su uso ha significado un crecimiento, en el cual tanto las células epiteliales como las mesenquimatosas muestran diferencias completas con el resultado de que los ameloblastos y odontoblastos funcionales forman esmalte y dentina. Este esmalte y esta dentina yacen abajo en un patrón anormal debido a que la organización de las células odontógenas no pueden alcanzar un estado normal de morfodiferenciación. La mayoría de las autoridades aceptan en la actualidad el punto de vista de que el odontoma representa una malformación hamartomatosa en vez de una neoplasia.

Esta lesión se compone de más de un tipo de tejido, y por esta razón ha sido llamada odontoma compuesto.

En algunos odontomas compuestos el esmalte y la dentina conservan una similitud tal que las estructuras guardan una considerable semejanza anatómica con el diente normal, excepto que son con frecuencia más pequeños que los dientes normales. Se les ha denominado odontomas mixtos compuestos cuando al menos existe una similitud anatómica superficial con los dientes normales.

Por otra parte cuando los tejidos dentales calcifica-

dos son simplemente una masa irregular que no guarda similitud morfológica, incluso con dientes rudimentarios, se usa el término de odontoma compuesto complejo. La forma compleja del odontoma es menos común que el tipo compuesto.

ETIOLOGIA: La etiología del odontoma se desconoce. se ha sugerido que el traumatismo local o la infección puede llegar a originar dicha lesión. Esto es por completo posible, pero parecería más factible que en dicho caso la hipoplasia fuera el resultado final, dependiente de la etapa de odontogénesis. No existe una predilección aparente de que el odontoma aparezca en sitios específicos de la cavidad bucal, ni aparece presentarse característicamente con dientes supernumerarios, lo cual sugeriría que es más frecuente en los incisivos centrales maxilares o distales al tercer molar maxilar.

Hitchin sugirió que los odontomas se heredan o son causados por un gen mutante o por una interferencia, posiblemente posnatal, con el control genético del desarrollo dental.

Por otra parte, Levy informó sobre la producción experimental de esta lesión en las ratas por lesión traumática.

ASPECTOS CLINICOS: El odontoma se puede descubrir a cualquier edad y en cualquier sitio del arco dental, maxilar o mandibular.

lar. Budnick reunió un análisis de 149 casos de odontoma (76 complejos y 73 compuestos) de la literatura y de los archivos de la Emory University. Como se puede descubrir a cualquier edad, desde los muy jóvenes hasta los muy ancianos, encontró que la edad promedio en la cual se detectó era de 14.8 años, siendo la edad más predominante para el diagnóstico y tratamiento la segunda década de la vida. También encontró una ligera predilección por presentarse en el sexo masculino comparado con el femenino.

De todos los odontomas combinados, 57 % se presentó en el maxilar y 33 % en la mandíbula. El odontoma compuesto tuvo predilección en este estudio por presentarse en la parte anterior del maxilar, mientras que 34 % del odontoma complejo se presentó allí.

En general, los odontomas complejos tuvieron preferencia por la parte posterior de los maxilares y por último en el área preolar. Es un hecho interesante que ambos tipos de odontomas se han presentado con más frecuencia en el lado derecho de los maxilares que en izquierdo. El odontoma por lo regular es pequeño, excede, sólo, en ocasiones el diámetro de la masa de un diente. Á veces se hace más grande y produce la expansión del hueso con la consecuente asimetría facial. Esto es en particular cierto, si se desarrolló un quiste dentigero alrededor del odontoma.

La mayor parte de los odontomas son uni-lobulados, aunque pueden aparecer signos y síntomas o relaciones relaciona-
nales con su presencia. Por lo general estos consisten de
dientes no erupcionados e impactados, dientes deciduos $\frac{1}{2}$ -
tenidos hinchazón e infección.

ASPECTOS RADIOGRÁFICOS: La apariencia radiográfica del odon-
toma es característica. Debido a que la mayor parte de los
odontomas son clínicamente asintomáticos y se descubren
mediante el examen radiográfico de rutina, el dentista de-
be estar familiarizado con su apariencia. A menudo están si-
tuados entre los raíces de los dientes y aparecen como
una masa irregular de material calcificado rodeada de una
banda radiolúcida avuelta con una periferia externa lisa, o
como diversas estructuras parecidas a los dientes con el
mismo contorno periférico. Este último tipo de odontoma pue-
de contener solo algunas estructuras semejantes a los diente-
tes o varias decenas. Algunas formas de odontoma se encuentran
con frecuencia asociadas con los dientes no erupcionados.

