

81
2ej.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**EVALUACIÓN RADIOLÓGICA DEL
AMELOBLASTOMA**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANA DENTISTA.

PRESENTA:

LÍLIA MARTÍNEZ MATURANO

Vo Bo
[Signature]

DIRECTOR DE LA TESIS:

C.D. MARINO AQUINO IGNACIO (UNAM)

ASESORA:

C.D. MA. ELENA LETICIA GONZÁLEZ ÁVILA *[Signature]*
(UNAM)

ASESOR:

Dr. HÉCTOR MURRIETA GONZÁLEZ *[Signature]*
(INCAN)

ASESORA:

Dra. YOLANDA VILLASEÑOR NAVARRO.
(INCAN)



MÉXICO D.F.

1999

FALLA DE ORIGEN

275115



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PASINACIOM

DISCONTINUA.

AGRADECIMIENTOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

Y

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

*Por darme la oportunidad de haber realizado mi
seminario de titulación.*

*Al Dr. Marino Aquino Ignacio y Asesores, por el
apoyo recibido en el seminario de Imagenología.*

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a la Virgen de Guadalupe:

Por haberme dado una oportunidad más en la vida de haber terminado mi carrera y el seminario de titulación.

A mis padres:

Ma. de Lourdes Maturano

Miguel Martínez

Por ese gran apoyo incondicional que me han brindado toda la vida.

Y a los que quiero mucho

A mi esposo:

Tomás Hernández

Por alentarme y estar conmigo en todo.

Por la paciencia que me tuvo.

ÍNDICE

	página
Introducción	1
Planteamiento del problema	9
Justificación	9
Objetivo general	10
Objetivos específicos	11
Hipótesis	10
Material y métodos:	12
Tipo de investigación	11
Bibliografía	13 -14
Análisis de recolección de datos	16 -29
Resultados de la investigación	30 - 3 2
Conclusiones	34

La mayoría de los tumores y de cambios que simulan tumores en la región maxilar muestran una escasa sintomatología muy monótona. El síntoma más frecuente es la tumefacción, en la mayor parte de los casos en la zona de la apófisis alveolar, en el cuerpo mandibular, con extensión posterior y en la rama ascendente con extensión anterior. Si se añade el dolor, esto puede indicar una lesión agresiva. Un síntoma diagnóstico esencial es la pérdida de sensibilidad, sobre todo en el labio inferior¹. El siguiente paso diagnóstico consiste en llevar a cabo una exploración radiológica completa. Cuando se sospecha un tumor, es imprescindible una tomografía del maxilar afectado. Las radiografías dentales no bastan para el diagnóstico, ya que no proporcionan ninguna imagen de conjunto. Los hallazgos radiológicos más importantes incluyen osteólisis en la mandíbula y una opacidad con límites poco nítidos, demuestran².

Dentro de las zonas de osteólisis, puede encontrarse un gran número de lesiones, en especial concentraciones de cemento o hueso, con un mayor o menor densidad de hueso aisladas o coalescentes³.

Estos últimos cambios pueden delimitar una lesión, pero no diagnostican el tipo de tumor.

En la actualidad las nuevas técnicas de diagnóstico por imagen permiten efectuar muchas distinciones⁴.

En la mayor parte de los casos existe la necesidad de confirmar el diagnóstico de un tumor maxilar con una biopsia. Preferentemente como una biopsia abierta, para obtener suficiente material para el estudio histológico. En las pequeñas lesiones, se puede realizar una biopsia por escisión. Una condición previa para realizar una biopsia extensa de este tipo es aplicar anestesia, bien como anestesia de conducción, o como anestesia general.

¹ H. H. Cirugía oral y Maxilofacial, Ed. Masson, S.A., Segunda Edición.

² H. H. Cirugía oral y Maxilofacial, Ed. Masson, S.A., Segunda Edición.

³ H. H. Cirugía oral y Maxilofacial, Ed. Masson, S.A., Segunda Edición.

⁴ H. H. Cirugía oral y Maxilofacial, Ed. Masson, S.A., Segunda Edición.

