

18300



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TUMORES ODONTOGENICOS

DIRECTOR DE TESIS:
DR. JAIME L. OSTRIA

INVESTIGACION:
CAROLINA SILVA DORING

México, D. F.

1979

18300



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.

INTRODUCCION

TUMORES ODONTOGENICOS

Los tumores odontogénicos pueden ser neoplasias o hamartomas (malformaciones de desarrollo). En ambos casos se originan en tejidos con potencial odontogénico, es decir, en tejidos formadores o constitutivos de los dientes, como: esmalte, dentina, cemento y pulpa. Pueden ser benignos o malignos, según su comportamiento y estructura celular.

Los tumores odontogénicos benignos, normalmente son de crecimiento lento y asintomático, aunque pueden llegar a expandir la cortical ósea. El tumor maligno por el contrario, es de crecimiento rápido y pone en peligro la vida del paciente, pues produce metástasis ya sea por vía sanguínea o linfática.

El tratamiento de estos tumores consiste esencialmente en su extirpación, pero la intervención quirúrgica difiere según la naturaleza de la neoplasia.

Salvo los malignos con su sintomatología, o los que desplazan la lámina y tejidos adyacentes, provocando deformaciones cosméticas (estéticas). Todos los demás, e incluso éstos en su principio, se descubren por exploraciones radiográficas rutinarias.

Los tumores odontogénicos ocupan un alto porcentaje dentro de los tumores de los maxilares, y si bien el carácter maligno se presen-

ta sólo en tres de ellos, son muy importantes para nosotros, más - que por su naturaleza odontogena, por su grado de malignidad, de - ahí la necesidad de conocer esta patología para hacer un diagnósti- co temprano y emplear una terapéutica quirúrgica apropiada.

También debemos conceder especial importancia a las neoplasias in- vasoras, que si bien no metastatizan, pueden llegar a producir de- formaciones considerables e incluso ser lecho para nuevos tumores- malignos.

Probablemente los menos importantes sean los odontomas por su ca- racter benigno, pero se presentan con mucha frecuencia y es nues- tra obligación conocerlos, al igual que toda la patología de la - cavidad oral.

Los tumores odontogénicos raros presentan características tan in- sospechadas y peculiares que los hacen muy interesantes, como el - caso de los teratomas, aunque aún se discute la naturaleza odontó- gena.

En resumen: Los tumores odontogénicos están compuestos por teji- dos con potencial odontogénico o formador de dientes. Se encuen- - tran formando una sola estructura, con alguna pieza dentaria. Puen- den estar ocupando o en lugar de algún órgano dental.

Contienen dientes o denticulos en su interior.

En fin, es absolutamente indispensable conocerlos, porque somos - Cirujanos Dentistas, por su alta incidencia, por su malignidad, - por sus características tan peculiares, por la similitud que algu-

nos tienen con los mismos dientes, como los adamantinomas o cemen
tomas.

INDICE

CAPITULO I	.- Tumores Odontogénicos	(Pags. 1 a 8)
CAPITULO II	.- Generalidades de los Odontomas	(Pags. 9 a 10)
CAPITULO III	.- Generalidades de los Odontomas Simples	(Pags. 11 a 13)
CAPITULO IV	.- Odontomas Simples	(Pags. 14 a 47)
CAPITULO V	.- Odontomas Compuestos	(Pags. 48 a 60)
CAPITULO VI	.- Generalidades de los Ameloblastomas	(Pags. 61 a 64)
CAPITULO VII	.- Ameloblastomas	(Pags. 65 a 74)
CAPITULO VIII	.- Tumores Odontogénicos Malignos	(Pags. 75 a 77)
CAPITULO IX	.- Tumores Odontogénicos Raros	(Pags. 78 a 83)
CAPITULO X	.- Tablas y Cuadros	(Pags. 84 a 94)
CAPITULO XI	.- Conclusiones	(Pag. 95)
CAPITULO XII	.- Bibliografía	(Pag. 96)

TUMORES ODONTOGENICOS

Hay quienes dudan que los tumores odontógenos sean verdaderas neoplasias y creen que se trata de anomalías. No obstante, se producen en el curso de una odontogénesis perturbada y con no poca frecuencia muestran cualidades de crecimiento sin restricciones. Suelen estar incluidos en la mayoría de los estudios de las neoplasias, lo que indica su aceptación general dentro del grupo de los tumores.

Esta cuestión es difícil de resolver, pero aquí serán considerados como neoplásicos.

HISTOGENESIS DE LOS TUMORES ODONTOGENOS.- Aproximadamente en la sexta semana de vida intrauterina se inicia la odontogénesis. Un aumento de número de células epiteliales da comienzo a ese proceso en forma simultánea para todos los dientes primarios.

Esa iniciación es momentánea y origina un período dilatado durante el cual las células del epitelio bucal y del tejido conjuntivo adyacente experimentan una proliferación, histodiferenciación morfodiferenciación y, finalmente, calcificación (aposisión).

Cabe mencionar que los fenómenos que llevan la calcificación (aposisión) representan la primera etapa del desarrollo dental. Durante este tiempo ninguna parte del diente mismo se ha formado y la

diferenciación y alineamiento celular son las transformaciones más notables. Concluida la diferenciación celular y la ubicación de las capas formativas, se inicia la segunda etapa de la odontogénesis.

En ese momento van siendo formados dentina, esmalte y cemento según las formas trazadas por los límites premarcados de los tejidos odontógenos.

Cuando da comienzo la segunda etapa de la odontogénesis, tanto los odontoblastos como los ameloblastos han alcanzado la especialización necesaria para generar su producto matricial. A tal fin los ameloblastos actúan como organizadores y suscitan la dentinogénesis en la capa odontoblástica. La aparición de la dentina, a su vez, ejerce una influencia especial sobre los ameloblastos con la resultante amelogénesis. La formación de ambos tejidos prosigue hasta formar un diente de la forma y tamaño adecuados. La porción radicular del diente se cubre en su tercio superior con una capa de cemento primario producido por cementoblastos que se diferencian a partir del tejido conjuntivo perifolicular vecino.

La conformación de la raíz se cumple principalmente por medio de la vaina de Hertwig. En una fecha posterior, se forma cemento celular secundario que cubre no sólo al primario sino también a la porción radicular remanente.

Los tumores odontógenos pueden producirse en cualquier momento du-

rante la odontogénesis. Aquellos que se generan durante la primera etapa de la evolución dentaria, no contienen tejidos dentales calcificados y, por lo tanto, se los denomina "blandos". Cuando se forman durante la segunda etapa pueden contener dentina, esmalte o cemento, solos o combinados. Algunas veces se les califica como lesiones "duras" o "calcificadas".

En la aplasia ectodérmica, donde falta el momento inicial, los dientes pueden estar ausentes. Esto se conoce como anodoncia, y puede ser parcial o completa (están ausentes algunos o todos los dientes).

Tal falta de iniciación de la odontogénesis suele estar confinada a determinadas zonas, con el resultado de una anodoncia parcial.

En casos raros acontece una fuerza de iniciación anormal con formación de uno o más dientes supernumerarios. Cuando se produce un trastorno durante la etapa de proliferación activa, suele verse una diferenciación excesiva, con cúspides o raíces adicionales, germinación o concrecencias.

La ausencia o supresión de la diferenciación permiten una proliferación desorganizada y sin impedimentos con el resultado de una masa tumoral de crecimiento irrestringido. Bajo tales circunstancias, el tejido no expresa su aspecto odontógeno normal. Se ve un ejemplo de esto en la dentinogénesis imperfecta (dentina opalescente hereditaria), donde una falta de diferenciación completa de los odontoblastos causa la formación de la matriz dentinaria con una

muy alterada conformación tubular.

Cuando hay trastornos de la morfodiferenciación pueden producirse dientes inusualmente grandes o pequeños (conoides). La calidad de los tejidos calcificados es, en tales circunstancias, normal. Parecería que mientras la afirmación "un niño no es un adulto pequeño" es esencialmente cierta, un adulto puede en cambio ser considerado un niño en términos de odontogénesis, ya que ese proceso persiste en algunas zonas de los maxilares hasta bastante tarde en la vida. A causa de ello, las aberraciones de la odontogénesis presenta a veces rasgos histológicos que desmienten su historia natural. Mientras que hay un acuerdo general acerca de que las malformaciones deben ser consideradas en relación con la falta de madurez de los tejidos antes que con el momento preciso del nacimiento, aún hay evidencias que sugieren las perturbaciones de la odontogénesis aunque se relacionan con la inmadurez hística presentan cualidades que van más allá de las notadas en las verdaderas malformaciones. Aún más, esas cualidades están restringidas, en cierto modo, por influencias peculiares del proceso en cuestión. Se reconoce esto como característica de todos los tumores; pero es importante señalar que la restricción en la neoplasia en ningún sentido es ordenada o predecible. Los procesos de proliferación y la influencia inductiva de un tipo de tejido sobre otro, son de importancia primordial en la neoplasia, así como en el desarrollo normal. Como se señaló previamente son notables en la odontogénesis, y es al pa

recer relativamente fácil que su intensidad y la relación se vean mutuamente perturbadas.

No es posible negar que existe un factor de graduación de las anomalías en los tumores odontógenos, así como en otros grupos tumorales. No hay problema en reconocer la lesión que representa la mayor desviación de la normalidad, pero en aquellas reacciones sólo están ligeramente alejadas de este punto se toma difícil la definición de neoplasia. Es en este grupo que el catalogamiento de los tumores odontógenos como neoplasias verdaderas deviene controversial.

La clasificación de los tumores odontógenos aquí sugerida se basa sobre el hecho de que el diente se forma de las células de dos capas terminales y que las de ambas o algunas de estas capas germinales y que las de ambas o de algunas de estas capas pueden iniciar en la formación de un tumor. Bajo tales circunstancias, la capacidad de organización de las capas germinativas puede no ser tan poderosa como en la odontogénesis normal o, en cambio, puede ser inusitadamente excesiva. Además la proliferación, diferenciación, morfodiferenciación y aposición normales pueden detenerse en cualquier momento de su evolución o pueden alcanzar el resultado final el depósito de un producto extra celular, en una etapa anterior.

Hay un cierto acuerdo en que los tumores agrupados bajo el nombre de "ectodérmicos" pueden ser considerados como verdaderas neoplasias.

sias. Las subdivisiones del ameloblastoma indican una reversión en las células antecesoras y no producen entidades nuevas o diferentes. Es obvio que el tejido no restringido en cada una es ectodérmico, cualquiera que sea el tipo histológico que asuma. El elemento mesenquimático es, en esencia, un unificador o matriz que sirve sólo para mantener unido el tejido tumoral.

En el segundo grupo es el mesénquima el tejido agresivo, y el ectodermo está por completo ausente o, por coincidencia, presente, en estos se introducen los elementos de dos "etapas del desarrollo dentario". Por consiguiente, tenemos tanto tumores blandos como duros, según la presencia o ausencia de tejidos calcificados.

En el tercer grupo, donde aparecen como elementos tumorales tanto en el ectodermo como el mesodermo, hay tejido neoplásico, ectodérmico, como el ameloblastoma, combinado con mesénquima neoplásico, que puede proceder a la formación de dentina, cemento o ambos.

Como en el segundo grupo, entonces, estos tumores pueden ser blandos o duros.

Varias cuestiones acuden a la mente de modo inmediato cuando se estudia la clasificación con cuidado. Ante todo, si hay dos fases en la formación dentaria, ¿por qué no vemos esmalte en aquellos ameloblastomas que presumiblemente pueden producirse ya tarde en el desarrollo dental? Hay dos explicaciones posibles: primera, que así como es obvio que los ameloblastos deben experimentar una diferenciación preliminar normal para dar lugar al depósito de dentina, -

esa especialización puede no continuar, de modo que aún cuando la formación de dentina sea normal, la de esmalte no se produzca; tal situación está dentro del ámbito de lo posible, puesto que parecería que los ameloblastos deben alcanzar un grado mucho mayor de diferenciación para iniciar la formación de esmalte de que requieren los odontoblastos o cementoblastos para generar dentina o cemento. Otra probabilidad más factible, es el que el ameloblastoma no se origine en las células de epitelio adamantino interno, las cuales a causa de su asociación con el estrato intermedio son las únicas en el órgano del esmalte capaces de producir este tejido. Así, puede haber fuerzas estimulantes que actúan sobre la formación del esmalte; una es el mesénquima odontógeno y, la otra, las células del estrato intermedio.

Otra cuestión que surge a veces es el ameloblastoma en combinación con un tumor mesenquimático que asume alguna vez las características del adenoameloblastoma, el melanoameloblastoma o el ameloblastoma acantomatoso. Esto puede ocurrir y lo demuestra el odontoma adenoameloblástico.

Sobre la base de estas observaciones, parece razonable, por lo tanto, suponer que aquellos tumores odontógenos incluidos en la clasificación presentada pueden ser considerados verdaderas neoplasias. El hecho de que algunas de estas lesiones representen solo una variación mínima de la odontogénesis normal y que, aún aquellos que representan una variación mayor, rara vez sean malignos en el senti

do habitual de esta palabra, no influye sobre esta opinión:

Nadie negará que se producen verdaderas malformaciones durante la odontogénesis, como el dens in dente, la fusión, las concrecencias, las dillaceraciones y las perlas adamantinas. Pero en ninguna clasificación moderna de los tumores odontógenos se las incluye, pues es obvio que se trata de ligeras desviaciones en la morfodiferenciación. Fue tendencia de otros escritores de otros tiempos, considerarlas como tumores odontógenos, lo que llevó a creer que todas las perturbaciones de la odontogénesis eran malformaciones.

Spraeson (1937) destacó en particular en el desarrollo de esta concepción aún cuando los primeros escritores ingleses como Bland - - Sutton (1922) advirtieron contra esa apreciación que lo abarca todo.

