

358
20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

AMELOBLASTOMA

REVISION RETROSPECTIVA DE LOS AÑOS 1986-1996
REALIZADA EN EL DEPARTAMENTO DE
PATOLOGIA BUCAL DE LA D.E.P.I.
DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
(U.N.A.M.)

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
C I R U J A N O D E N T I S T A
P R E S E N T A
ADRIANA REYNOSO LICONA



ASESORES:

C.D. M.O. BEATRIZ C. ALDAPE BARRIOS
C.D. DANIEL QUEZADA RIVERA

MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

AGRADECIMIENTOS

-Abuelita gracias por enseñarme el camino de la moral.

-Gracias Mamá por todo tu apoyo a lo largo de mi vida.

-A mis hermanas y a Jessi por su compañía en todo momento.

-Agradezco a la Facultad de Odontología de la U.N.A.M. por proveerme de todas las herramientas para alcanzar una profesión

-A mis maestros y asesores ,Gracias por interesarse en mi trabajo y por su paciencia

-Agradezco a ti Juan José,Liz,y Linda por el estímulo y ánimo que compartieron conmigo.

Gracias a todos los que me han apoyado a lo largo de éste camino

Gracias a Dios.

CONTENIDO

	pag.
- INTRODUCCION	1
1. SINONIMIA	3
2. DEFINICION	5
3. HISTOGENESIS	6
4. CLASIFICACION	7
5. CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS	13
5.1 FOLICULAR	14
5.2 RETICULAR O PLEXIFORME	15
5.3 ACANTOMATOSO	15
5.4 CELULAS GRANULARES	16
5.5 BASAL	17
5.6 VARIANTES	17
5.6.1 DESMOPLASICO	17
5.6.2 UNQUISTICO	18
6. CARACTERISTICAS CLINICAS	19
7. CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS	22
7.1 METODOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO	25
8. DIAGNOSTICO	26
9. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	27

10. PRONOSTICO	28
11. EPIDEMIOLOGIA	30
11.1 SEXO	30
11.2 RAZA	30
11.3 EDAD	30
11.4 LOCALIZACION	31
12. TRATAMIENTO	32
13. CONCLUSIONES	34
14. GLOSARIO	35
15. METODOLOGIA	38
15.1 POBLACION DE ESTUDIO	38
15.2 VARIABLES DE TRABAJO	38
16. RESULTADOS	39
16.1 AMELOBLASTOMA PLEXIFORME	40
16.2 AMELOBLASTOMA UNQUISTICO	41
16.3 OTRO TIPO DE AMELOBLASTOMA	42
TABLA Núm. 1 Incidencia de Ameloblastoma en en D.E.P.I.	43
TABLA Núm. 2 Características epidemiológicas y clínicas en el D.E.P.I.	44
GRAFICAS	46
BIBLIOGRAFIA	56

INTRODUCCION

El ameloblastoma es una neoplasia benigna localmente agresiva, que se desarrolla del órgano del esmalte (ectodérmico) o de sus restos.

Se han utilizado diferentes términos para identificarlo como son cistosarcoma, adamantinoma o enameloblastoma, es una lesión poco frecuente, ya que representa tan solo el 1% de todos los tumores odontogénicos benignos, por su crecimiento rápido y expansivo presenta asimetría facial, aunque puede ser un hallazgo radiográfico; son uniloculares o multiloculares, tienen predilección por el cuerpo y rama de la mandíbula, pueden asociarse a dientes retenidos o impactados.

Histológicamente puede presentar cinco variantes y varios subtipos, como son el folicular, plexiforme, etc.

El tratamiento depende del tamaño, la edad, localización y tipo histológico, presenta un alto índice de recurrencia por lo tanto es indispensable el control periódico del paciente.

El estudio epidemiológico de esta lesión se hace necesario ya que su manejo ha tenido muchos cambios en los últimos tiempos, y los cirujanos consideran a esta lesión como una lesión muy común no siendo así, en nuestro departamento de 4683 tan sólo representan 1%. Por lo que debemos determinar con exactitud la presencia de proliferación ameloblastomatosa en quistes u otras entidades, ya que el riesgo de crecimiento continuo e infiltrativo aumentan con la presencia de ésta. El tratamiento conservador que incluye la enucleación y el curetaje debe ser manejado con seguimiento continuo del paciente y en el tratamiento radical, la resección incluye una gran parte de la zona afectada la cual nos da un margen de seguridad para el paciente a no tener reincidencias.

1.- SINONIMIA

Tumor epitelial multilocular quístico
Epitelioma central
Corioblastoma
Cistodermoide
Proliferamiento quístico de la mandíbula
Adenoma adamantino
Adamantino carcinoma
Adamantino sarcoma
Adenosarcoma
Tumor adamantino
Enameloblastoma
Adamantinoblastoma
Quiste proliferativo mandibular
Tumor verdadero ameloblástico
Adamantinoma

El término ameloblastoma como se aplica a este tumor, fué sugerido por Churchill en 1934 reemplazando el término adamantinoma, dado por Malassez³⁷ en 1884, ya que el último implica formación de tejido duro y no se forma en ésta.³⁰

Sin embargo Fisher en 1948 lo analiza y denomina "odontoma adamantino"³⁷, en el mismo año, Willis lo denomina "carcinoma de los residuos del germen dental"³³

Mathis en 1954 lo llama "epitelioma ameloblastoide", en 1957 Treves, lo clasifica como "preameloblastoma metamorfo" y "preameloblastoma protomorfo".³⁷

Cusack considera este tumor como una forma especial de "quiste maxilar".

En 1972 Melish describe el tratamiento para el ameloblastoma, con un pronóstico favorable. Regezzi en 1978 menciona que se presenta comúnmente en la mandíbula.⁴³

Smith en 1979 describe la ultraestructura del ameloblastoma.

Garner en 1981 propone el término de ameloblastoma plexiforme y sugiere un tratamiento conservador. Sloopwet y Muller en 1983-84 reportan los primeros casos de ameloblastoma uniuístico, que tiene un comportamiento menos agresivo, pero describen sus variantes malignas⁴³.

En 1985 Ljungren, realizó un estudio de Ameloblastoma con énfasis en la patogénesis. Hacia 1987 Waldron reporta una recurrencia de ameloblastoma y tratamiento de curetaje. Ackerman, Altini y Shear para 1988 detallan el estudio de ameloblastoma uniuístico³³.

2.- DEFINICION

Neoplasia benigna constituida por una proliferación de células epiteliales que se asemejan a los ameloblastos y por su retículo estrellado, las células se desarrollan en nidos. ésto sugiere que la morfología del órgano del esmalte es de crecimiento autónomo que persiste o crece, por causa desconocida. Llegando a presentar aumento expansivo y al hacerlo rechaza los tejidos vecinos.^{7,16,29,30,36}

3.- HISTOGENESIS

En 1978 Harger especificó que el tumor estaba asociado con la erupción de los dientes⁴⁴.

Actualmente se desconoce el estímulo que inicia o activa el proceso, considerando las siguientes alternativas^{5,18}:

1.- Cualquier fuente del epitelio odontogénico:

- a) Restos celulares del órgano de esmalte
- b) Remanentes de la lámina dental
- c) Restos de la vaina de Herwing
- d) Restos epiteliales de Malassez

2.- Epitelio de quistes odontogénicos

- a) En particular del quiste dentigero
- b) Odontomas

3.- Transtornos del órgano de esmalte en desarrollo

4.- Células basales del epitelio superficial de los maxilares

5.- Epitelio heterotrófico, localizado en otras partes del cuerpo en especial de la hipófisis^{37, 43, 44}

4.- CLASIFICACION

En 1868, Broca propuso la primera clasificación de los tumores odontogénicos.^{14,37}

- 1) Periodo embryoplastique (estadios de histodiferenciación)
- 2) Periodo odontoplastique (estadio de morfodiferenciación)
- 3) Periodo coronaire (estadio de maduración coronaria)
- 4) Periodo radiculare (estadio de la formación de la raíz y erupción)

Thoma y Goldman en 1946 propusieron una clasificación en la cual se divide a los tumores dentro de 3 grupos principales³⁷:

- a) tumores odontogénicos de origen ectodérmico
- b) tumores odontogénicos de origen mesodérmico
- c) tumores odontogénicos de origen mixto

Excluyendo de esta clasificación a los quistes y lesiones fibrosas u óseas.

En 1951 la Academia Americana de Patología Oral mostró una clasificación similar a la de Thoma y Goldman incluyendo nuevas entidades.

La clasificación de los tumores odontogénicos realizada por Pindborg, Kramer, Tarlioni, fué publicada por la O.M.S. en 1971 ¹⁵:

-Tumores odontogénicos epiteliales

Ameloblastoma

Tumor epitelial odontogénico calcificante

Tumor odontogénico adenomatoide

Tumor odontogénico escamoso

-Tumores odontogénicos del mesenquima

Mixoma odontogénico

Fibroma odontogénico

-Tumores cementificantes

Cementoblastoma maligno

Fibroma cementificante

Cementoma gigantiforme

-Tumores odontogénicos mixtos

Fibroma ameloblástico

Fibro-odontoma ameloblástico

Odontomas compuestos y complejos

Haciendo otra modificación Shafer, Hine y Levy describieron en 1985 describieron³⁰.