También la interpretación histológica del material biopsiado puede causar problemas considerables, ya que diferentes tumores, tanto benignos como malignos, pueden mostrar una imagen histológica muy similar⁵.

TUMORES ODONTOGÉNICOS

Generalidades

Los tumores que derivan de los dientes y de su aparato de soporte son todavía más frecuentes que los tumores óseos, a pesar de que los dientes se originan por un complicado proceso doble de inducción, que puede ser la causa de malformaciones y de verdaderos tumores. Probablemente, ello se deba a que los dientes representan una estructura muy antigua desde el punto de vista de la filogenesis. Surgieron mucho antes que los huesos, de los denominados <<pequeños dientes membranosos>> (escamas placoides), como las que se encuentra hoy día en los tiburones⁶.

Estas formaciones membranosas migraron secundariamente a la cavidad oral y a los maxilares.

Alteraciones esenciales en el desarrollo dentario han fijado una provocación genética estable del desarrollo dentario, posiblemente por una escasa nutrición, por una escasa probabilidad de reproducción⁷. (1)

Desarrollo dentario.

En la mayoría de los mamíferos dentados, incluyendo al hombre los dientes se originan en un estadio muy precoz del desarrollo del feto, continúa en el organismo individualmente hasta los 25 años con la erupción de las muelas del juicio. De esta forma, el tejido embrionario de origen ectodérmico y mesodérmico está comprendido durante mucho tiempo en los maxilares, se

⁵ H. H. Cirugía oral y Maxilofacial, Ed. Masson, S.A., Segunda Edición.

⁶ H. H. Cirugía oral y Maxilofacial, Ed. Masson, S.A., Segunda Edición.

añaden pequeños focos de epitelio odontogénico y no odontogénico sin mesénquima.

A partir de este epitelio, pueden desarrollarse los quistes.

Además, en ocasiones, durante el desarrollo de los maxilares, partes del tejido de las glándulas salivales quedan atrapadas en el interior de los huesos⁸.

A partir de este tejido, es probable, que se desarrollen tumores tanto benignos como malignos.

Tras ese desarrollo de los gérmenes dentarios individuales, la lámina dentaria pierde su continuidad. El epitelio permanece encerrado en el tejido conjuntivo en grupos aislados. Puede ser el punto de partida para el desarrollo de los quistes⁹.

Clasificación

Desde que en el siglo XVIII y a principios del XIX se publicaron las primeras descripciones de los tumores odontogénicos, hasta 1868, año en el que por primera vez se estableció una clasificación basada en los estadios de desarrollo de los dientes, hasta 1946, la mayoría de tumores odontogénicos eran clasificados como ameloblastomas o como odontomas. En este año, se publicó la primera clasificación basada en el tejido de origen de los tumores.

En 1961, se eliminó el tumor odontogénico mixto como entidad y se reemplazó por el concepto de tumor epitelial con y sin poder inductivo sobre el mesénquima.

La mayoría de los tumores odontogénicos son benignos, según su carácter como malformaciones hamartomatosas.

⁷ H. H. Cirugía oral y Maxilofacial, Ed. Masson, S.A., Segunda Edición.

⁸ H. H. Cirugía oral y Maxilofacial, Ed. Masson, S.A., Segunda Edición.

⁹ H. H. Cirugía oral y Maxilofacial, Ed. Masson, S.A., Segunda Edición.

Aunque toda una serie de tumores odontogénicos responden a diferentes estadios del desarrollo dentario o de la inhibición del desarrollo posterior, esta observación se refleja en una distribución por grupo etario desde el ameloblastoma como el tumor más primitivo hasta el odontoma compuesto como el más complejo¹⁰.

Los tumores odontogénicos son neoplasias que provienen de la lámina dentaria o cualquiera de sus derivados. Además de su origen, tienen en común otras características¹¹:

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

2.- Generalmente su desarrollo es en el maxilar y mandíbula.

3.- Todos crecen lentamente¹².

¹⁰ H. H. Cirugía oral y Maxilofacial. Ed. Masson, S.A., Segunda Edición.

¹¹ S.N. Bhaskar. Pa S.N. Bhaskar. Patología Bucal, Ed, Ateneo, Segunda Edición.