ODONTOMAS

ODONTOMA.- Es una neoplasia benigna, compuesta de estructuras dentarias como: esmalte, dentina, cemento y pulpa, por lo tanto, es un verdadero tumor mixto de contenido de origen Epitelial y Mesenquimatoso. Se presenta con mayor frecuencia, en la mandíbula, en las regiones posteriores. Aparece en la infancia y se descubre antes de la edad adulta, por exploración radiográfica. El cuadro clínico depende del tamaño y la localización.

Los Odontomas son relativamente pequeños, se localizan en el interior del cuerpo del maxilar y no dan sintomatología clínica ni subjetiva.

Por su aspecto, se confunden con neoplasias benignas centrales.

ASPECTO MACROSCOPICO.- Presentan abultamientos de la superficie - aunque ésta es lisa, están bien delimitados. Tienen una dureza ósea y son asintomáticos, tanto en la mandíbula como en el maxilar, por lo tanto, se confunden con Osteomas, Displasia Fibrosa o Fibroma - Oscificante. A veces producen desplazamientos de las piezas contiguas como sucede con los Tumores Centrales. La falta de un diente permanente en la mitad de la tumoración nos hacen pensar en un Odontoma.

El Odontoma se caracteriza también, por un crecimiento de las células - mesenquimatosas que presentan una diferenciación completa, -

pues los Odontoblastos y los Ameloblastos forman dentina y esmalte, respectivamente, estos dos tejidos son depositados en un patrón anormal, en razón de que la organización de las células odontógenas no alcanzan un estado normal de mesodiferenciación.

ODONTOMA EN GENERAL.- Deben considerarse como malformaciones de los órganos formadores de dientes o de los tejidos con potencial odontogénico. El Odontoma muchas veces reemplaza a un diente que no ha erupcionado.

Pueden estar compuestos de un solo tipo de tejidos o por varios tejidos dentales.

ODONTOMAS

}	Simple	
	Compuesto	Compuesto complejo.
	Complejo	Complejo compuesto.
	Quístico	
	Combinado	
	Ameloblástico	
	Mixto	

ODONTOMAS SIMPLES

ODONTOMA.- El término "odontoma" se ha utilizado para significar un tumor en el cual la inducción ha dado lugar al desarrollo de esmalte y dentina.

Se conocen dos tipos de odontomas, los simples y los compuestos, -- que ambos se dividen a su vez.

El odontoma es una neoplasia benigna compuesta de estructuras dentarias, es decir, esmalte, dentina y cemento. Por ello es un verdadero tumor mixto, pues su contenido es tanto epitelial como mesenquimatoso. Es mucho más frecuente en la mandíbula y más en las regiones posteriores que en las anteriores. Generalmente aparecen en la infancia y se descubren antes de la edad adulta.

Sin embargo, los más pequeños casi siempre se descubren por exploración radiográfica habitual.

El cuadro clínico depende del tamaño y la localización del tumor.

El odontoma relativamente pequeño situado en el interior del cuerpo del maxilar, no da ninguna sintomatología clínica ni subjetiva. Los odontomas de mayor tamaño se descubren clínicamente; pero su aspecto no se puede distinguir del de la mayoría de las neoplasias benignas centrales. Normalmente se presentan como abultamientos o tumoraciones de superficie lisa, bien delimitadas, de dureza ósea y asintomáticos, en la mandíbula o en el maxilar, lo cual hace pensar también en su osteoma, en una displasia fibrosa o en un fibroma oscifi-

cante.

En la mayoría de los casos hay desplazamiento de los dientes contiguos de sus posiciones normales. La falta de un diente en la mitad de la tumoración nos hace pensar en un odontoma, ya que estas neoplasias se desarrollan a partir de un diente definitivo y se lo incorporan. Aunque los datos radiográficos son característicos y diagnósticos, pueden ser muy variables.

Los odontomas deben considerarse malformaciones del desarrollo procedentes de los órganos formadores de dientes o bien de tejidos con potencial odontogénico.

En ocasiones el odontoma se encuentra reemplazando un diente que no ha hecho aparición, lo cual indica que el órgano dental ha dado lugar a la malformación en vez de formar un diente normal. Los odontomas pueden estar compuestos de un solo tipo de tejido dental correspondiente al esmalte, a la dentina o al tejido conectivo, que representará a la futura pulpa dental. Durante muchos años la lesión que se conocía como cementoma se había considerado como un odontoma; no obstante por su comportamiento y por la estrecha semejanza microscópica con la displasia fibrosa debe considerarse más bien como una variante.

Las características histológicas de los odontomas son muy interesantes, no obstante, guardan poca relación con su tratamiento, puesto que normalmente en todos los casos el tratamiento de elección es la simple escisión. En general, no producen manifestaciones clínicas;

sin embargo, los más grandes pueden causar alguna sensación de malestar y dolor. Los odontomas simples son más pequeños que los odontomas compuestos.

ODONTOMAS SIMPLES

Esmaltoma

Dentinoma

Cementoma

Fibroma Odontogénico

Fibroma Ameloblástico

ODONTOMAS SIMPLES

1.- ESMALTOA.- Adamantinoma, enamaloma, perlas del esmalte, gota de esmalte, etc.

El adamantinoma presenta una estructura pequeña, esférica y blanca, con aspecto de gota, a la que se le denomina "perla del esmalte". Pueden encontrarse en la membrana periodontal como una estructura libre, o bien puede estar unida a la superficie del esmalte de un diente. Es una lesión más bien rara y de poco significado clínico, su tamaño no acostumbra a ser mayor de una perla. Radiográficamente, la lesión es pequeña, redondeada y densamente opaca. El adamantinoma no tiene importancia clínica ni requiere tratamiento. La perla adamantina no es una neoplasia verdadera y solo cabe clasificarla como tumor en razón de que se trata de una masa excedentemente pequeña, formada por esmalte sobre la superficie del diente.

Lo más frecuente es hallarla en la bifurcación o trifurcación radicular o en la superficie de las raíces en la proximidad de la unión cemento-adamantina. Se presenta como un pequeño globo de esmalte, de firme adherencia al diente, que se origina en un grupo de ameloblastos desplazados. Este esmalte contiene a veces un pequeño núcleo de dentina, y alguna rara vez se extiende a su interior una fina prolongación pulpar proveniente de la cavidad pulpar del diente.

Turner informó haber observado 23 perlas adamantinas en 1000 molares.

Además, no halló perlas en los dientes ubicados por delante de los molares. De modo que la perla adamantina no es de observación común y no tiene importancia clínica a menos que, en la observación directa y en la radiografía, se la puede confundir con tártaro.

DENTINOMA

2.-DENTINOMA.- Es una lesión muy rara compuesta exclusivamente de dentina, cuyo diámetro no alcanza un tamaño de interés clínico, se puede confundir con un ápice o un odontoma compuesto pequeño. Es un tumor mesenquimatoso, son de crecimiento lento.

El dentinoma parece ocurrir en dos formas, el tipo inmaduro (fibro dentinoma ameloblástico), y el tipo maduro. Este tumor es fundamentalmente un fibroma ameloblástico en el cual una ulterior inducción de mesenquima por el epitelio a dado lugar a la producción de dentina u osteodentina.

Se han comunicado varios casos que cumplen los criterios establecidos para este grupo. La edad media de los pacientes con dentinoma inmaduro es aproximadamente igual que la de los pacientes con fibroma ameloblástico. El dentinoma maduro es un tumor que consiste en numerosas islas de osteodentina sin signo de un componente epitelial. Diversos autores han publicado casos de este tipo (Straith,

Stafne, Thoma y (cols., Sirsat).

Como la producción de dentina o de una sustancia semejante a la dentina sin un epitelio ameloblástico no es compatible con la teoría de la inducción, Thoma y Goldman señalaron que "puede haber producción de dentina con epitelio odontogénico". Pindborg y Clausen, quienes son muy favorables a la teoría de la inducción, opinaban que el epitelio ha tenido que estar presente alguna vez para dar lugar a la inducción, pero que probablemente degeneró luego como ocurre con la lámina dental durante el desarrollo del diente normal. Si se examinan bastantes secciones, se encontrará muchas veces epitelio. Nosotros opinamos que muchos de estos casos, y quizá todos, son ejemplos de odontomas antes de la formación del esmalte. Hemos separado al dentinoma de la clasificación a causa de esta duda.

La separación de los casos comunicados de dentinoma inmaduro de los que constan únicamente de dentina, dentinoide u osteodentina en una matriz de tejido conjuntivo fibroso no reveló diferencias notables. Ambas lesiones parecen ocurrir con más frecuencia en la región molar mandibular en asociación con la porción coronal de dientes impactados. Sin embargo el tumor que comunicó Ingham se desarrolló alrededor de la raíz de un diente en desarrollo y no se puede excluir la posibilidad de un verdadero cementoma.

Microscópicamente, el dentinoma inmaduro esta a menudo encapsulado y clínicamente es fácil de separar del hueso circundante. Algunas-

partes del tumor son idénticas al fibroma ameloblástico. Sin embargo, las células epiteliales que están íntimamente relacionadas con el material dentiforme inducido son más típicas de los ameloblastos. Adquieren una forma cilíndrica alta con una clara polaridad nuclear. La dentina formada es escasamente tubular y se parece a la osteodentina o dentina interglobular. Hay células semejantes a odontoblastos repartidas por el margen de la dentina que algunas veces pueden quedar atrapadas dentro de los depósitos. Puede haber mineralización, que es más intensa en la zona central de las islas dentinoides.

El dentinoma maduro consiste en masas eosinófilas redondas o irregulares de osteodentina en una estroma mesenquimatosa laxa. Estas estructuras muestran conductos dentinales irregulares y odontoblastos atrapados. Algunas veces se ha comunicado un depósito periférico de cemento sobre la osteodentina. Los problemas del diagnóstico cuando solamente se ha seccionado una pequeña porción del tumor se ilustran en el caso de Chaudhry y colaboradores.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- El dentinoma parece predominar en el maxilar inferior, en especial en la zona molar, y con frecuencia está vinculado a un diente retenido. Los pacientes suelen ser jóvenes; el promedio de edad en los casos ya revisados por Pindborg fue de 26 años; no existe una predilección posible por sexo. La mayoría de los pacientes observó una tumefacción durante un período variable;

también puede existir dolor, perforación de la mucosa e infección subsiguiente.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.- Las radiaciones radiográficas no son específicas, pero suele existir una zona radiolúcida que contiene una gran masa opaca solitaria o numerosas masas radiopacas irregulares, constituidas por material calcificado y de tamaños muy variables. Tales observaciones son similares a las apreciadas en el odontoma simple y en el odontoma ameloblástico, una lesión mucho más seria.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.- El dentinoma típico está compuesto por masas irregulares o regulares de dentina, que puede ser calificada como "dentinoide" u "osteodentina". La celularidad no es un rasgo prominente de ese tumor. Es difícil justificar el diagnóstico de dentinoma a menos que existan túbulos dentinarios reconocibles. La existencia de esmalte o matriz adamantina excluye el diagnóstico de dentinoma, puesto que, por definición, una masa irregular de esmalte y dentina ha de ser calificada como odontoma complejo compuesto.

Ocasionalmente, la presencia de epitelio odontógeno no diferenciado observada no suscitó una sorpresa, puesto que está bien establecido que el epitelio odontógeno es necesario para la diferenciación de -

los odontoblastos. El rasgo inusitado es la falta de formación de esmalte, ya que esta establecido de manera definitiva que la misma es inducida por el depósito de dentina y se produce luego de haberse iniciado éste. Contrariamente a algunas opiniones, el dentinoma puede ser considerado un tumor odontógeno de origen mesenquimatoso, puesto que el componente epitelial es un elemento inductor reconocido sin el cual es probable que el dentinoma no se produciría.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tratamiento del dentinoma consiste en la excisión quirúrgica con un raspado muy cuidadoso de toda la zona. De algunas lesiones se informó que tenían una cápsula conjuntiva, de la cual si quedaran restos, habría base para una recidiva del dentinoma.

La lesión es benigna porque nunca da metástasis, pero puede producir una considerable destrucción ósea.

DENTINOMA Y CEMENTOMA

2.- DENTINOMA Y CEMENTOMA.- El dentinoma y el cementoma son similares; por lo tanto se les estudiará conjuntamente. En otros tiempos se les denominó odontomas calcificados, odontomas mixtos u odontomas compuestos. Estas designaciones son incorrectas en cuanto reflejan un grupo de entidades que, sobre la base de los conocimientos -

actuales han de ser adecuadamente separadas.

ETIOLOGIA.- Los dos tejidos mesenquimáticos calcificados producidos en la odontogénesis son el cemento y la dentina. Se forman en la segunda etapa del desarrollo dental cuando los elementos conjuntivos del germen dental han alcanzado la suficiente diferenciación. La dentina constituye el volúmen fundamental del diente, pero su formación está estrechamente aliada al depósito del esmalte. A causa de ello, se predica la perturbación de su producción por interferencia de una delicada interrelación de fenómenos. Probablemente no existan los dentinomas puros, puesto que han de haber ameloblastos bien diferenciados para que pueda formarse dentina. No obstante, se han visto casos excepcionales con abundante material del carácter fibrilar de la dentina, que sugerían la aplicabilidad del término "dentinoma". Hay un cierto fundamento para la afirmación de que el dentinoma es similar al fibroma cementificante y, por lo tanto, no semejante a la displasia fibrosa de los maxilares.

Esto no pueda ser considerado un hecho real hasta que se hayan acumulado más datos al respecto.

El cementoma es de un particular interés a causa de su frecuencia en comparación con otros tumores odontógenos. En otros tiempos se aplicó este término a los acúmulos solitarios o múltiples de cemento en los ápices dentales, así como a las masas calcificadas irregulares, individuales o múltiples no adheridas, existentes en el cuca

po de los maxilares. Parecería que la restricción del uso de este término a los acúmulos de cemento adheridos a los dientes sería más apropiada. Entonces se convertiría en un término aceptable el de "fibroma cementificante" para las masas aisladas de cemento que radiográfica e histológicamente se asemejan a menudo a la displasia fibrosa de los maxilares (fibroma osificante). El verdadero cementoma es, entonces, una lesión relativamente rara en comparación con el fibroma cementificante.