Tumores ectodérmicos de origen dental

- 1) Amadantinoma
- 2) Ameloblastoma folicular
 - plexiforme
 - acantomatoso
 - de células granulares
 - basocelular
 - uniquistico
 - plexiforme uniquistico
- 3) Carcinoma epidermoide primario intra-alveolar
- 4) Tumor odontogénico epitelial calcificante
- 5) Tumor odontogénico adenomatoide
- 6) Tumor odontogénico escamoso

Tumores mesodérmicos de origen dental

- 1) Fibroma odontogénico periférico
- 2) Fibroma odontogénico central
- 3) Fibrosarcoma odontogénico
- 4) Mixoma odontogénico
- 5) Displasias cemental periapical

- 6) Fibroma cementificante central
- 7) Cementoblastoma benigno
- 8) Cementoma gigantiforme
- 9) Dentinoma

Tumores mixtos de origen dental

- 1) Fibroma ameloblástico
- 2) Fibrosarcoma ameloblástico
- 3) Fibroodontoma ameloblástico
- 4) Odontoma
- 5) Odontoma ameloblástico
- 6) Teratoma

La clasificación publicada a finales del mes de diciembre de 1992 por la O.M.S. mostró los diferentes tipos de tumores odontogénicos ⁴²:

A) NEOPLASIAS BENIGNAS

A-1 - Neoplasias y otros tumores relacionados con el aparato odontogénico

- Ameloblastoma
- Tumor odontogénico escamoso
- Tumor odontogénico epitelial calcificante
- Tumor de células odontogénicas

A-2.- Epitelio odontogénico con estromesenchima odontogénico, con o sin formación de tejido dental duro:

- Fibroma ameloblástico
- Fibrodentinoma ameloblástico
- Odontoameloblastoma
- Tumor odontogénico ameloblastoide
- Quiste odontogénico calcificante
- Odontoma complejo
- Odontoma compuesto
- Ectomesenchima con epitelio odontogénico incluido
- Fibroma odontogénico
- Mixoma
- Cementoblastoma benigno

B) MALIGNAS

- Carcinoma odontogénico

Ameloblastoma maligno

Carcinoma intraóseo primario

Tumores odontogénicos epiteales

Otros tipos de variantes

-Cambios malignos de otros quistes odontogénicos

-Sarcomas Odontogénicos

Fibroma ameloblástico

Fibrodentinosarcoma ameloblástico

5.- CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Un gran número, de datos reportados en la literatura nos indican que el ameloblastoma procede del aparato odontogénico, inclusive de la vaina epitelial del órgano de esmalte, de los restos de Malassez y de la raíz de Hertwing.^{33,37,39,44}

Se desarrolla de un modo extraño como una lesión central del hueso, el cual es lentamente destructivo pero tiende a diseminarse en lugar de perforarlo incluso, puede empezar en una etapa sólida y en quística, estar situado profundamente o ser superficial, otros factores pueden ser la predisposición a la proliferación reactiva con secuestros epiteliales que se encuentran en esta región. En forma de inflamación, impactación de dientes o formando quistes otros son factores de tipo irritante no específicos semejantes a extracciones, caries, traumas, infecciones o desórdenes nutricionales. Microscópicamente el ameloblastoma se presenta como láminas epiteliales que forman cordones en los cuales la periferia está formada por capas de células cuboidales con núcleos basófilos y un citoplasma pequeño con numerosas islas bien definidas que contiene porciones centrales del retículo estrellado, rodeado de células periféricas columnares exhibidas como empalizadas con respecto a los centros de las islas. Se realiza una biopsia³⁶, cortándose una superficie o varias, una parte de ese material se fija en solución de formol y otra parte se congela y se almacena a 70 grados centígrados para un examen a futuro, después se tiñe con tinción de Hematoxilina-eosina para su estudio al microscópico.^{5,10,14,30,44}

Aunque varios autores reportan que no hay relación alguna entre el tipo de patrón histológico y el comportamiento clínico, es posible distinguirlo en 5 formas^{23,30,37}.

- 1) Simple Alveolar o Folicular
- 2) Plexiforme o Reticular
- 3) Acanomatoso
- 4) Células Granulares
- 5) Células Basales

Mencionando como otra variante al ameloblastoma Desmoplásico, distinguiéndose por un traslapamiento histológico.

5.1 Folicular

Es el más característico por la formación de agregados de las células epiteliales que adoptan la forma de islotes dispersos, los cuales parecen órganos de esmalte y se ven como folículos dentales rodeados de una capa de células cúbicas o cilíndricas semejantes al epitelio dental interno³³; a los preameloblastos, con edema intercelular individuales, que producen patrones similares a los del retículo estrellado. El estroma muestra vascularización variable y sufre transformación hialina, debido a estas formas, se podrían ver

en las configuraciones o a través del tiempo representando tendencias cruzadas, en donde las células centrales están dispuestas laxamente, lo que origina microquistes de tamaños variables. Este tipo de formación quística es relativamente común y sin embargo es el menos agresivo.^{7,8,33,38}

5.2 Reticular o Plexiforme

Es el más común a la lámina dental en desarrollo y al germen dentario, consiste en un entrelazado de masas irregulares³³ y cordones interdigitales de 2 o 3 capas de células columnares siendo el tejido parecido al retículo estriado en una configuración circular de tejido conectivo, en este tipo de patrón la formación quística no es común.^{18,29,35}

5.3 Acantomatoso

Son agregados foliculares con características escamosas que incluyen células que forman queratina, semejante a la superficie del epitelio con derivados de la lámina dental.^{7,16,30,33}

5.4 Células Granulares

Estas células son semejantes al retículo estrellado, encontrándose solitarias o en grandes masas dentro del área central de los folículos del tumor, presentan transformaciones a grupos de células epiteliales, ocasionalmente, el tumor es visto en todos los tipos epiteliales y cuando este cambio de células es extensivo el tumor se refiere como un tipo celular granular, estas células pueden ser largas presentándose como cuboidales, citoplasma con granulos acidofilos, ultraestructuralmente se ha demostrado que estas células contienen gránulos electrodensos que pueden representar lisosomas es un tumor bien reconocido por la variante de ameloblastoma folicular con extensos cambios granulares, se incluyen las células de la glándula paratiroides, y oncocitos de la glándula salival^{7,9,16,17}

Krompecher dio originalmente una descripción del ameloblastoma de células granulares en 1918, donde 40 casos están descritos en la literatura, sin embargo el mecanismo de desarrollo de las células granulares no está bien determinado, el proceso de transformación a menudo mientras un tipo folicular granular ocurre en agregados que reemplazan por completo el retículo estrellado. este tipo de ameloblastoma es considerado como localmente invasivo con una alta propensión a recurrencia, este estudio contrasta con las características y otras células del ameloblastoma, la importancia de este tipo es reconocer el comportamiento celular granular y dar a conocer un diagnóstico correcto.^{16,17,30}

5.5 Basal

La histología muestra un parecido al carcinoma de células basales de la piel. En 1970 Vickers y Gorlin definen hiper Cromatismo y vacuolización de las células basales. La OMS refiere una clasificación histológica de un patrón de ameloblastoma como tipo celular basal, este tipo tiene una gran semejanza al carcinoma basocelular. El patrón basal o periférico es extremadamente raro entre los patrones con proliferaciones columnares de células epiteliales del germen del diente. se cree que se origina de derivados de restos epiteliales o del epitelio de superficie, se han encontrado varios reportes donde se origina de la lengua y en la región del premolar mandibular, tiene mayor predilección por áreas dentarias en comparación con regiones edéntulas más comunes en la mandíbula.

5.6 Variantes:

5.6.1 Desmoplásico

En 1984 Eversole describió un patrón único de ameloblastoma desmoplásico, una variante con abundante estroma, colágeno, con pequeños nidos y trezados epiteliales odontogénicos.^{19,42,43}

Consiste en tejido conectivo acelular encontrándose con desmoplasia estromal (estimulando el desarrollo de tejido conjuntivo fibroso o de adherencia), las islas epiteliales están rodeadas por células columnares de apariencia ameloblástica de células cuboidales con citoplasma eosinófilo, cordones epiteliales, y células

hipercromáticas, tiene la apariencia de otros tipos de ameloblastomas, la variante desmoplásica se desarrolla en la mandíbula posterior y en la parte anterior del maxilar. No se conoce la recurrencia de la variante desmoplásica ya que bajo número de casos lo han reportado aunque hallazgos indican un bajo número de potencial.^{19,32,42}

5.6.2 Uniquístico

Resulta de la generación de células de otro tumor o de estroma, el quiste se desarrolla comunmente por la degeneración del retículo estrellado, la lesión de estroma consiste en la madurez colágena del tejido conectivo en la cual las formas, consisten en una sustitución fibrosa, mostrando cápsulas casi invariables que contienen dispersiones columnares de invasión de células epiteliales y raramente ocasiona infiltrado activado circundando entre el trabeculado óseo y el reemplazamiento fibroso la recurrencia en la pared del quiste dentígero esta relacionado comunmente por la impactación entre el diente y la patogénesis del tumor.^{7,18,33,50}

Los quistes están habitualmente llenos de líquido seroso mezclado a veces con partículas de hueso o sangre muy pequeños, el tejido parecido al retículo ha sufrido una rotura completa o degeneración quística y en algunos casos hay aplanamientos de células columnares periféricas e incluso escamosa la forma quística es muy común en el ameloblastoma folicular.^{29,38}

El ameloblastoma uniquístico tiene un mejor pronóstico porque la proliferación se encuentra limitada en el lumen y el epitelio del quiste.

6.- CARACTERISTICAS CLINICAS

Lesión que inicialmente empieza con un nido radiolúcido y crece radialmente hacia la cortical.^{42,44}

Durante las primeras etapas de desarrollo el tumor es generalmente asintomático, crece lentamente y puede pasar cierto tiempo antes de que el paciente se de cuenta de su presencia.^{33,44}

El examen de la cavidad bucal muestra una masa dura ósea asintomática y de tamaño variable que aumenta la dimensión bucolingual, puede ser de una superficie lisa de forma redonda u ovalada o estar cubierta por mucosa normal de color rosado. Los dientes de esta área pueden estar ligeramente móviles y no bien alineados, conservando a menudo su vitalidad, propiciando ocasionalmente la caída de los mismos, así como: parodontitis, caries, aparición de fistulas.⁴²

Hager en 1978 consideró que el tumor estaba asociado a la falta de erupción de los dientes y la divergencia de las raíces de los dientes adyacentes.³³

El tamaño de la masa puede ser de varios centímetros ocupando un espacio considerable en la boca, el tumor tiende a cerrar la cavidad nasal y los senos paranasales contenidos en los espacios orbitales, tejidos faríngeos y estructuras de la base del cráneo, en la cavidad bucal interfiere en la fonación, la superficie está habitualmente lobulada y la mucosa bucal se puede presentar ulcerada mostrando datos tardíos como síntomas dolorosos de tipo dental, causando disturbios neurológicos, el aumento de volumen del maxilar y de la mandíbula

hacia la parte exterior o inferior que conducen a cambios en el contorno facial con aparición del tumor en los alveolos dentales.