¹² S.N. Bhaskar. Pa S.N. Bhaskar. Patología Bucal, Ed, Ateneo, Segunda Edición.

Frecuencia relativa de tumores odontogénicos de los maxilares

Lesión

Muestras	Tumores odontogénicos (%)	
Ameloblastoma	78	18,18
Adenoameloblastoma	14	3,26
Melanoameloblastoma	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 calcificado)	31	7,23
Tumores odontogénicos (raros)	14	3,26
	429	100,00

13

Una de las neoplasias que se presentan con mayor frecuencia es el ameloblastoma.

El ameloblastoma es un tumor odontógeno localmente agresivo, que crece considerablemente si no recibe tratamiento; esta lesión se origina en el epitelio odontógeno, sin embargo el mecanismo exacto se desconoce.

¹³ S.N. Bhaskar. Pa S.N. Bhaskar. Patología Bucal, Ed, Ateneo, Segunda Edición.

La mayor parte de los ameloblastomas se presentan en la mandíbula siendo la zona molar-rama la más frecuente. En el maxilar las zonas frecuentes son la región de molares, seno maxilar y piso nasal.

En 1885 Malassez nombra esta neoplasia como "adamantinoma", posteriormente en 1934 Churchill surgiere el término "ameloblastoma"¹⁴.

Los ameloblastomas pueden desarrollarse en conexión con el epitelio de la mucosa gingival y se denominan ameloblastomas periféricos. También pueden surgir por transformación neoplásica del epitelio de revestimiento intraluminal de un quiste dentífero¹⁵.

Su aspecto histológico es similar al de los elementos ameloblásticos de las cubiertas de esmalte de los dientes en desarrollo. Si no recibe tratamiento puede alcanzar un tamaño considerable, aunque habitualmente permanece localizado. Según se va desarrollando provoca una expansión ósea y la erosión de la cortical; con invasión de los tejidos blandos adyacentes¹⁶.

Características clínicas.

Esta lesión tiene predilección por el sexo masculino, con un promedio de edad de unos 35 a 40 años en el momento del diagnóstico. La mayoría de los ameloblastomas (80%) surgen en la región molar y la rama mandibular.

Con frecuencia, estos tumores son descubiertos durante una exploración odontológica rutinaria.

Aunque son de crecimiento lento apenas producen síntomas en las fases iniciales, el paciente empieza a observar posteriormente una asimetría facial progresiva¹⁷.

En el 95% de los ameloblastomas no tratados se observa una hinchazón de la mejilla, las encías o el paladar duro. La mucosa que recubre la masa

¹⁴ S.N. Bhaskar. Pa S.N. Bhaskar. *Patología Bucal*, Ed, Ateneo, Segunda Edición.

¹⁵ J. Farina, *Anatomía Patológica*, Ed. Salvat.

¹⁶ J. Farina, *Anatomía Patológica*, Ed. Salvat.

¹⁷ Paul W, Goaz, *Radiología Oral*, Ed. Traducción y Producción, Tercera Edición.

es normal, pero los dientes de la región afectada pueden estar desplazados y adquirir movilidad¹⁸.

Al crecer el tumor se puede palpar una induración ósea o percibir una crepitación por adelgazamiento del hueso. Si la lesión destruye el hueso que la recubre, la hinchazón puede ser dura o fluctuante si se produce una degeneración quística. Los tumores que surgen en el maxilar pueden extenderse a los senos paranasales, la órbita, la nasofaringe o alguna estructura vital de la base del cráneo¹⁹.

Características radiológicas.

La imagen varía en función de la fase de desarrollo y de que extienda o no a los tejidos adyacentes o no. En las fases iniciales de su desarrollo, la lesión está perfectamente delimitada y suele estar rodeada por un borde hiperostótico, lo que indica que su crecimiento es lento²⁰.

Esta lesión puede valorarse por radiografía simple, TAC y RMN.

Aunque se suele describir su aspecto radiológico como multilocular, la zona radiolúcida intraósea puede ser también unilocular. Los casos avanzados tienen mayor tendencia a presentar una configuración compartimentada en el seno del hueso, con diferentes tabiques que llegan hasta la zona radiolúcida²¹.