Los acúmulos nodulares que se desarrollan en las raíces de los dientes varían de tamaño desde uno a varios centímetros y son indolores. El tejido calcificado producido en exceso es fácilmente reconocible como cemento a causa de su vinculación con el diente, así como por su patrón histológico diferencial. Las infecciones pulpares y periodontales, así, como la oclusión traumatógena, han sido sugeridos como factores contribuyentes; no obstante, esta lesión se produce a veces en su ausencia.

Si la masa tumoral alcanza un gran tamaño puede llegarse a la deformación de la cara; en otros sentidos, son raros los síntomas subjetivos u objetivos. Los datos sobre incidencia del cementoma son difíciles de obtener a causa de agrupar juntas a las formas adherentes. Stafne (1934), en un examen radiográfico de aproximadamente 10,000 pacientes halló 24 lesiones, lo que indica que relativamente poca frecuencia de ambas formas del tumor. El cementoma en su etapa terminal es una lesión más bien inactiva, con escasos elementos del

estroma o ninguno en absoluto.

Los tumores mayores pueden ocasionar tumefacciones de los maxilares. El exámen radiográfico suele revelar una masa calcificada, ovoidea, claramente delimitada del tejido circundante óseo. Este espacio puede representar un encapsulamiento. Si el tumor aparece en época temprana, puede haber presión sobre los dientes próximos e impedir su erupción normal.

HISTOPATOLOGIA.- El cemento, aunque sea un tejido probablemente similar, ha de ser distinguido del hueso por la marcada irregularidad de sus líneas de crecimiento y la pobreza de los cementocitos incluidos. Además, las lagunas tienden a ser ovales, en vez de redondeadas, y los canalículos existen en menor número. A menudo se extienden en una sola dirección en vez de hacerlo en forma radial entorno a las lagunas. Hay ausencia de canales haversianos y de conductos de Volkman. Rara vez se observará cementogénesis en un cementoma, como ya ha sido señalado; pero cuando se la ve, es en la zona periférica. Bordea la masa una pseudocápsula con escasos elementos vasculares y que se confunde con el hueso adyacente. Esto representa una ubicación desordenada del periodonto, con ausencia o falta de diferenciación de los haces de fibras principales e intersticiales. Con el tiempo esta zona de tejido conjuntivo se separa de la masa del cemento y suele mostrar la presencia de elementos inflamatorios crónicos que pueden llegar a la necrosis. Entonces cesa el

crecimiento del nódulo de cemento. En ese momento la radiografía muestra una zona radiolúcida que circunda el cementoma.

TRATAMIENTO.- Puesto que el cementoma está adherido al diente, su tratamiento requiere del análisis de cada caso. Los acúmulos pequeños de una dimensión de muy pocos centímetros, (cuanto más pequeños, aún es preferible el término "hipercementosis"), quizá sean mejor tratados mediante una observación periódica, siempre que no haya muestras de inflamación y que no se altere la posición de los dientes. Las lesiones mayores que distienden los límites óseos y presionan los dientes adyacentes probablemente hayan de ser eliminadas por medios quirúrgicos. Este tumor es de crecimiento lento, así que cuando haya alcanzado un gran tamaño se podrá suponer que es de muy larga data.

CEMENTOMA

3.- CEMENTOMA.- Osteofibroma, Osteofibrosis Periapical, Fibro osteoma Localizado, Cementoblastoma, Displasia Fibrosa Periapical, Cementofibroma, Cementoma Esclerosante.

Esta lesión presenta un aspecto histológico semejante al de la displasia, y ya en la actualidad, se considera dentro de esta categoría general.

El cementoma no requiere tratamiento definitivo una vez diagnosticado, se debe controlar radiográficamente. El diente afectado no requiere ni extracción ni tratamiento endodóntico. Debido a la dificultad de diagnosticar radiográficamente esta lesión, se recurre a probar la vitalidad pulpar, y para distinguir entre un cementoma -- periapical y un granuloma:

1ª El cementoma es una proliferación del tejido conjuntivo, benigna de crecimiento lento, que se origina de los elementos celulares de la membrana periodontal. Al desarrollarse el tumor se destruye la lámina dura y crece periapicalmente, reemplazando el hueso normal trabecular circundante por una masa de tejido fibroso, en el interior del cual se observan distintas cantidades de material calcificado, cemento o hueso.

En el pasado se aplicaron distintos nombres al cementoma, como: cementoblastoma, cementofibroma, cementoma esclerosante y osteofibroma periapical.

ETIOLOGIA, INCIDENCIA Y ETIOPATOGENIA.- No se conoce la causa específica. Aunque se ha pensado en factores traumáticos como disarmonías de cierre y en otras irritaciones locales, los estudios realizados en gran número de cementomas no han dado ninguna prueba que apoye este concepto. Asimismo se ha pensado en la infección, pero también se ha desechado. No se ha podido asociar el cementoma a enfermedades generales específicas. Se han escogido datos que hacen -

pensar en una asociación con una enfermedad endócrina, pero las - - pruebas parecen ser circunstanciales como máximo.

El cementoma no es una enfermedad rara. En las clínicas dentales de la School of Dental and Oral Surgery, Columbia University, se ha - archivado como mínimo 300 casos en los últimos 35 años. Las investi- gaciones mostraron que la proporción de incidencia en las hembras - en relación a los varones era de 15 a 1, y en las mujeres negras en comparación a las blancas, de 8 a 1. La edad promedio del grupo en el momento del diagnóstico era de 37 años. Sin embargo este dato - tiene poca importancia ya que las lesiones pueden ser asintomáticas, de clínica negativa y se descubren mediante las exploraciones radiog- ráficas dentales habituales. El cementoma es un tumor de crecimien- to lento y su evolución puede pasar desapercibida durante bastantes años. Sin embargo, es importante anotar que el enfermo más joven - del grupo tenía 17 años de edad.

El cementoma se presenta con más frecuencia en la región anterior - de la mandíbula junto a las raíces de los incisivos y de los cani- nos, es menos frecuente en las regiones posteriores de la mandíbula, y mucho menos en la maxila. La relación mandíbula-maxila es como mí- nimo de 9 a 1. No se ha podido explicar el significado de esta pecu- liaridad anatómica. La mayor parte de las lesiones son múltiples, - es decir, se afectan 2 o más dientes; de hecho el 75% de los cemen- tomas son múltiples.

Es de aceptación general que el cementoma se desarrolla a partir de

la actividad proliferativa de las células del tejido conjuntivo de membrana peridental. La proliferación fibrosa resultante y la formación de tejido fibroso rodea el ápice del diente, destruye la lámina dura y el hueso medular circundante por resorción, y crece --periapicalmente. En este primer estadio el tumor puede pasar por un fibroma periapical. Sin embargo, casi siempre los fibroplastosituados periapicalmente adquieren características cementoblásticas u osteoblásticas produciendo calcificaciones. Esta fase calcificante del cementoma constituye un segundo estadio o estadio intermedio y, según el aspecto microscópico de las estructuras calcificadas (es decir, cemento o hueso), se conoce como "cementoma" u "osteofibroma".

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Varias series de casos han sido publicados proporcionando una información considerable relativa a los rasgos clínicos de esta afección.

En la mayoría de las series los pacientes con cementomas tenían casi siempre más de 20 años, y parecían ser más afectadas las mujeres. La lesión es y cerca del pericodonto, en torno al ápice dental, por lo general un incisivo inferior. La vasta mayoría de los casos presentó lesiones múltiples, con cementomas en los ápices de varios dientes inferiores anteriores. El maxilar superior sólo rara vez es asiento de un cementoma. Es raro que haya manifestaciones clínicas de la presencia de esta lesión.

Stafne, en un intento por determinar la incidencia del cementoma, - halló 24 casos, con 52 dientes afectados, en 10,000 pacientes consecutivos.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- En la mayoría de los casos, se descubre el cementoma por accidente, durante el exámen bucal radiográfico del paciente. El cementoma tiene un determinado patrón en su historia natural que le hace presentar un cuadro radiográfico variado, según la etapa en que se le descubre.

La primera etapa en la evolución del cementoma es la formación de una zona circunscrita de fibrosis periapical, acompañada de una destrucción localizada del hueso. Esta etapa inicial ha sido denominada osteoclásica. Puesto que hay pérdida de sustancia ósea y reemplazo por tejido conjuntivo, la lesión aparece radiolúcida. De este modo, se asemeja mucho a las lesiones periapicales como el granuloma o el quiste provocados por la muerte de la pulpa por infección o traumatismo.

No puede haber dudas acerca de que muchos dientes han sido extraídos sin necesidad a causa de no haber reconocido el odontólogo el carácter no infeccioso del cementoma. Ha de destacarse que, a menos que exista caries o traumatismo coincidentes, los dientes con cementoma tienen pulpa viva.

La segunda etapa en la formación del cementoma es el comienzo de la calcificación en la zona radiolúcida de fibrosis. Esto ha sido des-

crito como actividad cementoblástica incrementada con depósito de espículas de cemento o cementículos y ha sido denominada etapa cementoblástica. El estímulo para la formación de este material calcificado no ha sido determinado.

La tercera etapa en la historia natural de esta lesión es la llamada etapa madura, en la cual se deposita una cantidad excesiva de material calcificado en ese foco y en la radiografía se presenta como una radio-opacidad que suele estar bordeada por una fina línea o banda radiolúcida. De este modo puede existir una considerable similitud entre la etapa madura del cementoma y la denominada osteítis condensante, una reacción ósea periapical por lo habitual en respuesta a la infección.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tratamiento del cementoma consiste simplemente en el reconocimiento de la afección y su observación periódica, puesto que es inofensiva. Bajo ninguna circunstancia habrá de extraerse el diente, a menos que sea por razones no relacionadas con el cementoma. Puesto que a veces será difícil distinguir radiográficamente entre un granuloma periapical y un cementoma inicial, no será demasiada la insistencia puesta en la necesidad de probar la vitalidad pulpar.

CEMENTOMA VERDADERO

3 A.- CEMENTOMA VERDADERO.- Se conoce la existencia de un tipo poco común de lesión que también puede ser denominada cementoma y que, a causa de ciertos rasgos diferenciales, puede ser considerada -- una verdadera neoplasia de cemento en contraste con el cementoma-- descrito más arriba. Esta lesión se manifiesta como un crecimiento pulposo de cemento en la raíz de un diente y es posible distinguirlo de una posible hipercementosis por el gran volumen de tejido producido, por su tendencia a expandir las láminas corticales-- del maxilar y por su aspecto histológico activo.

Como el cemento es simplemente un tipo modificado de hueso y es -- histológicamente similar, cuando no es idéntico, existe una dificultad considerable en establecer si una lesión dada está compuesta por cemento o hueso. Es así que en el llamado cementoma antes-- descrito, el material calcificado aparece en la región periapical, separado de la raíz al diente; es difícil determinar si se trata de cemento o hueso. Pero en el poco común cementoma que acabamos-- de describir, la masa proliferante de tejido forma una continuidad con el cemento radicular, se asemeja histológicamente al cemento y representa un ejemplo de verdadero cementoma. Por la tendencia expansiva del maxilar, estaría justificada la extracción -- pese a la vitalidad pulpar conservada.

FIBROMA CEMENTIFICANTE

3 C.- FIBROMA CEMENTIFICANTE.- El tercer tipo de fibroma cementificante. Casi siempre aparece en las regiones premolar o molar mandibular, de personas de edad avanzada. Radiográficamente es una radiotransparencia bien delimitada que contiene cantidades variables de material denso.

Microscópicamente, está compuesto sobre todo de cementículos redondos hasta ovoides, muchas veces fusionados que se tiñen intensamente o de gotitas de cemento celular.

El último tipo a considerar es el así llamado el cementoma gigante, múltiple familiar. Al parecer, se observa con más frecuencia en mujeres de raza negra de edad media. Radiográficamente las lesiones son grandes masas densas sin borde radiotransparente. Estas masas están compuestas de grandes láminas de un cemento celular relativamente avascular (Shafer, Laband y Leacock, Bhaskar y Cutright). En los pacientes de Aguzzi y Belloni hubo cementomas en los cuatro cuadrantes pareciendo ser heredada esta lesión como carácter dominante autosómico.

CEMENTOMA VERDADERO BENIGNO

3 B.- CEMENTOMA VERDADERO BENIGNO.- Es una lesión rara, probablemente descrita por Norberg. Es probable que sea verdaderamente neoplásica, al contrario de la displasia cemental periapical que se acaba de describir. Crece lentamente, tiende a dilatar las láminas óseas, está fijada a la raíz del diente y puede invadir la mayor parte del conducto radicular. La localización más frecuente es un premolar o molar inferior. Kline y colaboradores, Wertheimer y colaboradores, Sonesson Agazzi, Belloni, Gorlin y colaboradores, han descrito casos de esta lesión. Otros casos posibles son los referidos por: -- Chaput y Marc, Friedel y Cannon y Hanner y colaboradores. Radiográficamente el tumor consiste en una masa densa con una periferia radiotransparente. El examen histológico revela la presencia de numerosos cuerpos redondos, muchas veces fusionados junto con una estructura típica de cementoma. El tumor parece estar encapsulado. El número de casos es demasiado pequeño para un análisis estadístico, pero parece probable que no hay preferencia racial o sexual. La mayoría de los pacientes han sido menores de 25 años, al contrario de los casos de displasia periapical.

FIBROMA ODONTOGENICO

4.- FIBROMA ODONTOGENICO.- Fibromixoma, mixoma odontogénico, odontogénico, mixofibroma, etc.

Es una masa circunscrita de tejido conectivo mitomatoso laxo, parecido al tejido de la pulpa dental. En ocasiones puede estar recubierta por una capa delgada de epitelio cuboidal o escamoso estratificado. Es una lesión pequeña que sólo puede alcanzar 10 milímetros o más. Esta lesión, significa, que existe un germen dentario anormal, con invariable falta del diente en esta zona, que es radiolúcida y bien circunscrita.

Debemos recordar que también puede darse un fibroma central de los maxilares que no deriva de un tejido odontógeno, sino más bien por la ausencia de epitelio adamantino y por que no está necesariamente asociado a un diente.