Las lesiones tienen sintomatología a la palpación a causa de la presión ejercida sobre los troncos nerviosos, crepitan o son duros como el hueso según la degeneración de su interior, esporadicamente el tumor se puede infectar produciendo dolor por el incremento en la mandíbula, muy severo en los senos del maxilar donde la corteza se encuentra agrietada, aumentando considerablemente los síntomas. Un estudio realizado durante seis años en varios pacientes, reporta pérdida del hueso cortical de la mandíbula en la tercera parte de dichos pacientes.

El tejido sólido tiene apariencia granular, blanda o brillante; mientras que el quístico tienen una variación en talla dependiendo del contenido material, pudiendo ser éste: claro, amarillo fibrinoso y algunas veces de material coloidal.^{4,14,38,44}

En varias descripciones clínicas no existe una predilección de apariencia significativa o una localización específica, mencionando a continuación las formas más comunes²⁵:

1. Intraóseas
2. Consistencia: firme
3. Superficie: lisa

4. Color: del mismo color de la mucosa adyacente
5. Tamaño: es variable se han comunicado diámetros de 5 cm mayor en la mandíbula, con características específicas manifestando un exudado sinusal o una obstrucción nasal en estadios avanzados, mostrando la cortical extremadamente delgada sin llegar a romperla.

7.- CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

El tumor muestra una apariencia en forma de compartimentos con "septos" de hueso que se extienden dentro de una masa tumoral traslucida, en la radiografía también observamos adelgazamiento de la placa cortical, encontrando presencia y ausencia de tejido calcificado.³⁰

La radiolucidez se muestra nebulosa con bordes hiperperiósticos, el incremento de la opacidad podrían ser causados por el paquete queratínico en el lumen y sugerir un diagnóstico de queratoquiste.³

Radiográficamente encontramos presencia o ausencia de tejido calcificado manifestándose una variedad de lesiones entre esto encontrando a los tumores de naturaleza quística que crecen de modo de modo mas amplio y expansivo pueden ser uniloculares o multiloculares. Las lesiones uniloculares se presentan como una radiotransparencia redonda u ovaladas, localizadas centralmente y de tamaño variable. A medida que la lesión aumenta de tamaño, ocurre una extensa degeneración quística, el tumor presenta un aspecto más característico como una radiotransparencia que se llama multilocular.³⁴

Los lóbulos individuales están parcialmente separados por tabiques oseos delgados con distintos grados de densidad, las cavidades varían en tamaño encontrándose agrupados y con tendencia a irradiar a partir de la zona central y los compartimentos están alejados por tabiques bien definidos, sin embargo

debe señalarse que muchos ameloblastomas no presentan ese aspecto y que algunos se ven con un defecto óseo unilocular que en ocasiones aparece con pequeño y fino trabeculado expandiendo la lesión rarefacta bien definida con delineación periférica pero comúnmente falta un margen perióstico.³⁸

En sus primeros periodos las trabéculas y los espacios estrechos son reemplazados por el tumor a medida que éste se expande y no existen signos evidentes de pérdida o expansión del hueso cortical. Un estudio afirma 53% son multiloculares o en forma de "pompas de jabón" o en forma de "panal de abejas", empiezan como lesiones uniloculares y desarrollan lesiones multiloculares registrando un promedio a la edad de 26.4 años lesiones uniloculares mientras que un 75% , se han localizado alrededor de los 20 años con apariencia unilocular.^{38,44}

Habitualmente los bordes periféricos persisten bien definidos pero a veces son difusos e indistintos sugiriendo una neoplasia invasora más sólida siendo la periferia por lo regular de forma lisa.^{30,44}

Una característica distintiva es que no produce radiopacidad como otras lesiones ya que cuando éstas son multiloculares, los márgenes internos del hueso a menudo son espesos y curvados pareciéndose al granuloma de células gigantes en el cual los márgenes frecuentemente tienen apariencia de encaje (Poylon 1982).^{4,36}

Ocasionalmente se muestran trabeculados en sitios radiopacos con puntos radiolucidos (Bake 1974). Muchos de estos defectos están cercanos a los ápices de los dientes (Makek y Leillo 1986).⁴³

Los ameloblastomas originados de los quistes primordiales se hallan de ordinario en regiones en las que falta un diente existente, los formados primariamente de otras fuentes odontógenas se hallan por lo general entre las raíces de los dientes simulando un quiste periodontal. Estas no son características patognomónicas porque el ameloblastoma aparece similar a otras lesiones de la mandíbula.³⁴

Las apariencias radiográficas varían por sus bordes bien definidos o más común por sus rangos radiolúcidos y bordes marginales considerando entonces que la rutina radiográfica localiza al ameloblastoma con una mayor recurrencia de 73% como multilocular y un 20 % de los casos como unilocular.⁴³

Aunque Shruthers y Shear encontraron que la resorción de las raíces de los dientes pudieran estar asociadas al ameloblastoma, mencionaron que 81% de una serie de resorción a 32 casos comparados 55% fueron de quiste dentigero y 18% quiste apical.³⁰

Eversole acordó las características de un ameloblastoma diciendo que podían ser segregados en dos categorías^{27,28}.

- a) localizándose en relación al diente contiguo
- b) un patrón radiográfico configurativo

7.1 Métodos auxiliares de diagnóstico.

Ortopantomografía con reducción de los datos de la exposición en los estadios tardíos.

antero-posterior de mandíbula (PA) con datos de exposición reducidos.

radiografía dental o periapical orientada a los estadios iniciales.

radiografías oclusales de medio lado de la mandíbula.

En el maxilar y en estadios tardíos se recomienda la tomografía axial computarizada (TAC).

En el análisis de la ortopantomografía y radiografía periapical se determinan hallazgos uniloculares y multiloculares con forma de pera o burbujas, radiolúcidos, ocupando áreas en el borde de la cresta alveolar, causando divergencia de las raíces ^{27,28}

8.- DIAGNOSTICO

El diagnóstico final depende del estudio histopatológico.⁴⁴

Deberá de sospecharse de un ameloblastoma cuando existan los siguientes características:

- a) Deformidad marcada asimétrica lobulada y no ulcerada de la mandíbula sobre todo en la región anterior.⁴⁴
- b) Crecimiento lento y persistente y una ausencia relativa de molestias, salvo en enfermedades muy avanzadas donde pueda existir dolor, parestesia o las complicaciones inherentes a una fractura patológica o a la infección secundaria.
- c) La demostración por rayos x de una area radiotransparente multilocular con bordes bien definidos en la porción posterior de la mandíbula en especial asociado a dientes no erupcionados.⁴⁴

Generalmente se encuentra asociado a un quiste dentígero^{10,21}

9.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En varias ocasiones los hallazgos clínicos y radiográficos se parecen a muchas otras lesiones, se ven como un defecto óseo monolocular que se asocia generalmente con un diente no erupcionado y resulta imposible su distinción con un quiste dentigero, queratoquiste odontogénico, quiste radicular, granuloma central de células gigantes; en la región premolar de la mandíbula, en estadios de quistes foliculares, tumor odontogénico adenoide, unilocular, en la región canina del maxilar, fibroma ameloblástico en estadios tardíos, quiste residual, osteitis rarefacta, quistes del hueso osteomielitis, tumores benignos y malignos, mixoma odontogénico, especialmente en la zona del ángulo mandibular, también es considerado en muchas circunstancias porque ésta lesión se encuentra compatible con la radiolucidez del quiste y la displasia fibrosa, siendo aconsejable que el diagnóstico no se limite precisamente a la radiografía.

Con el granuloma central de células gigantes, especialmente en la región premolar de la mandíbula, en estadios de quistes foliculares, tumor odontogénico adenomatoide, unilocular, en la región canina del maxilar, fibroma ameloblástico.^{14,27,28,38,43}

10.-PRONOSTICO

El ameloblastoma es uno de los tumores odontogénicos de más recidiva. algunos ameloblastomas han persistido de 10 a 15 veces después del tratamiento lo que sugiere más la formación de nuevas lesiones que el crecimiento después de las escisiones diagnosticando una recurrencia a 5 años. La recurrencia de este tumor es alta, ya que las células ameloblasticas por lo general no invaden tejido conectivo. Zalled en 1982 reportó que de 74 recurrencias, sobreviven 14.⁴⁴

Un reporte ha señalado que menos de 1% hacen metástasis. El curso indica la malignidad de la lesión, el potencial de metástasis del ameloblastoma es bajo se presenta en un 2%. Y cuando ocurre se localiza, en los pulmones, nódulos linfáticos regionales, el mediastino, ileón y el craneo. Por lo tanto el tumor metastásico se asemeja al ameloblastoma primario que no incluye transformación histológica.¹⁰

Small y Waldron hallaron una reaparición de síntomas, en un número de 32% notando una gran desigualdad cuando los casos son tratados, con curetaje 46% con una resección de 13%.¹⁰

Un estudio examinado para tratamiento de ameloblastoma en niños es descubierto en relación a la alta recurrencia 43% a pesar de los factores, sin

embargo lo que hay que recordar, son los pacientes en donde se presenta 80% con expansión de la mandíbula donde demuestra totalmente dolor.³⁰

La condición citológica contrasta marcadamente con la agresividad en el comportamiento de este tumor, el cual en múltiples puntos se extiende circundando tejido conectivo, de invasión local. Los cortes transversales tienen diferentes canales columnares, que frecuentemente aparentan islas de epitelio, donde los grupos de células individuales, continuamente están en proliferación.