En algunos casos, debido al número y a la disposición de los tabiques, la zona puede adquirir aspecto de panal (con numerosos compartimentos de pequeño tamaño) o de pompas de jabón (con compartimentos mayores de tamaño)²².

¹⁸ Paul W, Goaz, Radiología Oral, Ed. Traducción y Producción, Tercera Edición.

¹⁹ Paul W, Goaz, Radiología Oral, Ed. Traducción y Producción, Tercera Edición.

²⁰ Paul W, Goaz, Radiología Oral, Ed. Traducción y Producción, Tercera Edición.

²¹ Paul W, Goaz, Radiología Oral, Ed. Traducción y Producción, Tercera Edición.

²² Paul W, Goaz, Radiología Oral, Ed. Traducción y Producción, Tercera Edición.

La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) son dos técnicas de diagnóstico muy útiles para el estudio de los ameloblastomas.

La TAC provee una información de los tejidos blandos y óseos, permitiendo clasificar la extensión del tumor a los tejidos blandos adyacentes y el grado de destrucción ósea, tiene el inconveniente de diferenciar pobremente el tejido normal de la zona de edema o fibrosis por la atenuación disminuida, esto es especialmente difícil cuando se ha recibido radiación previa a la cirugía.

Los artefactos por reparación metálica o implantes disminuyen la calidad de la imagen tomográfica.

La RM ofrece información sobre la afectación de los tejidos Scaneados, sin tener los artefactos visibles por TAC aunque presenta el inconveniente de los artefactos de movimiento.

El ameloblastoma muestra un marcado incremento en la intensidad de la señal en T2, y este hallazgo se correlaciona con histopatología,

Se identifica la interfase tumor - cicatriz, siendo valioso sobre todo en las recurrencias por la mejor definición del margen, y su realización en la evaluación preoperatoria es útil²³.

Tratamiento

Cualquiera que sea la técnica quirúrgica que se emplee para tratar un ameloblastoma, el cirujano debe tener en cuenta la tendencia que tiene esta neoplasia a invadir el hueso adyacente más allá de sus límites aparentes. La TC y la RM nos permiten identificar los límites del tumor. Si el ameloblastoma es relativamente pequeño, se puede proceder a extirparlo completamente por vía intraoral y sin necesidad de reseca el maxilar en

²³ *Heffez L, Mahmood, M, The of magnetic Resonance imaging in the diagnosis and management of ameloblastoma. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol 1988.*

todo su espesor, si es extenso, probablemente haya que proceder a una resección en bloque del maxilar para conseguir su excisión. Aunque se puede emplear la radioterapia con megavoltaje para reducir el tamaño del ameloblastoma (fundamentalmente de la parte que ha expandido el maxilar o ha invadido los tejidos blandos), no parece que éste sea un tratamiento adecuado para los ameloblastos operables. Su principal aplicación son los tumores inoperables, especialmente los de la zona posterior del maxilar superior²⁴.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA QUE SE PROPONE INVESTIGAR

Evaluar la incidencia del ameloblastoma en la población mexicana y específicamente I.N.can, así como la revisión de sus características clínico radiológicas.

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA QUE SE PROPONE INVESTIGAR

El ameloblastoma es un tumor poco frecuente en relación a las neoplasias de cabeza y cuello, y el más común de la región maxilar y mandibular, por lo que el conocimiento de su desarrollo y extensión son neoplasias para su correcto diagnóstico y tratamiento oportuno.

²⁴ *Paul W, Goaz, Radiología Oral*, Ed. Traducción y Producción, Tercera Edición.

HIPOTESIS DE TRABAJO

A pesar de ser una neoplasia benigna el ameloblastoma muestra un comportamiento agresivo que requiere un diagnóstico certero que permita establecer tratamientos oportunos.

HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN

Conocer la importancia de la aparición y detección del daño local y la extensión del ameloblastoma en la mandíbula mediante los estudios radiológicos complementarios existentes tanto la radiografía simple, la Tomografía axial computada y la Resonancia magnética.