MIXOMA ODONTOGENO Y FIBROMA ODONTOGENO

En cuanto el mixoma y el fibroma odontógenos son en esencia similares con variación sólo en la madurez de sus componentes histicos parece prudente estudiarlos en conjunto. Thoma y Goldman (1946), señalaron la variación en la historia natural entre los mixomas odontógenos y los producidos en otras partes del esqueleto, lo que tiende a apoyar la relación sugerida con el fibroma odontógeno.

ETIOLOGIA.- En otros tiempos se prestó poca atención a los tumores odontógenos surgidos de la porción mesenquimática del diente en desarrollo, por suponerse en general que el epitelio era siempre el elemento importante. La experiencia ha demostrado, sin embargo, - que este último tejido puede estar ausente por completo o presente en pequeñas cantidades en asociación por coincidencia con la masa tumoral principal mesenquimática.

En esencia, el mixoma odontógeno difiere del fibroma sólo en el carácter del tejido mesenquimático en el primero, el estroma es laxo, con fibroplastos ahusados con poca o ninguna actividad mitótica.

El término "mixofibroma" quizá fuera más acertado, ya que en muchas zonas se observa colágeno a menudo. Un énfasis mayor en el depósito de este material permite la clasificación del tumor como fibroma odontógeno. En ambos pueden existir masas de epitelio como pequeños nidos aislados o como bandas entrelazadas. Pero bordeando esos núcleos es posible ver el estrecho halo claro que sugiere un intento abortado del epitelio por organizar el estroma mesenquimático. A veces esta reacción puede llegar a la formación efectiva de productos calcificados, como se ve en el fibroma ameloblástico. Tanto el mixoma como el fibroma odontógeno se desarrollan como lesiones intraóseas. A menudo se asocian a dientes desplazados o ausentes, y a veces se los puede ver surgir de la región periapical y crecer hasta involucrar a varios dientes. El crecimiento expansivo y lento, y la ausencia de dolor son rasgos notables. Estas le-

siones no presentan los rasgos odontógenos y osteógenos vistos en la displasia fibrosa de los maxilares, lo que sugiere una lesión de extremada inmadurez o una degeneración antes que una diferenciación. Al parecer surgen de los tejidos embrionarios de la pulpa o del periodonto.

HISTOPATOLOGÍA.- Caracteriza al mixoma odontógeno una matriz laxa, granular y, a veces, gelatinosa. Las células fusiformes esparcidas en el abundante estroma sugieren un origen en tejido mesenquimático embionario de la papila dental. La vascularización es un rasgo variable y los vasos tienen paredes bien constituidas. Rara vez hay evidencias de inflamación. Radiográficamente, el mixoma puede semejar un ameloblastoma por la presencia frecuente de tabiques intraóseos. Pero macroscópicamente suele ser una masa sólida, lo que indica que es un tumor de crecimiento expansivo. Los bordes celulares no son claros y el citoplasma suele presentar un tinte algo basófilo. Es desusado el atipismo celular, así como las figuras mitóticas. El depósito de colágeno es escaso e irregular, por lo general aumenta con el tiempo.

Se considera el fibroma odontógeno similar al mixoma; quizá represente su etapa final. El colágeno es más abundante y las células del estroma muestran mayor actividad. Falta de inmadurez del mixoma y son bien visibles los bordes celulares. A menudo hay fasciculación de los haces fibrosos, así como hay nidos y bandas de epite

lio odontógeno. Se presentan en relación con una odontogénesis abortada cuando el epitelio odontógeno es inactivo como "organizador". Las mitosis son raras, así como la atipia celular.

Recientemente fue enviado al autor un caso de fibroma odontógeno - bilateral para que lo estudiara. Una niña de 12 años presentaba - dos masas tumorales circulares a la altura de los terceros molares y éstos estaban ausentes. El estroma mesenquimático era inusitadamente inmaduro y similar al tejido embrionario de la pulpa dental - (la papila dental). Había escasas bandas de epitelio odontógeno en la periferia de ambos tumores.

Thoma sometió a estudio una lesión producida en una joven blanca - de 27 años. Localizada en la porción posterior de la rama ascendente, cerca de la porción condilar, tenía el tamaño de una avellana - y parecía perforar la cortical. Previamente se hizo aspiración de - líquido, pero en el momento de la intervención se comprobó que la - lesión se hallaba ocupada por un "tejido fibroso arenoso".

Histológicamente, el tejido conjuntivo mostraba un contenido fibro - so pobre; por cierto que algunas zonas eran típicamente mixomato - sas. Había muestras de zonas calcificadas que sugerían que una ma - duración de la lesión habría justificado que se la considerara un - fibroma osificante (displasia fibrosa).

TRATAMIENTO.- En general, se requiere una remoción completa; pero sólo en las lesiones masivas está indicada la resección. La accesibilidad al tumor es un factor primordial en la determinación de la terapéutica. Las lesiones del maxilar superior ofrecen el problema mayor a causa de las complejidades anatómicas. Su tamaño, aunque variable, suele ser modesto, de modo que no es necesaria la eliminación de grandes cantidades de tejido, por lo común. La terapéutica de irradiación no está indicada a causa de la inmadurez del tejido y la probabilidad de estimulación de un crecimiento rápido. Cuando están vinculados a los dientes suele ser necesaria su extracción.

MIXOMA ODONTOGENICO

4 A.- MIXOMA ODONTOGENICO, MIXOMA O MIXOFIBROMA.- Constituye aproximadamente el 6% de los tumores odontogénicos de los maxilares. El mixoma o mixofibroma de los maxilares es un tumor locamente invasivo, que no forma metástasis, aparentemente de origen odontogénico y que probablemente tiene su origen en el tejido conjuntivo de la papila dental. Las primeras investigaciones sobre esta lesión las han revisado Cernéa y Katz. Es muy raro que un hueso distinto del maxilar superior o inferior sea asiento de un verdadero mixoma. De 10 casos de mixoma óseo comunicados por Stout, ocho eran en los maxilares. Revisiones de un gran número de neoplasias

óseas (Geschickter y Copeland), no han revelado este tumor. En una revisión de 3,987 tumores óseos primarios, Dahlin indicó que no se había observado ningún caso de mixoma en huesos fuera del esqueleto facial. En una revisión de once casos, Thoma y Goldman en contró once limitados a las zonas portadoras de dientes y asociados con anomalías dentales, como dientes no salidos o desplazados. Otros investigadores han observado algunas veces un fragmento de epitelio odontogénico dentro del tumor.

Zimmerman y Dahlin y Barros y Cabrini han publicado estudios muy completos de esta lesión.

Nuestro análisis está basado en 116 casos comunicados. Aunque han sido registrados muchos más, la anamnesis o las microfotografías de un número considerable no se consideraron como adecuadas para una evaluación. No hubo ninguna diferencia sexual. Es muy raro que el mixoma ocurra antes de los 10 años o después de los 50 años de edad. Aproximadamente el 50% aparecen durante la segunda y tercera décadas. El tumor se localiza con mayor frecuencia en el maxilar inferior.

Este tumor crece lentamente, teniendo los casos típicos una anamnesis de una duración de aproximadamente 5 años antes de la terapéutica (Zimmerman y Dahlin). Aunque la dilatación ósea puede ser intensa y producir gran deformidad facial, es raro que haya dolor intenso, aunque se han observado algunas excepciones (Thoma y Goldman; Archer; Large y cols.; Liberatore y Sazima). Puede haber parestesia del labio en caso de invasión del conducto mandibular.

Radiográficamente, es difícil o imposible la diferenciación con otras radiotransparencias maxilares y resulta dificultoso distinguir esta lesión de la displasia fibrosa, granuloma central de reparación de células gigantes y ameloblastoma. El tumor no está bien definido, pero tiende a presentar imagen en panel, perforando la corteza del hueso maxilar solamente cuando alcanza gran tamaño. En el maxilar inferior se localiza con igual frecuencia en la rama y en el cuerpo. La localización en la sínfisis es menos frecuente. Los tumores localizados en el maxilar superior pueden perforar e invadir el antro, llenándolo completamente y produciendo exoftalmos. Las paredes antrales están dilatadas, pero raras veces destruidas. Los dientes se hallan a menudo desplazados y en alrededor del 10% de los casos hay signos de resorción de la raíz dental.

Macroscópicamente, el tumor es blando, presentando frecuentemente una superficie abombada, de color entre blanco grisáceo y ámbar. La superficie cortada tiene un aspecto viscoso. Los tumores que contienen algún colágeno tienen algunas veces una consistencia más firme.

Microscópicamente, el mixoma consiste en células estrelladas, dispuestas libremente, con largas prolongaciones citoplasmáticas anastómicas. El citoplasma es casi siempre algo granuloso y basófilo y se tiñe mal con los colorantes habituales. Los núcleos son ovoides e hiper cromáticos. Las formas binucleadas resultan raras.

Son poco frecuentes las formas mitóticas y los filamentos de colágeno. La sustancia intercelular es rica en ácido hialurónico (Sedano y Gorlin). Algunas veces se observa un filamento inactivo de epitelio odontogénico, generalmente alrededor del borde del tumor (Millhon y Parkhill; Stafne y Parkhill; Simmerman y Dahlin). Dentro de la lesión puede haber dispersos pequeños pedazos de material calcificado que se parecen al cemento. Al crecer el tumor, invade al hueso y destruye sus trabéculas:...

Ha tenido éxito la enucleación y legrado, algunas veces seguidas por cauterización química o eléctrica, pero para las lesiones extensas se ha usado la resección en bloque.

Este tumor no es radiotransparente (Large y cols.). El pronóstico es excelente, pero las recidivas son más frecuentes (25%) si la terapéutica es demasiado conservadora (Barros y Cabrini).

FIBROMA ODONTOGENICO

4 B.- FIBROMA ODONTOGENICO.- Representa aproximadamente el 23% de los tumores odontogénicos de los maxilares por lo que es la más común de estas lesiones. Sin embargo, no se ha reconocido bien su gran frecuencia, por lo que radiográficamente es idéntico a un quiste dentífero.

Este tumor afecta a ambos sexos por igual, generalmente en la 2a.-

década de la vida y es más frecuente en la mandíbula que en el maxilar, siendo las zonas de los caninos y terceros molares las preferidas.

Clinicamente la lesión es asintomática o puede producir un agrandamiento leve en la zona y casi siempre se asocia con un diente retenido.

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 dentígero. Sin embargo, en la exploración o intervención quirúrgica se encuentra una lesión sólida más que quística.

Los cortes microscópicos muestran una masa circunscrita de tejido conectivo denso o laxo en el cual están dispersos cordones e islotes de epitelio. Esas células epiteliales no imitan a los ameloblastos.

En algunos casos pueden experimentar calcificación y la lesión puede llamarse entonces fibroma odontogénico calcificante.

El fibroma odontogénico se origina a partir del folículo dentario (por ejemplo, del tejido conectivo que rodea a aquel órgano del esmalte).

Las lesiones se caracterizan por su crecimiento lento y limitado y el tratamiento debería consistir únicamente en raspaje.

FIBROMA ODONTOGENICO.- Hay una lesión rara, que debe ser diferenciada del fibroma ameloblástico y del ameloblastoma, a la cual nosotros hemos aplicado la denominación de fibroma odontogénico. Microscópicamente está caracterizado por un estroma de tejido conjuntival-colágeno fibroso con numerosas estructuras que parecen restos de epitelio. Son más pequeñas que las islas epiteliales de un ameloblastoma o fibroma ameloblástico. No contienen retículo estrellado, y las células periféricas no están empalizadas. Algunas veces también hay formación de hueso y cemento.

Hemos visto tres ejemplos de esta lesión en adultos jóvenes. Uno lo comunicó Frank y Batzenchlager en la región premolar mandibular de un varón de 26 años de edad.

Otro registrado en una mujer de 59 años de edad, estaba localizado en la región molar mandibular-rama y estaba asociado con una extensa calcificación.

Otros probables ejemplos son los de Cetroneo y Bifano, Decker y Laffitte y Baden y colaboradores. El tumor es fácil de enuclear y no ha habido ningún caso con recidiva. Aunque generalmente es central, también puede ser periférico.

FIBROMA AMELOBLÁSTICO

5.- FIBROMA AMELOBLÁSTICO.- Es una masa circunscrita de tejido conectivo fibromatoso o mixomatoso con islotes de epitelio ameloblástico como restos epiteliales, sin demostrar actividad proliferativa, se confunde con frecuencia y erróneamente con un ameloblastoma. Normalmente la lesión está bien circunscrita y no invade el hueso adyacente .

Se le denomina también "odontoma blando mixto".

El fibroma ameloblástico se compone de elementos epiteliales y mesenquimatosos, constituye poco más del 2,5% de los tumores odontogénicos de los maxilares.

ETIOLOGIA.- En otros tiempos se empleaba el término "ameloblastoma", para designar éste así como otros tumores odontógenos blandos, no obstante, el patrón histológico claramente distinto tiende a establecer una entidad diferente aún cuando sea apreciable una similitud en su historia natural y aspecto radiológico. No se producen tejidos calcificados, lo que indica el desarrollo a partir de tejidos representantes de las primeras etapas de la odontogénesis. El componente mesenquimático deriva de la papila dental o del conjuntivo perifolicular y la porción epitelial del epitelio adamantino externo o restos de la lámina dental.

CARACTERISITCAS CLINICAS.- El fibroma ameloblástico, originado con mayor frecuencia en la zona molar del maxilar inferior, es similar en su ubicación al ameloblástoma simple. Hay una considerable diferencia, sin embargo, en el grupo cronológico más afectado. En tanto que el ameloblástoma es típico de las personas de edad media, - con un promedio en el momento de su descubrimiento que según Small es de 33 años, el fibroma ameloblástico aparece en personas mucho más jóvenes. En una revisión de los casos presentados, Shafer halló que la edad promedio para esta neoplasia era de 17 años, si - bien en algunos casos las descripciones ofrecidas no eran adecuadas para una identificación positiva.