En suma en este tipo de invasión local, empieza de modo extraño, como una lesión que destruye las estructuras adyacentes.

La extensión clínica y radiográfica es engañosa y la invasión del hueso ocurre más allá de los límites aparentes del tumor en particular las variedades sólidas.⁴⁴

11.- EPIDEMIOLOGIA

11.1 Sexo

La frecuencia del ameloblastoma es casi igual en ambos sexos, aunque hay reportes donde se considera una predominancia en hombres M/F = 1.6:1 de un estudio de 315 pacientes 195 fueron hombres con 61.9% y 120 fueron mujeres con 38.1%.^{1,25,43}

11.2 Raza

Es difícil valorar la mayor predominancia en una raza específica. Kegel señaló que la raza negra se afecta con mayor frecuencia.

11.3 Edad

La incidencia se encuentra entre los 20 y 50 años de siendo mayor a la edad de 40 años (Minderjah,1979) (Keeler y Dominguez 1986) discuten 8 casos que ocurren en pacientes jóvenes de 16 años.^{4,30}

La edad promedio del paciente al momento de descubrir la lesión ha sido generalmente a los 30 años con un estudio de 12% ocurriendo en pacientes bajo la edad de 20 años registrándose una duración promedio de 6 años, hasta más.^{33,43}

11.4 Localización

Baker en 1974 dice que 91% ocurre en los premolares y molares de la región mandibular y menos del 15% de los pacientes reportan dolor, algunas lesiones son bilaterales y 23% de las lesiones ocurren en áreas de previa extracción. Según Regezzi en 1988 el tumor marca aproximadamente arriba de 1% de todos los tumores reportándose en un paciente con un período de evolución de 0 a 6 años ocurriendo más en el maxilar que en la mandíbula³³. Waldron y Mofty en 1987 reportaron un estudio de 116 casos ocurriendo en un 88% en la mandíbula.^{4,10,18,23,29,30,32,43,44}

Tsaknis reportó 24 casos del ameloblastoma exponiendo

- a) 85% de los tumores ocurren en diente canino
- b) 33% de los tumores recurren mientras que un 75% están en recurrencia a los senos maxilares.

El ameloblastoma del maxilar es el más peligroso con recurrencia y tratamiento conservador.^{4,10,23,29,30,44}

12.- TRATAMIENTO

Los tratamientos podrían ser curetaje, dando algunos resultados con mayor agresividad, cauterización química, criocirugía, resultando, más exitosa la resección en bloque, lo que incluye la maxilectomía y la hemimandibulectomía. Un reporte demostró que los pacientes se están tratando curativamente por medio de radiación, usando un número de 45 rayos gamma fraccionada durante 4 semanas.^{24,32}

El curetaje es aceptado en ameloblastomas pequeños de la mandíbula teniendo una alta recurrencia la hemimandibulectomía controla 100% ya que es mejor practicar una escisión adecuada en bloque que se extienda más del área radiográfica en el tumor. El uso parcial de maxilectomía como primer tratamiento controla 100% en 7 casos aplicado a ameloblastomas maxilares oponiéndose a un 40% cuando la maxilectomía se transforma en recurrencia maxilofacial. El tratamiento de cirugía radical depende de la alta frecuencia de recurrencia el cual resulta a desarrollar por lo que llegamos a la conclusión que el tratamiento requiere enucleación total de la lesión.

El tratamiento está en considerable debate acerca de la eficacia de varias técnicas³³. Sendev reportó el tratamiento de curetaje siguiendo una recurrencia de 90% de todos los ameloblastomas de tipo maxilar y mandibular.^{10,23,43}

Según estudios un uso inicial de resección del segmento controla 78%; 18 de 23 casos y con una resección subsecuente controlando estas recurrencias , las lesiones grandes en particular las que se extienden en el borde inferior requieren resección de bloque o hemimandibulectomía, porque algún intento por erradicar el tumor por curetaje no tendría importancia, en las lesiones de gran tamaño cuya reparación se considera inevitable, la operación puede ser conservadora con la expectativa del tipo de lesión por ejemplo el tratamiento de lesiones unicísticas mandibulares podría ser conservadora, porque la proliferación ameloblástica esta limitada al epitelio quístico.⁴⁴

En algunas ocasiones las lesiones responden rápidamente a la irradiación, aunque la radioterapia no es una método de tratamiento con éxito y las disecciones cervicales sólo estan indicadas en presencia de metástasis confirmadas en el cuello^{1,4,21}

La radioterapia estuvo aplicada unicamente después de las operaciones múltiples fallando en casos de avances de enfermedad, la habilidad curativa no es clara.

13.-CONCLUSIONES

De todo esto podemos deducir que los datos hallados reportan:

- Que pueden presentarse en ambos sexos.
- Es una neoplasia odontogénica poco frecuente, se determina aproximadamente al 1%.
- El sitio de localización corresponde con mayor incidencia en la mandíbula.
- La lesión es diagnosticada con mayor incidencia. después de la tercera década de vida.
- Tiene gran relación con dientes incluidos, quistes y traumatismos

14.-GLOSARIO

- **cauterización:** Destrucción de los tejidos con instrumento caliente, corriente eléctrica o sustancia cáustica
- **curetaje :** Raspado
- **displasia:** Anomalía del desarrollo, alteración de la forma, las dimensiones y la organización de las células adultas
- **divergencia:** Separación de dos a omás líneas que parten de un mismo punto, a medida que se alejan
- **escisión:** Ablación o extirpación quirúrgica.
- **etiología:** Estudio o teoría de los factores que causan enfermedad y el método de introducción en el huésped, causa o causa u origen de una enfermedad.
- **fibrina:** Proteína insoluble formada a partir de fibrinógeno por la acción proteolítica de la trombina durante la coagulación normal de la sangre.
- **fibrinoso:** Relativo a la fibrina o de su naturaleza
- **fístula:** Trayecto o comunicación anormal, generalmente entre dos órganos internos, o que conduce de un órgano interno a la superficie del cuerpo; suele designarse según los órganos o las partes con que se comunica.

- **granular:** Que presenta granulaciones o granos o que se caracteriza por ellos.
- **hemimandibulectomía:** Operación o incisión de la mitad de la mandíbula.
- **maxillectomía:** Corte quirúrgico de los maxilares superiores, que permite mover la totalidad o una parte de ellos hacia la posición deseada.
- **metástasis:** Transparencia de enfermedad de un órgano o una parte hacia otro sitio no directamente relacionado. Crecimiento de microorganismos patógenos sobre células anormales, a distancia del sitio primariamente afectado por el proceso mórbido.
- **multilocular:** Que tiene muchas celdas o compartimentos
- **neoplasia:** Formación de un neoplasma: cualquier crecimiento nuevo y anormal, específicamente un nuevo tejido tisular incontrolado y progresivo.
- **parestesia:** Sensación mórbida, anormal, como ardor, punciones, hormigueo, etc.
- **patognomónico:** Dícese de lo específicamente distinto o característico de una enfermedad o condición patológica; signo o síntoma por el cual puede establecerse un diagnóstico.
- **pedunculada:** Con parte basal angosta o estructura semejante a pie o tallo como la porción por la cual un tumor no sésil está unido al tejido normal.

- **periapical:** Perteneciente o relativo al tejido en el que acienta el tercio terminal o apical de un diente; incluye la membrana periodóntica y el hueso alveolar.
- **radioterapia:** Tratamiento de la enfermedades mediante radiaciones ionizantes intersticial, la administrada por el elemento radioactivo conteido en dispositivos (aguja o alambres) que se insertan directamente en los tejidos. intracavitaria la que consiste en introducir el elemeno radioactivo en una cavida corporal.
- **recurrencia:** Reparición de los síntomas de una enfermedad tras un periodo de remisión.
- **reseccion.** Extirpación de la parte de un órgano u otras estructuras.
- **tumor:** Uno de los principales signos de inflamación, aumento mórbido del tamaño Crecimiento nuevo del tejido en el que la multiplicación de las células es incontrolable y progresivo
- **unilocular:** Que tiene un sólo lóculo o compartimento.¹²

15.- METODOLOGIA

15.1 POBLACION DE ESTUDIO

Se realizó una revisión de los expedientes de los casos recibidos con estudio histopatológico de los años de 1986 y hasta 1995 en el Departamento de Patología de la División de Estudios de Postgrado e Investigación, perteneciente a la Facultad de Odontología UNAM, haciendo la referencia de los casos que presentaron diagnóstico final de Ameloblastoma.

15.2 VARIABLES DE TRABAJO

Los datos que se tomaron de los expedientes fueron :

Edad (años)	
Sexo:	1 Femenino
	2 Masculino
Localización:	1 Maxilar
	2 Mandibular
Características Clínicas	1 Granular
	2 Blando
	3 Duro
	4 Liso
	5 No especificado
Características radiográficas	1 Mal definido
	2 Bien definido
	3 Multilocular
	4 Unilocular
Diagnóstico Clínico	1 Fibroma osificante
	2 Queratoquiste
	3 Quiste dentigero
	4 Quiste residual
	5 Tumor adenomatoide
	6 Ameloblastoma
Diagnóstico Final	1 Ameloblastoma Plexiforme
	2 Ameloblastoma Uniquístico
	3 Otro tipo de Ameloblastoma

16.- RESULTADOS

En la revisión se encontraron 21 casos de ameloblastoma de 1986 a 1995 con un total de 4683 pacientes atendidos en dicho periodo. Teniendo una incidencia de 0.488%.