Es interesante que la mayor parte de los odontomas que
se encuentran en los segmentos anteriores de los maxilares
sean del tipo compuesto, mientras que gran parte de los que
se localizan en las áreas posteriores sean de tipo compo-
sto complejo.

Este último tipo también aparece como una masa calcificada que cubre a la corona de un diente no erupcionado impactado. Se puede descubrir un odontoma en desarrollo mediante la radiografía de rutina y presentarse dificultad en el diagnóstico, debido a la falta de calcificación.

ASPECTOS HISTOLOGICOS: La apariencia histológica de odontoma no es espectacular. Unos hallazgos son el esmalte o la matriz de esmalte dentina, tejido pulpar y cemento de apariencia normal, los cuales pueden mostrar una relación normal entre sí.

Si existe una semejanza morfológica con los dientes, las estructuras por lo regular son de una sola raíz. La cápsula de tejido conectivo que se encuentra alrededor del odontoma es similar en todos los aspectos al folículo que rodea a un diente normal.

Un aspecto adicional interesante es la presencia de células "fantasma" en los odontomas. Existen las mismas células en el quiste odontógeno calcificante que fueron utilizados por Levy como presentes en casi 20 % de una serie de 43 casos de odontomas que investigó. Esto fue sostenido por Sedano y Lindberg, aunque ellos no encontraron una asociación importante con la presencia de estas células respecto al pronóstico o el tratamiento del odontoma.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO: El tratamiento del odontoma es la extirpación quirúrgica, y no se esperan recurrencias. Debido a que tanto el odontoma como el fibroodontoma ameloblástico guardan una gran semejanza con el odontoma común en particular en la radiografía, se sugiere que todos los odontomas sean enviados a un patólogo bucal calificado para examen microscópico.

CONCLUSIONES

Después de analizar las características propias de cada tumor llegamos a la conclusión de que algunos de estas son similares y nos pueden dejar confusiones pero analizándolos adecuadamente cada una nos pueden ayudar a elegir el tratamiento correcto y establecer el pronóstico de la lesión.

Como hemos visto estos tumores se forman de tejidos que intervienen en la formación de un diente. Muchos de estos tumores se descubren accidentalmente durante el examen radiográfico intra-bucal de rutina ya que pueden ser asintomáticas y poco a poco irse desarrollando ó permanecer asintomáticas.

Algunas de estas neoplasias se presentan en adultos pero hay algunas que se presentan con más frecuencia en niños, tal es el caso de los odontomas en los que se encontró que la edad promedio de los pacientes en los que se detectó es de 14 años. El odontoma ameloblástico se presenta el 90 % en pacientes de 15 años. En el fibroma ameloblástico la edad promedio de los pacientes es de 14.6 años con el 40 % de pacientes menores de 10 años.

El tratamiento de estas lesiones generalmente es quirúrgico y en la mayoría de los casos no hay recurrencias, salvo algunas excepciones.

BIBLIOGRAFIA

S. V. Dunbar

Patología Bucal

Editorial El Ateneo

Buenos Aires, Argentina.

Pág. 185.

Louis R. Everedole

Patología Bucal

Editorial Panamericana

Buenos Aires, Argentina

Pág. 194.

Robert J. Gorlin - Henry H. Goldman.

Patología Oral - Tercera

Editorial Salvat

Segunda Reimpresión 1977

Pág. 550.

Gustavo C. Krieger

Tratado de Cirugía Bucal

Editorial Interamericana

4ª Edición México, D.F. 1982

Pág. 563.

M.G. Shefer - R.H. Levy
Tratado de Patología Bucal
Editorial Intersamericana
4ª Edición 1987
Pág. 303.

F.A. Lynch
Medicina Bucal de Bertet Diagnóstico y tratamiento.
Editorial Intersamericana
México, D.F. 1986
Pág. 324

Edward V. Zengerelli
Diagnóstico y Patología Oral
Salvat Editores
Barcelona España 1982; 2ª Edición.
Pág. 316

Daniel B. Waite
Tratado de Cirugía Bucal Práctica
Editorial Continental
México, D.F.
Pág. 353

Guillermo A. Ries Centeno

Cirugía Bucal

Editorial El Ateneo

Buenos Aires, Argentina 1975; 7ª Edición.

Pág. 658

Géner Ló es Arcebo

Manual de Patología Oral

Editorial Univ. de la Patagonia

Comodoro Rivadavia 1975

Pág. 202