Este tumor presenta un crecimiento clínico algo más lento que el - ameloblastoma simple y no tiende a infiltrarse entre las trabéculas óseas. En vez, aumenta de tamaño por expansión gradual, de modo que la periferia de la lesión suele mostrarse bastante lisa. No suele ser causa de quejas de parte del paciente y se lo descubre sólo accidentalmente durante el examen radiográfico. Un dolor o una tumefacción leve, sin embargo, pueden llevar al paciente a - procurar el auxilio del odontólogo.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- No existen diferencias consistentes entre el aspecto del ameloblastoma simple y el del fibroma ameloblástico. Este último se manifiesta como una lesión radiolúcida - unilocular, ocasionalmente multilocular, con un contorno más bien

liso y que puede o no dar muestras de un incremento de volúmen óseo.

CARACTERISITICAS HISTOLOGICAS.- El aspecto microscópico de esta neoplasia odontógena es bastante característico. La porción ectodérmica consiste en islotes aislados de células epiteliales en una diversidad de disposiciones incluídas rosetas, largas bandas dactiliformes, nidos y cordones. Estas células epiteliales suelen ser de tipo cúbico o cilíndrico y tienen gran semejanza con el epitelio odontógeno primitivo. La actividad mitótica no es común. A causa de que el patrón de esas células es del tipo de cintas y cordones, no es frecuente ver un tejido que se asemeje al retículo estrellado. La similitud con la lámina dental es mucho más llamativa en esta lesión que en el ameloblástoma simple.

El componente mesenquimático está constituido por tejido conjuntivo primitivo que en algunos casos muestra fibrillas en estrecho entrelazamiento entremezcladas con células conjuntivas grandes. Puede existir una escases de vasos sanguíneos y se produce una hialinización de estas zonas de tejido conjuntivo.

Microscópicamente el fibroma ameloblástico está encapsulado y compuesto de yemas, cordones e islas de células epiteliales en una estroma de tejido conjuntivo mesenquimatoso que se asemeja al tejido conjuntivo fibroso maduro observado en el ameloblástoma. Los filamentos de células epiteliales cuboideas suelen tener un espesor

de una o dos capas y se parecen a la lámina dental. Las islas de epitelio son generalmente más pequeñas que las del ameloblastoma, pero pueden desarrollar un retículo estrellado y tal vez no se diferencian fácilmente por sí solas de las observadas en el ameloblastoma. La separación de ambas entidades depende de la presencia de un mesénquima primitivo en el fibroma ameloblástico. La orientación nuclear no es notable pero, cuando existe, tiende a alejarse de la membrana basal.

El fibroma ameloblástico también debe ser diferenciado del fibroma odontogénico, en el cual hay una proliferación de restos epiteliales. Esto se tratará más adelante en este capítulo.

El destino final del fibroma ameloblástico no tratado es desconocido, pero Cahn y Blum opinaron que madura en un odontoma complejo. Esta teoría podría ser ensayada si fuera posible un injerto en un animal huésped o si el tumor pudiera crecer en un cultivo histico. Tal vez sea importante el que en unos pocos casos en que hubo recidiva del tumor, la imagen histológica de la lesión recidivante era idéntica a la del tumor inicial. Esto parece refutar la supuesta naturaleza continua de esta lesión. El estroma maduró en el caso de Carr y colaboradores.

TRATAMIENTO.- El tratamiento es conservador, pues no parece producir una infiltración activa del tejido óseo.

La lesión se expone después de reflejar el colgajo mucoperiostico-

y practicar una ventana eliminando el hueso que rodea la lesión - mediante fresas y cinceles o limas. El tumor se elimina de la cavidad mediante curetaje. Como el tumor no invade el hueso, se puede separar con facilidad y rapidez. Algunos autores proceden a - recortar un borde de 0.5 cm con el fin de asegurarse de que la - lesión ha sido eliminada en su totalidad. Otros prefieren cauteri- zar la cavidad ósea con fenol u otros cáusticos. Este último pro- cedimiento debe ser desechado.

FIBROMA AMELOBLASTICO DE CELULAS GRANULOSAS

5 A.- FIBROMA AMELOBLASTICO DE CELULAS GRANULOSAS.- Couch y col- laboradores comunicaron dos casos del así llamado fibroma ameloblás- tico de células granulosas en la zona molar del maxilar inferior- de una mujer de 55 años de edad y en la zona canina del maxilar - inferior de una mujer de 59 años de edad; Waldron y colaboradores han observado otro en la zona molar del maxilar inferior de una - mujer de 53 años de edad. Nosotros hemos visto un caso en la re- gión molar mandibular de una mujer de 50 años de edad. La mayoría de los pacientes registrados hasta la fecha, incluyendo el que no- sotros hemos visto, son mujeres de raza negra.

Se consideró que este tumor sería la contrapartida del ameloblás- toma de células granulosas. Sin embargo, las pruebas presentadas, no son convincentes. El estroma se describió como semejante al de

un fibroma ameloblástico. Los gránulos eran Sudán N y PAS-Positivos y Mucicarmin-Negativos. Los tumores estaban caracterizados por dolor y tumefacción. El legrado parece haber curado la lesión. La edad de los pacientes es poco corriente para un fibroma ameloblástico y nosotros reservamos nuestra decisión, hasta que se registren más casos.

La lesión registrada por Werthenmann como "ameloblastoma esponjocitario" en un varón de 39 años de edad, es posiblemente otro caso de este tumor.

ODONTOMAS COMPUESTOS

ODONTOMA COMPUESTO.- También se le conoce como Odontoma Composi--
tum. Es de mayor tamaño que el Odontoma Complejo y se compone de--
un gran número de dientes pequeños o fragmentos, que tienen una -
orientación normal de tejidos, las estructuras dentarias están re-
deadas de tejido conectivo laxo y líquido, a menudo presentan una
pared quística y el diente correspondiente está ausente.

ASPECTO RADIOGRAFICO.- Estructura quística y radiolúcida grande,-
que contiene estructuras radiopacas de aspecto dentario.
Este tumor está compuesto por más de un tipo de tejidos, de ahí -
su nombre. En algunos Odontomas Compuestos, el esmalte y la denti-
na son depositados en tal forma que las estructuras resultantes -
presentan una considerable similitud con el Odontoma Compuesto -
Combinado. La anatomía es similar a la de los dientes normales, -
excepto en que éstos son más pequeños, en cambio, en cuanto a los
tejidos dentales calcificados, éstos se encuentran simplemente -
dispuestos en una masa regular que no tiene similitud morfológica,
ni siquiera con dientes rudimentarios. Otros autores los definen-
como tumores compuestos por dientes imperfectamente formados de -
distinto tamaño y aspecto. El Odontoma Compuesto o Compositum --
difiere del Odontoma Complejo por el alto grado de morfo e histo-
diferenciación, y porque las estructuras calcificadas exhiben --

suficiente semejanza anatómica con el diente normal.

El 60% de estos tumores se diagnostican entre la segunda y tercera décadas de la vida.

Su localización preferencial es la región incisivocanina del maxilar superior. Frecuentemente aparecen entre las raíces de los dientes anteriores recidivos, impidiendo la erupción de sus sucesores.

CASO HERRMANN.- Reporta un Odontoma Compuesto por dos mil dientes-enanos y deformes dentro de una cápsula de tejido conjuntivo.

El Odontoma Compuesto es más frecuente que el Odontoma Complejo, y éste que el Odontoma Ameloblástico.

TRATAMIENTO.- Consiste en la enucleación y extirpación, para lo cual es necesaria una amplia abertura de acceso.

ODONTOMA COMPLEJO O COMPUESTO

Contiene todos los elementos dentarios desarrollados (esmalte, dentina, etc.).

ASPECTO RADIOGRAFICO.- No se parece en nada a la anatomía del diente, presenta masas radiopacas uniformes bien rodeadas por estrechas zonas radiotransparentes o bien por zonas anchas, que rodean la corona de un diente que no ha brotado, dando el aspecto de una gran calcificación en el interior de un quiste dentado. A veces el diente que ha dado origen al odontoma, queda incorporado en el interior del tumor, en algunos casos el diente sale dejando atrás el Odontoma. Radiográficamente se confunde con Osteoma, Fibroma Oscificante y Displasia Fibrosa.

En algunos casos este Odontoma está asociado con un quiste. El quiste suele estar revestido de Epitelio Escamoso Estratificado, y se desarrolla a partir del órgano y órganos del esmalte que originaron al Odontoma.

El Odontoma Complejo difiere del Ameloblástico por la ausencia de tejido ameloblástico. En el desarrollo del diente normal, hay una degeneración de la lámina dentaria poco después de la formación de tejido duro, en el estadio de inducción se forma el Odontoma Complejo, al contrario del Odontoma Compuesto. La morfodiferenciación es escasa y la semejanza con el diente normal muy poca.

Junto con los Odontomas Compuestos son los tumores Odontogénicos más frecuentes. No hay preferencia sexual y generalmente se diagnostican entre la segunda y tercera décadas. Casi siempre están asociados a un diente sin salir y en el 70% de los casos se localizan en la región de los segundos y terceros molares preferentemente del maxilar inferior.

Al examinar este tipo de lesiones por múltiples cortes, se sugiere que es la transformación final de Odontoma Ameloblástico.

ODONTOMA COMPLEJO COMBINADO

ODONTOMA COMPLEJO COMBINADO.- Es de los tumores Odontógenos más comunes. Presenta compatibilidad entre el Ectodermo y el Mesénquima Odontógeno, alcanzando su más alto grado por debajo de la Odontogénesis normal, por lo que la masa tumoral, salvo ligeras alteraciones es casi igual al producto final de la odontogénesis.

Histológicamente se alcanza y mantiene una marcada especialización de las células tumorales, pero con una falta casi total de morfogénesis y hay restricción en cuanto a la cantidad de tejido.

ETIOLOGIA.- Trastornos del patrón evolutivo normal, por inclusiones embionarias, infección o traumatismo.

Los que se producen en las épocas más tempranas de la formación -

del diente como este tipo de Odontoma, pueden ser resultado de la actividad hiperplásica de nidos de células, separadas del folículo o lámina dental. En este caso en concreto, el folículo experimenta alteraciones degenerativas que modifican su carácter histológico. La lesión resultante puede estar constituida por varias estructuras dentarias imperfectamente formadas, unidas entre sí por una masa fibrosa interpuesta, que surgió del saco folicular.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Crece lentamente y puede alcanzar un tamaño extremado. Estos tumores se consideran la etapa terminal del Odontoma Ameloblástico, según varios autores justamente cuando los tejidos calcificados dominan la reacción. De todos los Odontomas, el Complejo Combinado es el que se halla más cerca del proceso normal de la odontogénesis.

Se ve esmalte, dentina y cemento, dispuestos en pequeños dientes de formas extrañas. Cada denticulo es una estructura independiente unidos entre si por una cápsula de tejido fibroso, la masa entera está incluida en el hueso. Pueden alcanzar gran tamaño y tornar la extracción más difícil. Dentro de la odontogénesis, lo que falta es un control de la cantidad de sus productos y por falta de restricción empiezan a producirse aberraciones de tamaño, forma y desarrollo del diente como: la germinación, fusión, concrecencia, dens in dente e hiperplasia adamantina, manteniendo sólo una ligera desviación de la normalidad. Produce expansión ósea y asimetría

sólo si se genera un quiste dentífero en torno a él.

HISTOPATOLOGIA.- Los tejidos calcificados van desde masas calcificadas atípicas hasta estructuras dentales bastante bien formadas. La variación de la proporción de esos tejidos es una característica muy importante. Suele haber muchas alteraciones distróficas en el tejido calcificado. La matriz fibrosa es un indicio de la diversidad de tejidos involucrados en su formación. En estos tumores, el tejido blando asemeja el periodonto tanto microscópica como funcionalmente. Hay además esmalte, dentina y cemento, con una fuerte tendencia a relacionarse entre sí, como en la evolución normal de los dientes, por lo que son evidentes numerosas estructuras dentiformes unidas en una masa conglomerada. En la mayoría de los casos existe una cápsula, y de la zona periférica de ésta se mantiene su crecimiento, pudiendo también encontrar nidos dispersos de epitelio.

No parece estar vinculado en especial con dientes supernumerarios, como lo sugiere el que se produzcan con gran frecuencia: entre ambos incisivos centrales superiores o en la parte distal del tercer molar superior.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- Aspecto característico, suelen estar situados entre las raíces dentales y se presentan como una ma-

sa irregular de material calcificado, rodeada por una estrecha -
banda radiolúcida de periferia lisa, o también como cavidad varia-
ble de estructuras dentiformes con el mismo contorno. Este tipo de
Odontoma puede tener desde unas pocas hasta decenas de estructuras
con forma de dientes.

TRATAMIENTO.- Eliminación quirúrgica sin recidiva.

ODONTOMA COMPUESTO COMPLEJO

ODONTOMA COMPUESTO COMPLEJO.- Es una lesión más grande de márgenes
bien definidos, está compuesto de masas irregularmente orientadas,
de matriz de esmalte, dentina, cemento y tejido mixomatoso (repre-
sentante de la pulpa), y a menudo con células Odontoblásticas.
Aunque haya tejidos dentarios, no se han formado dientes ni estruc-
turas de aspecto dental. La relación que guardan los tejidos denta-
les no es normal, la lesión se rodea de una pared quística, que en
ocasiones contiene líquido quístico entre la pared de éste y el -
Odontoma Compuesto Complejo.

ASPECTO RADIOGRAFICO.- Masa radiopaca de densidad variable, con zona periférica radiolúcida.

TRATAMIENTO.- Como está rodeado de paredes gruesas, se facilita la enucleación.

ODONTOMA QUISTICO

ODONTOMA QUISTICO.- Comprende un porcentaje importante de los tumores odontogénicos, se compone de tejidos dentarios duros.

Crece lentamente y pueden persistir mucho tiempo sin ningún síntoma, o desarrollarse y después permanecer estáticos. En pocas palabras es un Odontoma asociado a una cavidad quística o quiste dentígero, por lo que la lesión se comporta como cualquiera de los quistes dentígeros, por lo tanto el tratamiento a seguir es la escisión.