Se observó que la mayor incidencia fue en 1991 con 7 casos (1.38%) y el menor en 1992 donde hubo un caso, haciendo mención de que en los años 1986 a 1988 y 1993 no se presentaron casos de ameloblastoma (Tabla 1 y Gráfica No. 1).

Se realizó una análisis epidemiológico y de las características clínicas de los 21 casos reportados, la cual se encuentra resumida en la Tabla 2. Dentro de estos se encontró 11 mujeres (52.4%), en tanto que 10 hombres (47.6%) (Gráfica No. 2). El promedio de edad es de 32.19 ± 16.31 años, con un rango entre 15 y 72 predominando en los pacientes de 21 a 30 años de edad (9 pacientes 42.86%) haciendo notar que vuelve a aumentar la incidencia aunque en menor proporción en los pacientes de 51 a 60 años (3 pacientes 14.29%).(Gráfica No. 3).

La mandíbula es el sitio más común para el ameloblastoma con 15 casos (71.4%), en tanto que 6 casos se encontraron en el maxilar (28.6%) (Gráfica No. 4)

Con respecto a las características clínicas se observó que la mayoría de las lesiones presentan una consistencia blanda (9 casos 42.9%) o con superficie lisa (7 casos 33.33%); mientras que menor proporción las lesiones de consistencia granular o dura (con 2 casos 9,5% respectivamente) y en un caso no fue descrita dicha característica. (Gráfica No. 6)

Radiográficamente se observaron lesiones predominantemente uniloculares (7 casos 33.3%) y bien definidas (7 casos 33.3%), en tanto que lesiones multiloculares, o las mal definidas son menos predominantes (1 caso 4.8% con ambas características) . y en cinco caso no hubo descripción radiográfica (23%) (Gráfica No. 8).

El diagnóstico clínico más común es el de quiste dentígero (10 casos 47.6%), seguido por el ameloblastoma (5 casos 23.8%), y queratoquiste (3 casos 14.3%) y en mucho menor proporción se diagnosticaron como Fibroma Osificante, Quiste residual y Tumor adenomatoide (todos con 1 caso 4.8%) (Gráfica No. 7).

En relación al diagnóstico final todos se establecen como ameloblastomas, pero considerando sus subtipos se encontró que el más frecuente es el Ameloblastoma Uniquístico representado con 10 casos (47.6%), seguido por al Ameloblastoma Plexiforme con 8 casos (38.1) y 3 casos (14.3) clasificados como otros tipos. considerando en particular 2 casos con ameloblastomas basaliode y con un caso de ameloblastoma Acantomatoso (Gráfica No. 9). Lo anterior nos reveló que existe una relación de incidencia entre ameloblastoma Plexiforme, Ameloblastoma uniquístico y tipos de Ameloblastomas de 2.6:3.3:1.

Se estableció las características antes mencionadas en base a los subtipos de ameloblastomas, que se comenta a continuación:

16.1 Ameloblastoma Plexiforme

Se encontraron 8 casos de Ameloblastoma Plexiforme, tiendo una incidencia del 0.171 casos por cada 100 pacientes, presentando en igual proporción (50%) en hombre que en mujeres, principalmente en edad adulta con un promedio de edad de 40.37 en un rango de 26 a 72 años; La lesión primordialmente se localizó en la región mandibular (75%), en general presenta consistencias

blandas (37.5%), lleno de consistencias duras (25%), a aspecto granular (25%) y en menor porcentaje lisa (12.5). Su característica radiográfica principalmente es unilocular (3 casos 37.5%) a Bien definida (2 casos 25.0%), aunque hay que considerar que en los tres casos restantes no fueron descritos.

El diagnóstico clínico más común fue de quiste dentigero en la mayoría en 5 casos 62.5%. o como propiamente ameloblastoma (3 casos 37.5%).

16.2 Ameloblastoma Uniquístico

Se presentaron 10 casos con Ameloblastoma Uniquístico, con una incidencia del 0.214 casos por cada 100 pacientes, Con mayor frecuencia se presento en mujeres con 7 casos (70%) y solo en 3 hombres (30%). Predominantemente en jóvenes teniendo un promedio de edad del paciente en el momento del registro de 25 años, en un rango 15 a 55 años, principalmente en 8 casos el rango más representativo fue de 20 a 30 años registrando el 80%. Manteniéndose una mayor incidencia en la región mandibular (80%), teniendo la lesión características de consistencia blanda (50%) y de apariencia lisa (50%). En mayoría de los casos radiograficamente fue descrito como bien definido (40%) y unilocular (30%).

En relación al diagnóstico clínico, frecuentemente fue descrito como un quiste dentigero (40%), y como queratoquiste (40%) siendo en mucho menor proporción descrito como quiste residual, tumor adenomatoide y ameloblastoma (todos el 10%). Cabe señalar que de acuerdo a las características clínicas y radiográficas es fácil confundirlos con los dos primeros tipos de diagnóstico.

16.3 Otro tipo de Ameloblastomas

Dentro de esta clase se tomaron en cuenta las lesiones de menor incidencia en 3 casos que representan el 14.3% del total de la muestra.

La lesión se localiza en mayor proporción en la región mandibular. Las características clínicas son ambiguas porque se presentan lesiones con consistencia blanda o aspecto liso con un caso cada uno y en el faltante no se contó con la descripción. Ocurriendo lo mismo en las características radiográficas, en el que la lesión fue descrita como bien definida, unilocular o no especificada con un caso respectivamente. En relación a la diagnóstico clínico, fueron descritos como Fibroma osificante, quiste dentigero y como propiamente ameloblastoma.

Tabla No. 1 Incidencia de Ameloblastoma en el D.E.P.I., División de Estudios de Postgrado e Investigación. -F. O de 1986 a 1996

Años	No. de Casos reportados	Total de Casos Atendidos	Incidencia (%)	Subtipo de Ameloblastoma		
				Plexiforme	Uniquístico	Otro tipo
1986	0	477	0	0	0	0
1987	0	390	0	0	0	0
1988	0	363	0	0	0	0
1989	2	404	0.495	1	1	0
1990	4	510	0.784	1	3	0
1991	7	508	1.378	2	4	1
1992	1	577	0.173	0	1	0
1993	0	499	0	0	0	0
1994	4	455	0.879	1	1	2
1995	3	500	0.600	3	0	0
Totales	21	4683		8(38.1%)	10(47.6%)	3(14.3%)†
Incidencia			0.488	0.171	0.214	0.064

† Porcentaje con relación al número total de casos con Ameloblastoma.

Ψ Incidencia como porcentajes del total casos atendidos

Tabla No.2. Características Epidemiológicas y Clínicas de 21 Casos reportados en D.E.P.I. de 1986 a 1995

Variable	No. de		Subtipo de Ameloblastoma			valor - P
	Casos	(%)	Plexiforme	Uniquístico o	Otro tipo	
Sexo						
Femenino	11	52.4	4 (50%)	7 (70%)		
Masculino	10	47.6	4 (50%)	3 (30%)	3 (100)	0.102*
Edad (años)						
Menos de 20	4	19.05	0	4 (40.0)	0	
de 21 a 30	9	42.86	3 (37.5)	4 (40.0)	2 (66.7)	
de 31 a 40	2	9.52	1 (12.5)	1 (10.0)	0	
de 41 a 50	2	9.52	2 (25.0)	0	0	
de 51 a 60	3	14.29	1 (12.5)	1 (33.3)	1 (33.3)	
más de 60	1	4.76	1 (12.5)	0	0	
Promedio	32.29	16.31 \oplus	40.37	24.90	35.33	0.422†
Rango	15-72		26-72	15-55	21-60	
Localización						
Maxilar	6	28.6	2 (25.0)	2 (20.0)	2 (66.7)	
Mandibular	15	71.4	6 (75.0)	8 (80.0)	1 (33.3)	0.857*
Caract. Clínicas						
Granular	2	9.5	2 (25.0)	0	0	
Blando	9	42.9	3 (37.5)	5 (50.0)	1 (33.3)	
Duro	2	9.5	2 (25.0)	0	0	
Liso	7	33.3	1 (12.5)	5 (50.0)	1 (33.3)	
No especificado	1	4.8	0	0	1 (33.3)	0.143*

† Prueba de *t* de Student

\oplus Desv. Std.

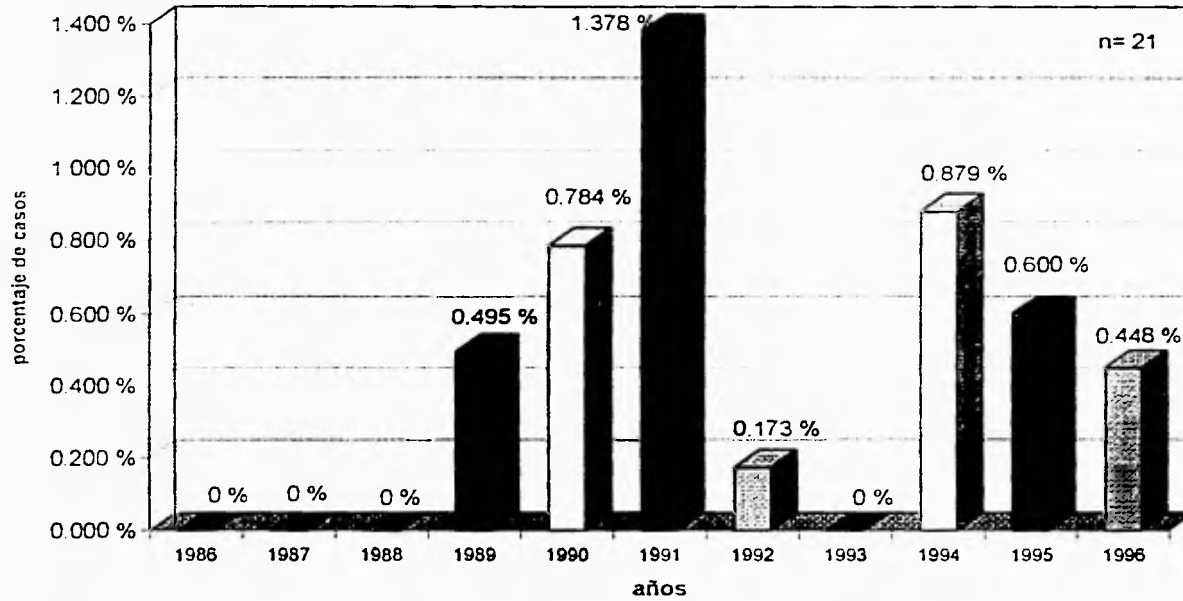
* Prueba de χ^2

Tabla No.2 (Continuación). Características Epidemiológicas y Clínicas
de 21 Casos reportados en D.E.P.I. de 1986 a 1995