HIPOTESIS NULA

No se requiere en la toma de radiografías para la detección la lesión ósea causada por el ameloblastoma.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia con que se presentó el ameloblastoma en el I.N.can en un período de 10 años.

Estudiar y analizar casos clínicos - radiológicos diagnosticados como ameloblastoma.

Comparar la estadística del I.N.can reportados en la literatura con los resultados.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- ◆ Observar los cambios óseos del ameloblastoma en Placa simple, Tomografía Computarizada y RM.
- ◆ Analizar la información clínica y los hallazgos radiológicos de pacientes con ameloblastoma.
 - ◆ Identificar la lesión y la extensión del paciente con ameloblastoma.
 - ◆ Clasificar la lesión y estadificar la extensión de la lesión.
 - ◆ Realizar el análisis de los datos recopilados.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

- ◆ Retrospectivo.
- ◆ Estadístico.
- ◆ Analítico.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se revisarán expedientes clínicos y radiológicos del Instituto Nacional de Cancerología, de los casos reportados histopatológicamente con diagnóstico de ameloblastoma en un período de los últimos 10 años.

MATERIAL Y METODOLOGIA

Se realizará la revisión retrospectiva de los datos clínicos y la correlación con los hallazgos radiológicos y tomográficos de los casos con diagnóstico histológico de ameloblastoma en el Instituto Nacional de Cancerología.

El estudio se basa en la revisión de expedientes clínicos y radiográficos. Se analizará Edad, Sexo, Manifestaciones clínicas , Hallazgos radiológicos y Evaluación del Tratamiento.

MATERIAL

- ♣ Hojas de Estadística.
- ♣ Computadora.
- ♣ Negatoscopio

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Dr. William G. Shafer. Tratado de Patología Bucal.. Ed. Interamericana
Cuarta Edición, Agosto 1991.**
- 2.- S. N. Bhaskar Patología Bucal. Ed. Ateneo. Segunda Edición,
Junio 1975.**
- 3.- J. Farina Anatomía Patológica. Ed. Salvat, 1990.**
- 4.- Paul W. Goaz, Radiología Oral, Ed. Traducción y Producción,
Tercera Edición.**
- 5.- Regezi JA, Courtney RM. Odontogenic tumors. J Oral
Surg, 1978.**
- 6.- Bernhoft CH, Bang G, Gilhuss-Moe O. Ameloblastic
fibroodontoma Int J oral Surg, 1979.**
- 7.- Hawkins PL, Sadeghi EM. Ameloblastic fibro -odontoma: J Oral
Maxillofac Surg, 1986.**
- 8.- Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M.
Histological typing of odontogenic tumors.
Berlin: Springer-Verlag, 1992.**
- 9.- Yoshimura Y, Saito H. Desmoplastic variant of mandibular. J
Oral Maxillofac Surg, 1990.**

10.- Tanimoto K, Saito H. Desmoplastic variant of ameloblastoma. J Oral Maxillofac Surg, 1991.

11.- Higuchi Y, Nacamura N, Ohishi M, Tashiro H. Unusual ameloblastoma with extensive stromal desmoplasia. J Craniomaxillofacial Surg, 1991.

12.- Heffez L, Mahmood, M. The use of magnetic Resonance imaging in the diagnosis and management of ameloblastoma. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol 1988.

CRONOGRAMA

MES	ACTIVIDADES
09 26 Feb 99.	Revisión bibliográfica.
01 12 Mar 99.	Revisión de expediente y recopilación de datos.
12 02 Abr 99.	Análisis de recolección de datos.
02 16 Abr 99.	Resultados conclusiones y discusión.
16 30 Abr 99.	Presentación del Trabajo final.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Folio: 882874.

- 1.- Nombre : F P C.
- 2.- Sexo: Masculino.
- 3.- Edad: 58 años.
- 4.- No. de Expediente: 882874.

5.- Datos Clínicos: Inició hace 3 años, notó crecimiento de tumor mandibular y se identifica tumor de mandíbula con protrusión en casquete de esfera sin romper la mucosa de piso de boca, tumor no doloroso, de superficie lisa.