ODONTOMA AMELOBLASTICO

ODONTOMA AMELOBLASTICO.- También llamado odontoameloblástoma.

Cuando hay estructuras sólidas en un tumor con numerosas células ameloblásticas, es sin duda un caso de odontoma ameloblástico.

Es muy importante hacer una buena diferenciación, pues un ameloblastoma se elimina con un simple legrado, a diferencia del odontoma ameloblástico, en el cuál el número de casos con recidiva es muy elevado a pesar de que no es un tumor invasivo. Los odontomas pueden tener su origen en un ameloblastoma, es poco frecuente. Blake y Blake en su clasificación aplican el término de odontoma-ameloblástico también a los tumores en donde no se encontraron estructuras calcificadas.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- Ocurrencia simultánea de ameloblastoma y odontoma complejo o compuesto dentro del mismo tumor. Probablemente representa el estudio de inducción en el cual la dentina - actuando sobre los ameloblastos ha inducido a la formación de esmalte.

Salvo pocas excepciones se presenta en niños, aunque se considera que los límites de edad van de los 6 meses hasta la tercera década, y más del 90% de los pacientes tenían menos de 15 años.

Se presentan con más frecuencia en el maxilar superior y ligera predilección por la zona premolar.

Son tumores de crecimiento lento y a veces están asociados con tumefacción del proceso alveolar.

ASPECTO RADIOGRÁFICO.- Presentan zonas de destrucción quística y-

la cavidad contiene numerosos cuerpos pequeños radiopacos y la masa mayor de tejido duro es de localización central.

ASPECTO MICROSCOPICO.- Presenta tejidos diversos de epitelio ameloblástico, retículo estrellado, matriz de esmalte, esmalte, dentina osteodentina, hueso, cemento y tejido pulpar. A veces hay pruebas de formación de dientes pequeños. El estroma periférico es casi siempre inmaduro y semejante al estroma del fibroma ameloblástico. El centro del tumor tiene semejanza con un odontoma complejo. El estroma sufre muy rara vez una transformación maligna, con desarrollo de dentinosarcoma ameloblástico, sólo los siguientes autores reportan estos casos: Thoma, Villa, Tahsinoglu, Oxmerzifontuy y Chibret.

Y el caso de Riddett, sugiere que estos pueden madurar en odontomas complejos.

El odontoma ameloblástico es una lesión benigna, que ocupa el 3 % de los tumores odontogénicos de los maxilares.

ETIOLOGIA.- Participan epitelio y tejido conjuntivo odontógeno, que alcanza un grado de diferenciación que sugiere el visto en la segunda etapa de la odontogénesis, por lo tanto se produce un componente calcificado que asemeja cemento o dentina. En muy raras ocasiones se forma esmalte. En cierto sentido se puede considerar-

a este tumor un odontoma similar a las variedades compuesto y complejo a las que se hubiera añadido un ameloblástoma convencional.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Puede afectar ambos maxilares, especialmente el inferior, alcanzan un gran tamaño, aspecto Rx raro, pues el material calcificado producido puede estar depositado, según muy diversos patrones. La mayor parte de las lesiones son muy grandes y producen una marcada distensión de las estructuras normales. Algunos autores los consideran localmente invasores, pero crecen por expansión y la apariencia de invasión, podría estar relacionada la dispersión tan peculiar del material calcificado. La capacidad de organización del epitelio odontogénico se conserva en grado apreciable, siendo la histodiferenciación bastante compleja, mientras que la morfodiferenciación está por completo ausente, como resultado, los tejidos dentarios se producen bajo un patrón bastante normal, aunque el componente epitelial sigue proliferando y estimula al mesénquima odontógeno, de modo que resultan cantidades excesivas de tejidos dentales calcificados. Es una lesión ósea expansiva que produce una considerable deformación facial o asimetría. Es una lesión central, por lo tanto considerablemente destructiva. Este tumor mixto es más grande que cualquiera de los ameloblástomas. Se confunde con displasia fibrosa, y neoplasia ósea invasiva.

HISTOPATOLOGIA.- El epitelio odontógeno proliferante en forma de nidos, bandas y masas compactas. El carácter odontógeno de las células epiteliales se conserva bien marcado.

Hay dentina, cemento, y a veces esmalte, fácilmente identificables, aún cuando puedan existir deficiencias estructurales menores. La relación cuantitativa entre ellos no guarda relación con la vista, en el caso del esmalte, sólo se observa la matriz, --- pues rara vez se completa la amelogenesis, salvo en el caso de los odontomas puros.

TRATAMIENTO.- El tratamiento casi siempre es problemático por el tamaño que alcanzan. Hay distensión de la cortical ósea, con cantidades variables de tejidos dentales calcificados, por lo cual se indica la remoción completa. Es difícil determinar la extensión exacta del tumor, pues se confunde fácilmente con el tejido adyacente. Las incisiones siempre se deben hacer más allá de la masa tumoral, y aún así en la mayoría de los casos es necesaria la resección.

OTRAS CONSIDERACIONES SOBRE EL ODONTOMA AMELOBLASTICO

Es una neoplasia característica, es una entidad clínica rara, también se le ha considerado como dos neoplasias diferentes desarrolladas al unísono. Es una lesión inusitada, pues un tejido neoplástico relativamente indiferenciado, está íntimamente asociado a otro que está altamente diferenciado, ambos tienden a la recidiva por remoción deficiente. Sólo Bake & Bake en su clasificación, lo aplican también a tumores donde no se encontraron estructuras calcificadas.

AMELOBLASTOMAS

AMELOBLASTOMAS.- Adamantinoma, adamantoblástoma, odontoma epitelial, odontoma blando, quiste multilocular, odontoma embrioplástico.

Es un tumor benigno, surge del epitelio ectodérmico, tiene la capacidad de formar epitelio adamantino, pero no debe elaborar una matriz que pueda calcificarse. La denominación se debe a Ivy y Churchill.

ETIOLOGIA.- El punto de origen del ameloblástoma reside en el epitelio ameloblástico externo, pudiendo surgir directamente de los restos celulares que abundan en los maxilares, o en relación con el quiste folicular, o del reducido folículo que rodea a los dientes incluidos (retenidos), en esencia es similar al origen del quiste folicular. Malassez, al hablar de "restos epiteliales" dice que los remanentes de la vaina de Hertwing podrán proliferar en un ameloblástoma.

El tumor deriva de:

- 1) Restos celulares del órgano del esmalte, ya sean los remanentes de la lámina dental, los de la vaina de Hertwing o los restos epiteliales de Malassez.
- 2) El epitelio de los quistes odontógenos, en particular del quiste dentífero y de los odontomas.

- 3) Las perturbaciones en la evolución del órgano del esmalte.
- 4) Epitelio heterotópico (incluidas otras entidades como hipófis o tibia).

También puede presentar cierta tendencia a formar ameloblástomas: el quiste periodontal común, los remanentes del conducto craneofaríngeo, que son muy comunes en el adulto y poseen cierta pluripotencialidad, también se menciona la capa basal de la mucosa oral. Los traumatismos o injurias tienen importancia etiológica.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- Se presenta entre la 3a. y 4a. décadas, es más frecuente en la mandíbula, su localización preferencial es cerca de la unión del cuerpo del maxilar inferior con la rama ascendente. Es de crecimiento lento, pero puede afectar grandes porciones del maxilar, incluso antes de que el paciente lo note. El tumor crece por expansión antes que por invasión. Es una lesión de tipo central, no funcional, de crecimiento intermitente, anatómicamente benigno y clínicamente persistente.

Se presenta con igual presencia en ambos sexos, hay ligera predilección por la raza negra. Se descubre alrededor de los 33 años, la duración post-descubrimiento fluctúa entre 6 y 9 años, el 80% de los casos se presentan en la mandíbula, el 75% en la zona molar y rama ascendente. Lesión lenta, destructiva, tiende a expandir el hueso antes que perforarlo, rara vez es doloroso, muy rara vez hay penetración de la mucosa, y ésto se asocia a traumatismos anterior-

res.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Es una lesión quística multilocular de los maxilares, aunque hay muchos casos de uniloculares. Es muy semejante al tumor de células basales de la piel, y por lo tanto, hasta se le llegó a denominar basalioma, es esencialmente una neoplasia benigna de hueso, con capacidad para invasión local y de tejido óseo adyacente, extendiendo unas proyecciones digitales entre las espículas óseas.

Aunque la lesión progresa lentamente, puede alcanzar tamaños extraordinariamente grandes.

A medida que la lesión se va expandiendo, el hueso de su alrededor se va resorbiendo, hasta que por lo delgado del hueso remanente se puede producir una fractura patológica de las arcadas.

ASPECTOS PATOLOGICOS.- La sección completa de un tumor suele revelar un aspecto microscópico variable de proliferación epitelial y estroma.

ASPECTO MACROSCOPICO.- Se caracteriza por una dilatación fusiforme o cilíndrica del hueso en el cual participa especialmente la lámina ósea lingual del maxilar inferior, rara vez hay perforación, al

color es blanco grisáceo o amarillo grisáceo, y es fácil de cortar tumores sólidos y quistes con revestimiento liso y que contienen un líquido incoloro que se puede colorear de tono paja o de una sustancia gelatinosa. En las lesiones quísticas iniciales vinculadas estrechamente con dientes, el ameloblastoma puede presentar un engrosamiento mural.

ASPECTO MICROSCOPICO.- Islas o filamentos epiteliales en un estroma de tejido conjuntivo fibroso. La periferia de los filamentos o islas está formada por células ameloblásticas, las imágenes predominantes son plexiforme y folicular, semejantes a las porciones superior e inferior de la lámina dental, a veces se presentan ambas en el mismo tumor.

ASPECTO RADIOGRAFICO.- Zona destructiva osteolítica multilocular, pero también es frecuente encontrar una imagen.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- Está indicada la enucleación total o remoción completa.

Los tratamientos usados incluyen:

Escisión quirúrgica radical y conservadora, raspado, electrocirugía, cauterización química y eléctrica, irradiación, etc. Se prefiere la resección quirúrgica, porque el porcentaje de incidencia-

es menor.

Kimura considera la lesión como sumamente radioresistente.

El pronóstico es favorable, pues es un problema local.

AMELOBLASTOMA QUÍSTICO SIMPLE

1.- AMELOBLASTOMA QUÍSTICO SIMPLE.- Histológicamente, muchos ameloblastomas presentan un aspecto de islotes de epitelio ameloblástico con retículo estrellado, rodeado de una matriz conectiva. Sin embargo, el retículo estrellado del interior de las estructuras insulares degenera a veces y se reemplaza por líquido. Entonces se produce un quiste que va aumentando su tamaño a medida que crece la cantidad de líquido. De esta forma es como se pueden producir múltiples quistes microscópicos que en ocasiones aumentan el aspecto globular o quístico del ameloblastoma.

El término "ameloblastoma quístico", es empleado con frecuencia para referirse a algunas de estas neoplasias. Es importante consignar que no existe correlación entre el término así empleado clínicamente y el aspecto del tumor en la radiografía. La película radiográfica no hace más que indicar la presencia o ausencia relativa de sales de calcio y son una gran variedad las lesiones que pueden manifestarse de modo similar.

AMELOBLASTOMA ACAMANTOSO

2.- AMELOBLASTOMA ACAMANTOSO.- En este tipo de ameloblástomas --- existe una tendencia a que los islotes de epitelio ameloblástico - se transformen en epitelio escamoso estratificado. Quedando el aspecto general ameloblástico, pero el retículo estrellado es reemplazado por un sólido epitelio escamoso estratificado, que a menudo presenta áreas de queratina.

Es idéntico al ameloblástoma en todo sentido, excepto en su aspecto microscópico. Una parte o la totalidad del tumor consiste en - islotes epiteliales compuestos de células escamosas, que pueden - estar queratinizadas, se parece bastante a un carcinoma de células escamosas. Parte del tumor muestra las características células ameloblástoides y otras que son las que asemejan un retículo estrellado.

En una época se le consideró aparte de los ameloblástomas, por calificarlo de más agresivo o maligno, pero ya se comprobó que es - idéntico al ameloblástoma, excepto por sus características microscópicas ya señaladas.

ADENOAMELOBLASTOMA

3.- ADENOAMELOBLASTOMA.- Presenta el aspecto de un ameloblástoma, pero hay áreas en las que existen figuras sólidas con estructuras de conductos en la porción central, en vez de retículo estrellado. Es una rara variedad del ameloblástoma, la identificaron por separado: Bernier y Tiecke en 1950.

Este tumor comprende aproximadamente el 3% de los tumores odontogénicos de los maxilares. Se caracteriza por la formación de estructuras ductiformes en lugar o además del patrón odontogénico típico. Hoy prefiere denominárselo, Tumor Odontogénico Adenomatoides, puesto que no es de naturaleza glandular.

En la lesión las pequeñas estructuras canaliculares formadas por células epiteliales cuboidales columnares son características.

ETIOLOGIA.- En posesión de cualidades multipotenciales, en cuanto a la formación de estructuras ectodérmicas, el epitelio bucal ocasionalmente presenta características glandulares, falta evidencia odontogénica para clasificarlo de ese modo, no se sabe si se origina del tejido odontogénico, la lesión se asocia a dientes totalmente desarrollados o a su tejido formador.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Se produce principalmente entre los 11

y 21 años, y casi siempre antes de la 2a. década, ataca maxilar superior o inferior, pero hay ligera predilección por el inferior, - la proporción con que se presentan con más frecuencia en las mujeres es de 2 a 1. Su localización preferencial es la región anterior, especialmente la zona de los caninos. Se asocia a un quiste primordial o a un diente retenido. Son lesiones de crecimiento lento y gradual, y tamaño variable que oscila entre milímetros y centímetros. Se descubren por exploración radiográfica y se confunden a menudo con quistes dentígeros. A diferencia de otros ameloblastomas, puede estar encapsulado.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- Muestran una zona radiolúcida o radiotransparente circunscrita, que puede presentar pequeños focos radiopacos que son las zonas de calcificación que encontramos dentro del tumor, cuando la lesión es grande, hay expansión de la cortical, pero no llega a perforarla.