Variable	No. de Casos	No. (%)	Subtipo de Ameloblastoma			valor - P
			Plexiforme	Uniquístico o	Otro tipo	
<i>Caract. Radiográfica</i>						
Mal definido	1	4.8	0	1(20.0)	0	
Bien definido	7	33.3	2(25.0)	4(40.0)	1(33.3)	
Multilocular	1	4.8	0	1(10.0)	0	
Unilocular	7	33.3	3(37.5)	3(30.0)	1(33.3)	
No especificado	5	23.8	3(37.5)	1(10.0)	1(33.3)	0.841*
<i>Diagnóstico clínico</i>						
Fibroma osificante	1	4.8	0	0	1(33.3)	
Queratoquiste	3	14.3	0	3(30.0)	0	
Quiste Dentigero	10	47.6	5(62.5)	4(40.0)	1(33.3)	
Quiste Residual	1	4.8	0	1(10.0)	0	
Tumor Adenomatoide	1	4.8	0	1(10.0)	0	
Ameloblastoma	5	23.8	3(37.5)	1(10.0)	1(33.3)	0.143*

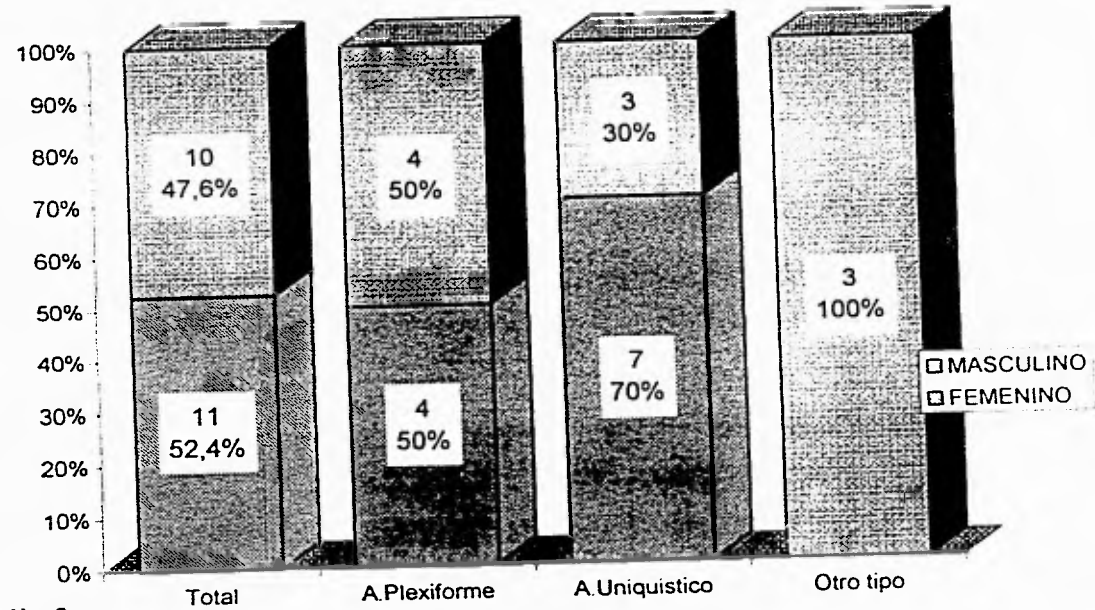
* Prueba de X^2

INCIDENCIA DE AMELOBLASTOMA EN LA D.E.P.e I. 1986-1995



Gráfica No. 1

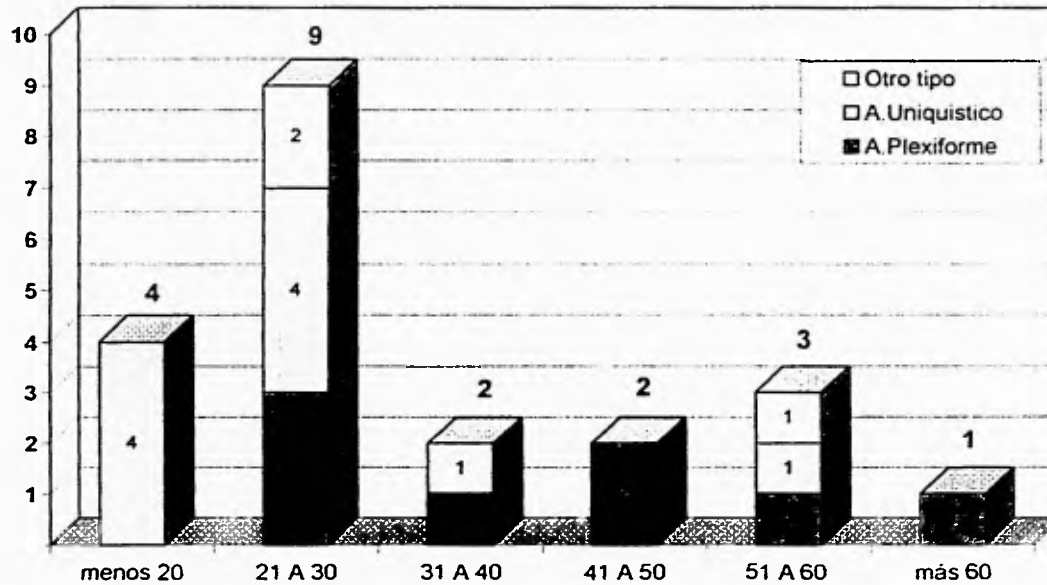
AMELOBLASTOMA DISTRIBUCION POR SEXO



Gráfica No. 2

n=

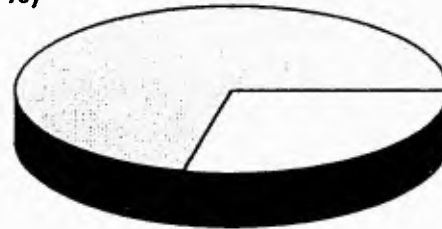
AMELOBLASTOMA DISTRIBUCION POR EDAD



Gráfica N.º 3

**AMELOBLASTOMA
LOCALIZACION DE LA LESION**

**MANDIBULAR
15(71,4%)**

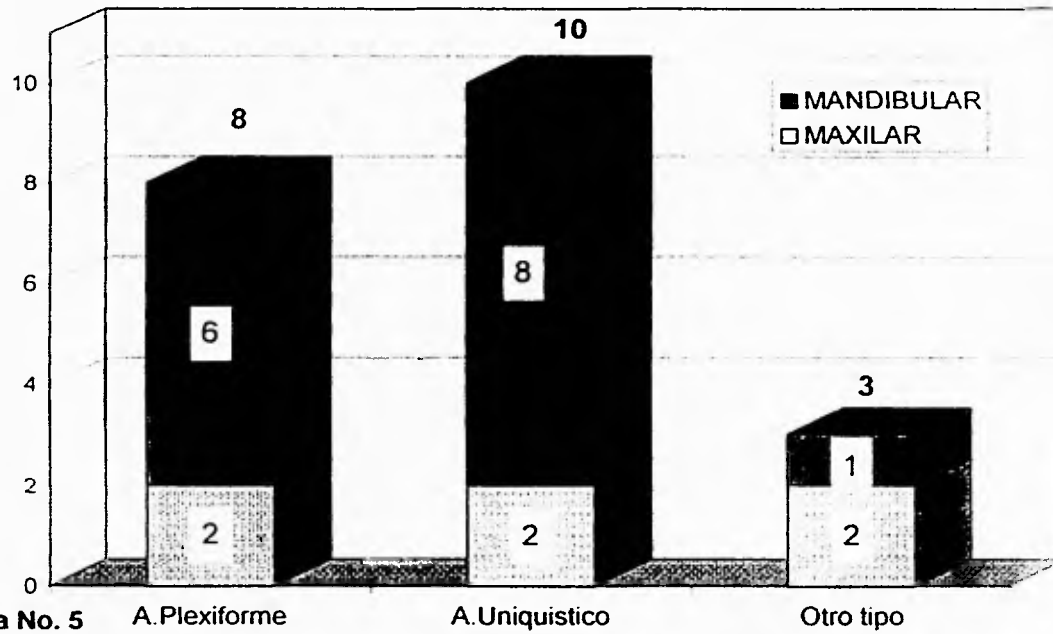


**MAXILAR
6(28,6%)**

Gráfica No. 4

n= 21

**AMELOBLASTOMA
DISTRIBUCION POR LOCALIZACION Y SUBTIPO**



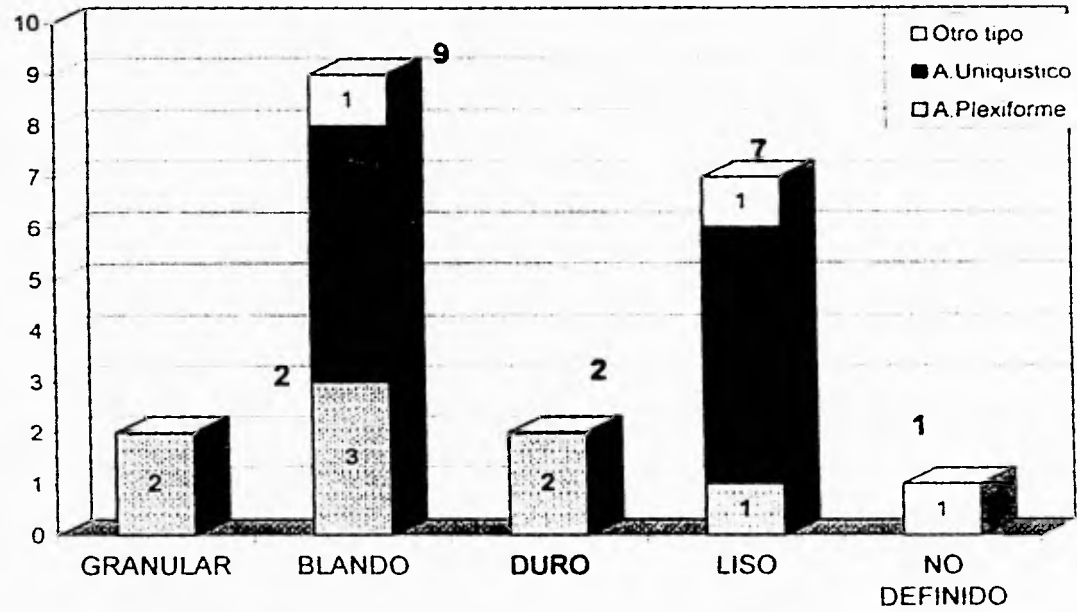
Gráfica No. 5

A. Plexiforme

A. Uniquistico

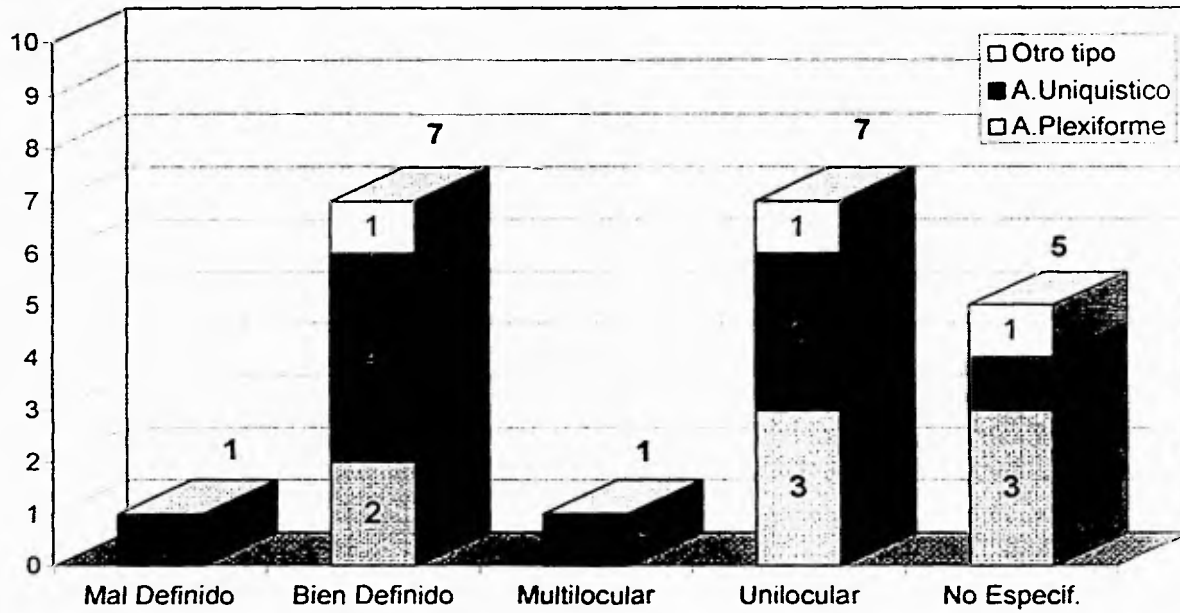
Otro tipo

AMELOBLASTOMA CARACTERISTICAS CLINICAS



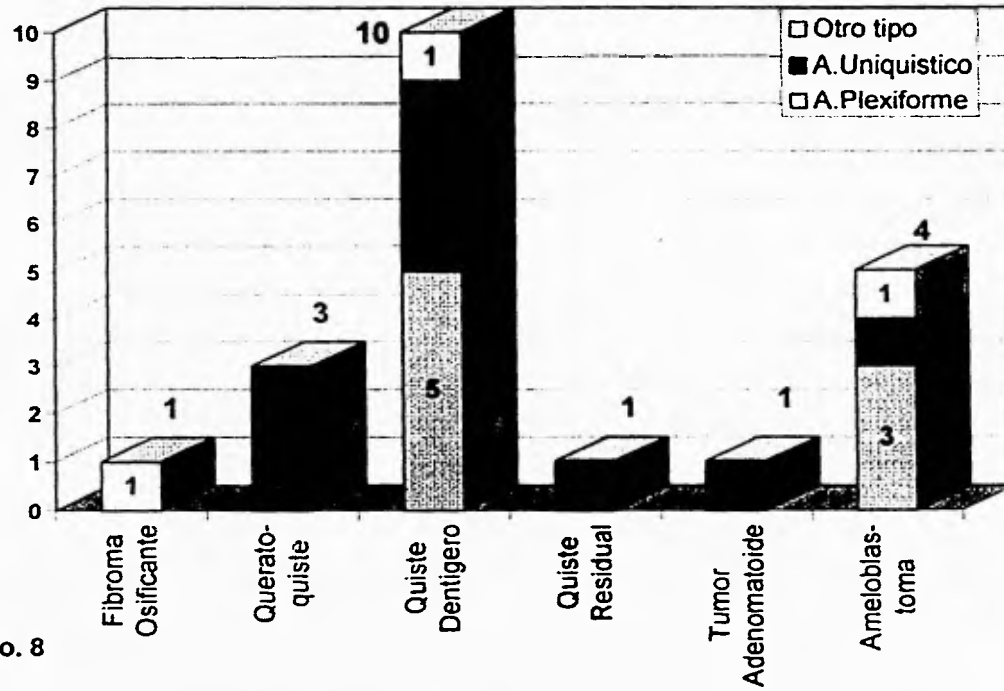
Gráfica No. 6

AMELOBLASTOMA CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS



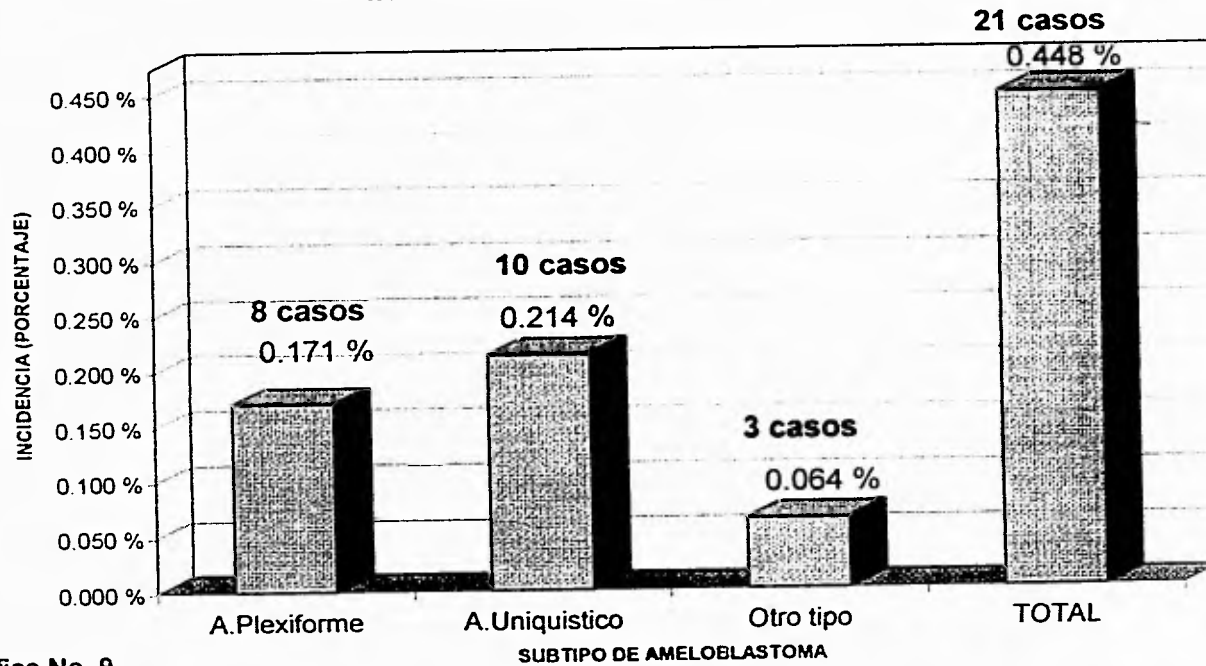
Gráfica No. 7

AMELOBLASTOMA DISGNOSTICO CLINICO



Gráfica No. 8

AMELOBLASTOMA INCIDENCIA POR SUBTIPO



Gráfica No. 9

FALTA PAGINA

No. 55

BIBLIOGRAFIA

- 1.-ABAYOMI ADELOMA, DAVIS SUNDAY, ADEOLA EMANUEL OLADEPO
*AMELOBLASTOMA: CLINICAL FEATURES AND MANAGEMENT OF 315
CASES FROM KADUNA, NIGERIA*
JOURNAL OF CRANIO MAXILLOFACCIAL SURGERY
2 August p.p. 351-355 1993*
- 2.-BARRERA FRANCO JOSE LUIS, MOSQUEDA TAYLOR
*AMELOBLASTOMA; THE EXPERIENCE OF THE INSTITUTO
NACIONAL DE CANCEROLOGIA*
Volume 41 núm. 2 Abril - Junio p.p.79-83 1995
- 3.-BRAD W. NEVILLE, DUGLAS D. DAMM, DEAN K.
COLOR ATLAS OF CLINICAL ORAL PATHOLOGY
ED. LEA FEIBERG
PHILADELPHIA.LONDON 1991
- 4.-BRUCE ROBERTH MACINTOSH D.D.S.
*AGRESIVE SURGICAL MANAGEMENT OF AMELOBLASTOMA
ORAL AND MAXILLOFACCIAL SURGERY CLINICS OF NORTH
AMERICA*
February Volume 3 1991*