HISTOPATOLOGIA.- El adenoameloblastoma es de interés en cuanto a la disposición de células epiteliales en estructuras conductiformes que constituyen un patrón inusitado. Las células cilíndricas o cúbicas son los núcleos localizados en sus bases que tapizan espacios circulares. En su mayor parte carentes de contenido, en ocasiones estos espacios se ven oscurecidos por células epitelia-

les proliferantes que originan una formación espiraloide, poco estroma y células bastante ordenadas.

En ningún caso se ha visto el patrón cilindromatoso o canalicular como en el grupo de los tumores mixto. La actividad mitótica es rara y si se presenta, las figuras son ordenadas.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- La mayoría de los tumores de esta variedad han sido tratados mediante escisión quirúrgica conservadora, sin evidencia de recidiva o metástasis. No está indicada la irradiación.

Debido a la encapsulación, los espacios medulares que rodean la lesión están libres del tumor.

AMELOBLASTOMA VASCULAR

4.- AMELOBLASTOMA VASCULAR.- Hemangio ameloblástoma. El elemento epitelial del tumor se parece al ameloblástoma, pero la matriz del tejido conectivo es extremadamente vascular, de modo que parece como si se hubiera formado un hemangioma en una parte de la lesión ameloblástica.

La lesión ha sido descrita como un tumor mixto compuesto por un ameloblástoma y un hemangioma concurrentes. Hay dudas en cuanto a si el componente vascular es odontógeno o sólo una parte inciden-

tal en el proceso, pero es innegable el carácter odontógeno del epitelio. En algunos casos el patrón de desarrollo epitelial era sólido, con masas espirales. Los vasos sanguíneos son grandes y numerosos, con paredes bien desarrolladas, la mayoría de ellos visibles y llenos de eritrocitos. La vascularización se vincula al tejido conjuntivo perifolicular y no al esbozo embrionario de la pulpa (la papila dental).

Se cree que el hemangio ameloblástoma puede representar un tumor de tipo de colisión, en el cual dos neoplasias distintas, ambas desarrolladas en la misma zona, chocan entremezclando sus elementos tumorales.

ASPECTO CLINICO.- Cuando las lesiones son pequeñas, se parecen a las descritas en las neoplasias benignas centrales, pero cuando son de mayor tamaño, el hueso ensanchado y deformado puede presentar endiduras, capitación y color púrpura.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO.- Lo dará únicamente la exploración quirúrgica, biopsia o aspiración. Si obtenemos sangre en el diagnóstico, el hemangioameloblástoma es seguro, pero existe el peligro de que se presente una hemorragia grave.

ASPECTO RADIOGRAFICO.- Se parece al mixoma ameloblástoma, e incluso a la displasia fibrosa. Semeja un panal o burbujas de jabón, es decir, numerosas radiotransparencias redondas de pequeño tamaño de aspecto granular, los bordes pueden estar bien definidos, pero es más común que sean confusos, difusos e irregulares, esto nos hace pensar en una neoplasia invasora.

Para distinguirlo de lesiones invasoras, debemos recordar que produce resorción de las raíces vecinas.

TRATAMIENTO.- Extirpación quirúrgica.

MELANOMELOBLASTOMA

5.- MELANOMELOBLASTOMA.- Es un tumor muy raro que se encuentra en niños y jóvenes, normalmente en la parte anterior del maxilar superior. Su estructura es semejante al ameloblástoma, pero con las células epiteliales de los islotes, conteniendo un pigmento marrón parecido a la melanina. Los melanoblastos parecen estar íntimamente asociados a esta lesión. También se les conoce como tumores retinales, puesto que sugieren una derivación del tejido ocular.

NOMENCLATURA.- Tumor de origen embrionario retiniano, progonoma y-

ameloblástoma pigmentado, ameloblástoma melanótico, tumor de tejido Retinal Primitivo. Actualmente, recibe el nombre de Tumor Neuroectodérmico Melanótico de la Infancia.

ETIOLOGIA.- Es una lesión rara que ha suscitado abundante controversia sobre su naturaleza real. Hay dos teorías sobre su origen: Una sugiere que deriva del esbozo pigmentado de la retina. La otra admite que proviene del órgano de Jacobson, un órgano pigmentado asociado a un órgano olfatorio (presente en los animales inferiores). No hay remanentes vestigiales en el ser humano.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Todas las lesiones se producen en niños de menos de un año de edad y en más del 50% antes de los seis meses; hay cierta predilección por el sexo femenino y el maxilar superior (2/3) y en su parte anterior.

Por el tamaño tan pequeño del maxilar, se presenta como un tumor de crecimiento relativamente rápido, eleva el labio y dificulta la succión.

ASPECTO RADIOGRAFICO.- Las radiografías nos muestran zonas radiolúcidas y desplazamiento de los dientes en desarrollo.

HISTOPATOGENIA.- Lesión característica compuesta por masas irregulares de células epiteliales que son intensamente basófilas y cuyo tamaño es como el de los linfocitos pequeños. Presentan un grado moderado de cohesividad y son muy raras las figuras mitóticas, la mayoría de las masas celulares aparecen rodeadas por un "halo" hialino que como se ha señalado, tiende a surgir una relación de organizador a receptor entre el epitelio y el mesenquima odontógeno. La distribución del pigmento esta concentrada notablemente en las células epiteliales.

El melanoblastoma es una masa tumoral infiltrativa no encapsulada, donde las células están dispuestas en un patrón alveolar con espacios tapizados con células cúbicas, muchas de las cuales contienen melanina.

Las porciones centrales de los espacios alveolares contienen numerosas células redondas pequeñas con muy poco citoplasma y un núcleo de tinción intensa. Se reporta un caso en el cráneo en la fontanela anterior.

TRATAMIENTO.- No hay mitosis, pleoformismo, ni metástasis, no hay recidiva, por lo que el tratamiento debe ser muy conservador: escisión quirúrgica o un buen legrado, curetaje.

AMELOBLASTOMA PLEXIFORME

6.- AMELOBLASTOMA PLEXIFORME.- Es conveniente recordar que Pindborg para el caso de los ameloblastomas en el contexto histológico, reconoce y considera sólo dos tipos fundamentales: El ameloblastoma Plexiforme o Folicular, siendo todos los demás, simples variantes de estos y teniendo características similares a los otros.

TUMORES ODONTOGENICOS MALIGNOS

Los tumores odontogénicos malignos también se conocen como tumores odontogénicos raros, pues figuran entre las neoplasias más raras de las marcadas. Existen muchas confusiones al respecto y pocos casos reportados, pero si bien no les debemos tanto interés por su frecuencia, nos lo merecen por su categoría maligna. Como tumores malignos, producen metástasis, por lo cual su tratamiento es radical. Y este puede consistir en resección radical de la arcada afectada y de los tejidos adyacentes, incluyendo tejidos blandos. Muchas veces debemos agregar a ésto la disección radical del cuello junto con el maxilar o los maxilares afectados.

1.- SARCOMA AMELOBLASTICO.- Heath (1887) y L'Esperance (1910), comunican algunos casos, como en el caso del fibrosarcoma odontógeno, es importante recordar que la historia natural desmiente el aspecto histológico, y por lo tanto bastará habitualmente con la eliminación local. Hace referencia a esta lesión, como localmente maligna, no parece estar respaldado, puesto que todos los tumores odontógenos blandos, tienden a seguir el mismo curso clínico esencialmente benigno, por lo que el sarcoma ameloblástico debe ser considerado como una variante del fibroma ameloblástico, con un menor grado de diferenciación de su elemento conjuntivo -

o como la contraparte maligna de éste (fibroma ameloblástico), en el cual el elemento conjuntivo se ha tornado maligno. Su crecimiento es rápido y doloroso. Radiográficamente, se revela una radiolucencia. Su aspecto microscópico es idéntico al del fibroma ameloblástico, excepto en lo que se refiere a la porción mesenquimatoso del tumor, que muestra pleomorfismo y mitosis, y en vista de su gran potencial de crecimiento se recomienda una escisión amplia.

El sarcoma ameloblástico es un tumor maligno verdadero de tejidos odontogénicos, que se compone de un fibrosarcoma con islotes esparcidos de epitelio ameloblástico, y cuyo componente epitelial suele estar bien diferenciado y es benigno.

Solamente un número limitado de estas lesiones han sido descritas y publicadas, y su comportamiento aún no es muy claro.

2.- CARCINOMA Y AMELOBLASTOMA.- Estas lesiones se pueden encontrar en zonas similares, sobre todo en las paredes de los grandes conductos quísticos. La coexistencia de estas lesiones no es frecuente; sin embargo, nosotros hemos estudiado un caso. Inicialmente, puede creerse que el ameloblástoma ha metastatizado o se ha transformado en un carcinoma.

La interpretación de lesiones coexistentes es más satisfactoria, dicho estado es comparable a los tumores de células basales y al carcinoma epidermoide de la piel, llamado carcinoma basoescamoso.

CARCINOMA.- Es un tumor maligno de origen epitelial, que representa el 96.5% de todos los tumores malignos.

AMELOBLASTOMA.- Neoplasia benigna que se origina en los tejidos odontogénicos. Y está compuesta de cordones y de islotes de tejido epitelial rodeados de una matriz de tejido conectivo fibroso. La estructura epitelial se compone de un estrato externo de epitelio columnar o cuboidal, y de un retículo central estrellado que parece tejido conectivo mixomatoso, pero es de origen ectodérmico y semejante al retículo estrellado del órgano dental. El epitelio cuboidal se asemeja al epitelio interno del esmalte. En el ameloblastoma es de presumir que se ha producido una neoplasia de epitelio ameloblástico antes del estadio en que el epitelio desarrolla tejido de esmalte. Es muy raro encontrar dentro del ameloblastoma tejido calcificado y, cuando se encuentra, se trata más bien de un odontoma.

3.- CARCINOMA CON ASPECTO ADAMANTINO.- Esta lesión es rara, pero se puede presentar. Normalmente se origina en la glándula parótida o submaxilar y metastatiza a la mandíbula, pareciendo un ameloblastoma maligno. Histológicamente, se trata de un adenocarcinoma con zonas compuestas de islotes de epitelio que parece tejido odontogénico.

TUMORES ODONTOGENICOS RAROS

1.- TUMOR ODONTOGENICO CALCIFICANTE EPITELIAL (TUMOR DE PINDBORG).-

Este tumor se caracteriza por una forma especial de calcificación -
distrófica que se presenta en el interior de las células tumorales-
degeneradas, y se cree que procede del epitelio del esmalte de los-
dientes que no han brotado totalmente. No muestra los típicos carac-
teres histológicos del ameloblástoma. Sin embargo, como indica su -
nombre, es un tumor epitelial odontogénico, y su evolución se pare-
ce a la del ameloblástoma simple; se presenta casi exclusivamente -
entre la quinta y sexta décadas de la vida, aunque en muy pocos ca-
sos ha aparecido en la tercera década. La mayor parte de las lesio-
nes se desarrollan en la región premolar y molar de la mandíbula.
Las radiografías revelan un diente retenido o una pieza que no ha -
terminado de erupcionar, con una radiolucencia alrededor de la co-
rona, y que contiene focos grandes o pequeños de radiopacidad. Los
cortes microscópicos muestran islotes de epitelio poliédrico con -
focos de calcificación y formación de sustancia hialina.
El enfermo suele presentar una hipertrofia bien delimitada o tam-
bién difusa, dura, dolorosa, y la parte afectada del maxilar esta -
recubierta por mucosa normal. Este tumor tiene caracteres invasores
y una gran tendencia a racidivar, por lo tanto, está indicando rea-
lizar una extirpación en bloque, y la pieza quirúrgica debe compren-
der un margen adecuado de tejido óseo no afectado.

2.- FIBROMA AMELOBLASTICO DE CELULAS GRANULOSAS.- Couch y colaboradores comunicaron dos casos de este tumor en la zona molar del maxilar inferior de una mujer de 55 años, y en la zona canina del maxilar inferior de una mujer de 53 años de edad.

En la mayoría de los casos se afectan regiones posteriores a la canina en la mandíbula y en mujeres mayores de 50 años, de raza negra. Se consideró que este tumor sería la contrapartida del ameloblastoma de células granulosas. Sin embargo las pruebas presentadas, no son convincentes. El estroma se describió como semejante al de un fibroma ameloblástico. Los granulos eran Sudan II y Pas positivos, y Mucicarmin negativos. Los tumores estaban caracterizados por dolor y tumefacción. Y la extirpación parece haber terminado con la lesión.

La lesión registrada por Werthermann como "ameloblastoma espongiocitario" en un varón de 39 años de edad, es posiblemente otro caso de este tumor.

3.- AMELOBLASTOMA PIGMENTADO.- Es una neoplasia muy rara, que consiste en nidos de células pequeñas que contienen melanina. No se conoce su etiología exacta. La mayor parte de los autores creen que no tiene origen odontogénico. Y proponen dos teorías distintas :

- 1.-) Que procede de la porción pigmentada de la retina.
- 2.-) Que se desarrolla a partir de los vestigios del órgano vomeriano.

no nasal (de Jacobson), que es un órgano olfatorio de los animales inferiores. Se ha descrito con muchos nombres, como: tumor del epitelio pigmentario de la retina, poganoma y neuroblástoma pigmentado.

Se presenta principalmente en mujeres, y sobre todo en niños de menos de seis meses de edad. Las dos terceras partes de los casos publicados se presentan en la máxila, y la mayor parte de ellos, se desarrolla en la porción anterior.

La lesión se observa como una tumoración de crecimiento muy rápido en el surco alveolar, que causa dificultades en la masticación y está recubierta por una mucosa normal.