BIBLIOGRAFIA

- 1.-ABAYOMI ADELOMA, DAVIS SUNDAY, ADEOLA EMANUEL OLADEPO
*AMELOBLASTOMA: CLINICAL FEATURES AND MANAGEMENT OF 315
CASES FROM KADUNA, NIGERIA*
JOURNAL OF CRANIO MAXILLOFACCIAL SURGERY
2 August p.p. 351-355 1993*
- 2.-BARRERA FRANCO JOSE LUIS, MOSQUEDA TAYLOR
*AMELOBLASTOMA; THE EXPERIENCE OF THE INSTITUTO
NACIONAL DE CANCEROLOGIA*
Volume 41 núm. 2 Abril - Junio p.p.79-83 1995
- 3.-BRAD W. NEVILLE, DUGLAS D. DAMM, DEAN K.
COLOR ATLAS OF CLINICAL ORAL PATHOLOGY
ED. LEA FEIBERG
PHILADELPHIA.LONDON 1991
- 4.-BRUCE ROBERTH MACINTOSH D.D.S.
*AGRESIVE SURGICAL MANAGEMENT OF AMELOBLASTOMA
ORAL AND MAXILLOFACCIAL SURGERY CLINICS OF NORTH
AMERICA*
February Volume 3 1991*

- 5.-CATANIA ANDREW F. M. D. ALLAN GARFINKEL
UNUSUAL INCIDENCE OF AN AMELOBLASTOMA
N. Y. STATED. JOURNAL
April Volume 4 1974
- 6.-CHONG HUAT STAR. VIEW FROM BENEATH: PATHOLOGY IN FOCUS
*CALCIFYNG AND KERATINIZING AMELOBLASTOMA OF THE
MAXILLA. THE JOURNAL OF LARYNGOLOGY AND OTOLOGY*
November Volume 105 p.p. 971 - 972 1991
- 7.-CLASIFICACIÓN HISTOLOGICA INTERNACIONAL DE LOS TUMORES
TIPOS HISTOLOGICOS DE TUMORES Y LESIONES AFINES
MEDICAL BOOK DEPARTAMENT OF HARPER Y BROTHENS
3 Volúmenes 1985
- 8.-CONLEY JOHN
*PROCEEDINGS OF THE INTERNATIONAL WORK SHOP ON CANCER
OF THE HEAD AND NECK*
WASHINGTON
ED. BUTTER WORTHS 1967

- 9.- CRAWSON EVESON
*ORAL PATHOLOGY AND DIAGNOSIS, COLOR ATLAS WITH
INTEGRATED TEXT*
ED.SAUNDERS COMPANY
PHILADELPHIA 1994**
- 10.-DALES A. MILES
ORAL AND MAXILLOFACCIAL RADIOLOGY
ED. SAUNDERS
PHILADELPHIA
1991
- 11.-DE VITA VINCET F. SAMUEL
CANCER PRINCIPLES AND PRACTICE OF ONCOLOGY
ED.LIPPICOTT COMPANY
1990
- 12.-DORLAND DICCIONARIO MEDICO
INTERAMERICANA
1989
- 13.-GARNER D. F.
*EXPERIMENTALLY INDUCED AMELOBLASTOMA A CRITICAL
REVIEW*
J. ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL
Volume21. p.p.337-339 1992*

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

14.-GARNER D. G.

*PERIPHERAL AMELOBLASTOMA
CANCER*

Volume 39: 1625-1633 1977*

15.-GNEPP DOUGLAS R.

PATHOLOGY OF THE HEAD AND NECK

ED.CHURCHILL LIVINGTONE INC.

U.S.A.

1988

16.-GORLIN J. ROBERT

ODONTOGENIC TUMORS IN MAN AND ANIMALS

PATHOLOGIC CLASSIFICATION AND CLINICAL BEHAVIOR

A REVIEW. ANNALS

NEW YORK ACADEMIC OF SCIENCES

Volume108: p.p.722-771 1963*

17.-HARTMAN LIEUTENANT COLONEL

A SURVEY OF TWENTY CASES FROM THE ARMED FORCES

INSTITUTE OF PATHOLOGY

Oral Surg August 1974*

18.-KAHN MICHAEL

AMELOBLASTOMA IN YOUNG PERSONS

A CLINICOPATHOLOGIC ANALYSIS AND ETIOLOGIC INVESTIGATION

Oral Surg Oral Med Oral Pathol Volume 67: p.p. 706 - 715 1989*

19.-KAFFE ISRAEL D. M. D.

FEACTURES OF DESMOPLASTIC VARIANT OF AMELOBLASTOMA

Oral Surg Oral Med Oral Pathol Volume 76: p.p. 525 - 529 1993*

20.-KRAMER M. D. S. IVOR R. H., JENS; PINBORG

*THE WHO HISTOLOGICAL TYPING OF ODONTOGENIC TUMORS A
COMENTARY*

CANCER

December15 Volume 70 Num. 12 1992*

21.- LINCHESTERIN LOUIS M.D.

BONE TUMORS

MOSBY

1972

22.- LORE JOHN M.

ATLAS DE CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO

PANAMERICANA

1990**

23.- MANAGEMENT OF HEAD AND NECK
CANCER AND MULTIDICPLINARY
PHILADEPHIA
1984

24.- MILES DALES A.
ORAL AND MAXILLOFACCIAL RADIOLOGY
ED, SAUNDERS
PHILADELPHIA
1991

25.- MINTZ SHELDON, YAHIR ANAVI, WILLIAM R. SABES
PERIPHERAL AMELOBLASTOMA OF THE GINGIVAL A CASE REPORT
J. Periodont Volume 61; p.p. 649 - 652 1990*

26.- ODONTOGENIC TUMOR
CANCER CONTROL BRANCH DIVISION OF CHRONIC DISEASES
PUBLIC HEALT SERVICE
ED. A. D. A.
CHICAGO, ILLINOIS
1968**

27.- RASPALL GUILLERMO
ENFERMEDADES MAXILARES Y CRANEOFACIALES
ATLAS CLINICO
ED.SALVAT
ESPAÑA
1990

28.- RASPALL GUILLERMO

TUMORES DE CABEZA, CARA, BOCA Y CUELLO

ED.SALVAT

ESPAÑA

1986**

29.- REGEZZI JOSEPH A., J. SCIUBBA

PATOLOGIA BUCAL

INTERAMERICANA . MC GRAW-HILL

1991

30.- SHAFER WILLIAM G. MAYNARD, K HINA Y BARNET M. LEVY

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL

MEXICO

ED.INTERAMERICANA

1985

31.- SHEAR MERVIN

CYST OF ORAL REGIONS

ED. BRITISH LIBRARY

1992

32.- STEVEN G. ASHMAN D.D.S. RUSSELL CORIO D.D.S.

*DESMOPLASTIC AMELOBLASTOMA A CASE REPORT AND
LITERATURE REVIEW*

Oral Surg Oral Med Oral Pathol: Volume 75 479 - 482 1993*

33. - SPOUGE J. D.
ORAL PATHOLOGY
PHILADELPHIA
1990
34. - STEPHEN A. SACHS
SURGICAL EXICION WITH PERIPHERAL OSTECTOMY
ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY CLINICS OF NORTH
AMERICA
February Volume 3 No. 1 1991*
35. - TAJIMA YOSHIFUMI D. D. S. S.
AMELOBLASTOMA ARISING IN CALCIFYNG ODONTOGENIC CYST
Oral Surgery Oral Med Oral Pathol
Volume 74 776 - 779 1992.*
36. - TETSUMA YAMAMOTO DOS EISAKU UETA, D.D.S.
*PERIPHERAL AMELOBLASTOMA: CASE REPORT WITH
INMUNOHISTOCHEMICAL INVESTIGATION*
J. Oral maxilofacial Surg Volume 48 p.p.197 - 200 1990*
37. - THOMA KURT HERMANN
PATOLOGIA ORAL
BARCELONA MEXICO
ED.SALVAT
1973

- 38.- VELAZQUEZ TOMAS
ANATOMIA PATOLOGICA DENTAL Y BUCAL
PRENSA MEDICA MEXICANA
1988
- 39.- WENING, BRUCE M.
ATLAS OF HEAD AND NECK PATHOLOGY ATLAS IN DIAGNOSTIC
ED. SAUNDERS COMPANY
NORTH AMERICA
1993
- 40.- WILLIAM E. WILKINGS
TUMORS OF HEAD AND NECK
PHILADELPHIA
1950
- 41.- WHORLD HEALTH ORGANIZATION
ODONTOGENIC TUMORS
DEFINITIONS AND EXPLANATIORY NOTES
1971
- 42.- WHORLD HEALTH ORGANIZATION
ODONTOGENIC TUMORS
DEFINITIONS AND EXPLANATIORY NOTES
1992

43.- WOOD GOAZ

DIFERENTIAL DIAGNOSIS OF ORAL LESIONS

NORMAN K. WOOD PAUL W. GOAZ

ST. LUIS. M. O.

ED.MOSBY

1992

44.- ZEGARELLI EDWARD V.

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL

SANTIAGO PI SUNER

ED.SALVAT

ESPAÑA

1988

Nota:

* Revista

** Material Fotográfico