4.- NEUROMA AMELOBLASTICO.- Thoma ha enviado al Registro un tumor que muestra una mezcla de epitelio ameloblástico activo y de un neuroma convencional. No se podrá negar la naturaleza de ambos elementos, lo que sugiere la posibilidad de la combinación de otros tumores con el ameloblástoma. Esto no puede ser inequívocamente considerado un verdadero tumor odontógeno mixto, muy raro, este tipo de lesiones se localiza en la parte anterior de la rama ascendente del maxilar inferior y totalmente en tejido blando.

5.- TERATOMA (TERATOBLASTOMA, TUMOR TERATOIDEO).- El teratoma es -

una verdadera neoplasia, constituida por una cantidad de tejidos distintos, no naturales de la zona en la que el tumor se produce. Debe ser diferenciado de las lesiones no neoplásicas que constituyen simples acúmulos heterotrópicos de diversas formas de tejidos y que son bastante comunes.

Se les estudia dentro de los tumores odontógenos (raros), en razón de la presencia de dientes en la lesión.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Se presenta en una diversidad de localizaciones, incluidos los ovarios, los testículos, mediastino anterior, zona retroperitoneal, regiones presacra y coccígea, región pineal, cabeza, cuello y víceras abdominales.

Excepto por los teratomas presentes en ovarios, testículos y mediastino, se sabe que suelen estar en sus diversas localizaciones desde el momento del nacimiento hasta su hallazgo. Los teratomas-ováricos, testiculares y mediastínicos, suelen ser vistos en la edad adulta primera, con un promedio cronológico de 30 años.

Los teratomas ováricos y mediastínicos, suelen ser lesiones benignas, y crecen en forma relativamente lenta. Los testículos en cambio, casi siempre son malignos.

ASPECTO MACROSCOPICO.- El teratoma benigno suele ser una lesión quística con engrosamientos sólidos de la pared lesionada. Contie

ne a menudo pelos, material sebáceo y dientes reconocibles. En tanto que el teratoma habitual, contiene sólo unos pocos dientes, han sido registrados casos en los cuales el tumor encerraba desde docenas, hasta varios cientos de pequeños dientes. Los dientes no son comunes en la forma maligna del teratoma.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- El teratoma benigno está compuesto por distintos tejidos, incluido epitelio y apéndices epiteliales, como cabellos, glándulas sudoríparas y salivales, dientes, órganos epiteliales precisos, del tipo de tiroides y páncreas. También epitelio respiratorio o intestinal bien diferenciado en las zonas de un teratoma, rara vez hay tejido nervioso, cartílago y hueso. El tejido en los teratomas malignos, no suele estar bien diferenciado como en la forma benigna.

Los dientes son normales y asemejan premolares; rara vez son multiradiculares, pueden estar situados en una cavidad alucexar, mostrando un periodónto típico con todos los tejidos de sostén y adyacentes de aspecto perfectamente normal. Se ha observado infiltración celular inflamatoria de la encía, semejante a la gingivitis.

6.- TUMOR ODONTOGENICO EXTRAOSEO.- Es una lesión rarísima, se presenta en la encía, crece lentamente y puede producir resorción del hueso desde la superficie perióstica, circunstancia en la cual las

radiografías pueden mostrar una zona radiolúcida. El tratamiento de elecciones, la escisión local.

TUMORES ODONTOGENICOS

1.- Frecuencia relativa de los tumores odontogénicos de los maxilares:

Lesión	Muestras	Tumores Odontogénicos (%)
Ameloblástoma	78	18,13
Adenameloblástoma	14	3,26
Melanameloblástoma	3	0,70
Cementoma	46	10,73
Mixoma Odontogénico	25	5,83
Fibroma Odontogénico	98	22,84
Fibroma Ameloblástico	11	2,56
Odontoma Ameloblástico	14	3,26
Odontoma Compuesto	43	10,03
Odontoma Complejo	22	5,13
Odontoma Quístico	30	6,99
Odontoma (no clasificado)	31	7,23
Tumores Odontogénicos (raros)	14	3,26
T o t a l	429	100,00

2.- Tumores Odontogénicos vinculados con quistes:

Vinculación con quistes	Cantidad	Por ciento
Con vinculación	29	33
Sin vinculación	20	23
No determinado	39	44
T o t a l	88	100

3.- Episodios producidos en o cerca de las zonas donde posteriormente fueron diagnosticados tumores odontogénicos:

Posibles Factores Excitantes	Cantidad	Por ciento
Traumatismo	16	22
Extracción dental	14	20
Extracción dental y cistectomía	10	14
Cistectomía	10	14
Cistectomía y molar retenido	6	8
Vinculación con molar retenido	5	7
Ninguno	11	15
No declarado	16	--
T o t a l	88	100

4.- Caracterización clínica del cementoma (odontoma simple)

	Número de Casos	Sexo		Promedio de Edad (años)	Raza		Tipo de Lesión		Localización	
		M	F		B	N	Unica	Múltiple	Max. S.	Max. I.
		%	%		%	%	%	%	%	%
Stafne (1934)	65	29	71	43	-	-	(130 dientes - afectados en los 65 casos)		5	.95
Zegarelli y Ziskin (1943)	50	0	100	40	34	66	36	64	13	87
Bernier y Thompson (1946)	15	46	54	37	67	33	87	13	4	96

58

5.- Localización y duración del adenoameloblastoma en 9 casos:

Caso		Duración antes del tratamiento.
1	Mandíbula (sínfisis)	4 meses
2	Maxilar superior	6 meses
3	Mandíbula derecha, de incisivo lateral a zona premolar	2 años
4	Mandíbula, zona canina izquierda	3 años
5	Maxilar superior	2 años
6	Mandíbula, incisivo central derecho a primer premolar	1 año
7	Maxilar superior	Inmediato
8	Mandíbula	Inmediato
9	Mandíbula	5 meses

6.- Sexo, raza y edad en 9 pacientes con adenoama celoblastoma

Caso	Edad	Sexo	Raza
1	13	M	B
2	13	F	B
3	26	F	B
4	14	M	B
5	17	M	N
6	43	M	B
7	21	F	B
8	11	F	B
9	20	F	N

7.- Tamaño, tratamiento recidiva y tiempo de observación pos-operatoria en 9 casos de pacientes con adenoameloblastoma.

Caso	Tratamiento	Recidiva	Período de observación	Tamaño
1	Quirúrgico	No	4 1/2 años	2,6 cm de diámetro
2	Quirúrgico	No.	4 1/2 años	?
3	Quirúrgico	No	1 1/2 años	2 fragmentos 1,7 x 1,2 x 1,2 cm 1,5 x 0,4 x 0,3 cm
4	Quirúrgico	No	1 año	2,0 x 1,5 x 1,9 cm
5	Quirúrgico	No	9 meses	4,5 x 3,0 x 1,5 cm
6	Quirúrgico	No	9 meses	?
7	Quirúrgico	No	9 meses	?
8	Quirúrgico	No	6 meses	?
9	Quirúrgico	No	14 1/2 años	?

8.- Sexo, edad, raza y localización preferencial del melanoameloblastoma.

Fuente de los casos	Sexo	edad (en meses)	Raza	Localización del tumor.
Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas (Caso 1)	M	4	B	Mandíbula
Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas (Caso 2)	F	6	B	Mandíbula
Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas (Caso 3)	F	12	?	Maxilar
Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas (Caso 4)	F	1 1/2	B	Maxilar
Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas (Caso 5)	M	4	B	Maxilar
Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas (Caso 6)	M	3	B	Maxilar
Mummery y Pitts	F	5 1/2	?	Maxilar
Wass	F	5	?	Mandíbula
Field y Colaboradores	F	1 1/2	B	Maxilar
Halpert y Patzer	F	6	B	Maxilar
Clarke y Parsons	M	9	B	Cráneo
Martin y Foote	F	4	B	Máxilar
Shafer y Frissell	F	4	B	Máxilar

9.- Ameloblástomas en los Maxilares.

	No.	%
Total de casos	1,036	
Sexo (987 casos):		
Varones	514	52
Mujeres	473	48
Raza (594 casos):		
Caucásica	371	
Negra	121	
China	71	
Egipcia	15	
India	15	
Filipinas	1	
Promedio de edad en el momento del informe: 38, 9a.		
Promedio de duración del tumor: 5, 8a.		
Promedio de edad en el momento del descubrimiento: 32, 7a.		
Lugar de desarrollo (925 casos) :		
Mandíbula	725	81
Maxilar	173	19
Características estructurales (465 casos):		
Quístico (incluidos los denominados quísticos y sólidos)	365	78
Sólido	100	22
Localización		
Mandíbula:		
Zona de rama ascendente	170	70
Zona premolar	49	20
Zona de sínfilis	27	10
Maxilar:		
Zona molar	21	47
Seno y piso de fosas	15	33
Zona premolar	4	9
Zona canina	4	9
Paladar	1	2

10.- Iniciación clínica de los síntomas en 73 pacientes con ameloblástomas.

Edad en la iniciación clínica	Cantidad	Por ciento
0-09	9	12
10-19	10	14
20-29	32	44
30-39	11	15
40-49	4	6
50-59	4	6
60-69	1	1
70-79	2	2
Total	73	100

11.- Dolor en relación con la localización del ameloblastoma.

Dolor	Cantidad			Por ciento		
	Total	Mandíbula	Maxilar	Total	Mandíbula	Maxilar
Con dolor	16	14	2	22	22	18
Sin dolor	58	49	9	78	78	82
Total con Información	74	63	11	100	100	100

12.- Tipos de tratamiento del ameloblástoma en relación con la recidiva.

Tipo de Tratamiento	Total	Cantidad		Por Ciento		
		Sin Recidiva	Con Recidiva	Sin Información	Sin Recidiva	Con Recidiva
Conservador	70	25	20	25	56	44
Radical	12	8	1	3	89	11
Determinado	6	-	1	5	-	100
Total	88	33	22	33	60	40

13.- Tumores Odontogénicos.

Tipo de Tratamiento	Casos	Sexo		Límites de Edad (Años)	Edad Media (Años)	Maxilar Superior %	Maxilar Inferior %
		Varones %	Mujeres %				
Ameloblástoma	1.258	52	48	4-48	39	19	81
Tumor odontogénico adeno-matoide	100	47	53	4-43	16	61	39
Tumor odontogénico epitelial calcificante	50	48	52	13-78	42	27	73
Fibroma ameloblástico	43	49	51	1/2-42	16	21	79
Fibroma ameloblástico-células granulosas	5	20	80	39-59	51	0	100
Fibrosarcoma - ameloblástico.	9	55	45	13-52	33	33	67
Dentinoma inmaduro.	9	55	45	4-63	17	22	78
Dentinoma maduro	5	60	40	6-36	24	40	60
Odontoma ameloblástico	56	63	37	1/2-40	12	54	46
Odontoma compuesto.	125	53	47	1-68	22	62	38
Odontoma complejo.	65	52	48	2-64	21	40	60
Mixoma o mixofibroma.	116	52	48	6-71	31	43	57
Fibroma odontogénico.	7	57	43	27-69	35	30	70
Cementoma (tipo de displasia cemental periapical).	375	11	89	17-82	39	20	80

14.- Tumores Odontogénicos según su origen.

Tumores Odontogénicos Epiteliáles

1.- Cambio inductor mínimo en el tejido conjuntivo.

- a) Ameloblástoma.
- b) Tumor odontogénico adenomatoide (tumor adenomatoide ameloblástico).
- c) Tumor odontogénico epitelial calcificante.

2.- Cambio inductor acusado en el tejido conjuntivo.

- a) Fibroma ameloblástico.
- b) Fibrosarcoma ameloblástico.
- c) Odontoma
 - (a) Odontoma ameloblástico (odonto-ameloblástico).
 - (b) Dentinosarcoma ameloblástico.
 - (γ) Odontoma complejo.
 - (β) Odontoma compuesto.

Tumores Odontogénicos Mesodermales

- a) Mixoma y mixofibroma.
- b) Fibroma odontogénico.
- c) Cementoma
 - (a) Displasia cemental (fibrosa) periapical.
 - (b) Cementoblástoma benigno (verdadero).
 - (γ) Fibroma cementificante.
 - (β) Cementomas múltiples (gigantiformes) familiares.

CONCLUSIONES

- 1.- Los tumores odontogénicos constituyen un grupo de entidades de particular importancia en el perímetro de la patología oral.
- 2.- Es importante conocer básicamente estas lesiones, sólo así se podrán diagnosticar oportunamente, y por ende, se podrá instaurar una terapéutica adecuada en nuestros pacientes.
- 3.- Consideramos que el odontólogo debe estar perfectamente preparado para diagnosticar estas lesiones, cuyo tratamiento corresponde al terreno de la cirugía bucal.
- 4.- Todos los tumores odontogénicos son benignos (a pesar de la agresividad del ameloblástoma), todos son endostales (son lesiones centrales). Todos son de crecimiento lento.
- 5.- El diagnóstico debe ser definitivamente clínico e histológico. No se concibe otro tipo de procedimiento.

BIBLIOGRAFIA

- EDWARD V. ZEGARELLI.- Diagnóstico en Patología Oral.
- WALTER C. GURALNICK.- Tratado de Cirugía Oral.
- W.G. SHAFER, HINE, LEVY.- Patología Bucal.
- S.N. BHASKAR.- Sinopsis de Patología Oral.
- LESTER W. BURKET.- Medicina Bucal.
- J.L. BERNIER.- Enfermedades Orales.
- K. THOMA.- Patología Bucal.
- J.J. PINDBORG.- Atlas de Enfermedades Orales.
- J.L. JAFFE.- Tumores y Estados Tumoraes Oseos Articulares
- K. SCHUCHARDT.- Odontoestematología Alemana.
- R.B. LUCAS.- Pathology of Oral Tumors.
- J.J. PINDBORG, I.R.H. KRAMER.- Histological Typing of ----
Tumors and Allied Lesions.
- THOMA, GORLIN, GOLDMAN.- Patología Bucal.
- OSTRIA J.L., PORTILLA J.- Tumores Odontogénicos; Aspecto -
Clínico Radiográfico e Histopatológico. Rev. F.O., Vol. III
No. 12, Edición Especial, Febrero de 1976.
- GIUNTA, J.- Patología Bucal.