Ameloblastoma Plexiforme, con cambio quístico de maxilar recurrente con invasión a piso de boca.

6.- Tiempo de evolución: (Inicio de síntomas hasta el momento de la consulta).

Día 15 Mes Octubre Año 1985.

Día 22 Mes Noviembre Año 1988.

- 7.- Forma : Irregular.
- 8.- Contorno: Bien definido.
- 9.- Tamaño : 3x2 cm.
- 10.- Hueso afectado : Mandíbula.
- 11.- Destrucción de hueso : Si.
- 12.- Diagnóstico histopatológico: Se

observan fragmentos de encía infiltrada por una neoplasia de extirpe epitelial que forma estructuras pseudoroetoides, conformadas por células alargadas de citoplasma escamoso, eosinófilos, núcleos alargados en forma de "zanahoria", con cromatina granular. Los bordes y el lecho quirúrgico del espécimen se encuentran libres de neoplasia.

HOJA DE RE COLECCIÓN DE DATOS

Folio: 882943.

- 1.- Nombre: M A E.
2.- Sexo: Femenino,
3.- Edad: 20 años.
4.- No. de Expediente: 882943.

5.- Datos Clínicos: Hace 2 meses notó la aparición de una lesión en surco gingivolabial inferior del lado derecho, misma que fué creciendo con deformación facial a nivel mandibular por lesión en cavidad oral, en encía de 6x3 cm que abarca del primer molar derecho a canino izquierdo, y piso de boca a mucosa de labio. La lesión no parece involucrar la mucosa, es de consistencia dura (ósea), no dolorosa a la palpación, que ha deformado toda la dentadura inferior derecha por desplazamiento de las piezas dentales. Resto de la cavidad oral normal.

6.- Tiempo de evolución: (Inicio de síntomas hasta el momento de la consulta).

Día 15 Mes Julio Año 1988.

Día 29 Mes Septiembre Año 1988.

- 7.- Forma: Irregular.
8.- Contorno: Mal definido
9.- Tamaño: 6x3 cm.
10.- Hueso afectado: Mandíbula.
11.- Destrucción de hueso: Si.
12.- Diagnóstico histopatológico: Ameloblastoma mandibular

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Folio: 893124.

- 1.- Nombre: M A T.
- 2.- Sexo: Femenino.
- 3.- Edad: 15 años.
- 4.- No. de Expediente: 893124.

5.- Datos Clínicos: Inicia hace 1 año con aumento de volumen en la región mandibular izquierda, lentamente progresivo, no doloroso, duro, fijo, que deforma la cara de dimensiones aproximadas de 10x10 cm hacia abajo rebasa el borde inferior de la mandíbula hacia arriba llega al cigomático.

Al la exploración de cavidad oral el aumento de volumen protruye el vestíbulo bucal izquierdo, la región geniana a expensas de tumoración dura, con mucosa de revestimiento normal, piso de boca y paladar óseo, lengua normal, en arcada dentaria superior se observa aumento de volumen que provoca deformación de encía, duro, no doloroso y revestido de mucosa normal.

En la orofaringe la amígdala palatina izquierda protruye hacia la úvula a contactar con ella, de mucosa normal.

Ameloblastoma quiste odontogénico maxilar inferior.

6.- Tiempo de evolución: (Inicio de síntomas hasta el momento de la consulta).

Día 12 Mes Octubre Año 1988.

Día 17 Mes Octubre Año 1989.

7.- Forma: Redonda.

8.- Contorno: Bien definidos.

9.- Tamaño: 10x10 cm.

10.- Hueso afectado: Mandíbula.

11.- Destrucción de hueso: Si.

12.- Diagnóstico histopatológico: Los cortes histológicos muestran una proliferación neoplásica del epitelio ameloblástico el cual forma estructuras tubulares cordones irregulares anastomosantes de células cúbicas u ovoides de escaso citoplasma acidófilo, núcleo basófilo, incluidas en un estroma fibroso, hialinizado, otras áreas muestran una matriz mixoide laxa con escasas células fusiformes radiculares.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Folio: 901711.

- 1.- Nombre: J B A.
- 2.- Sexo: Femenino.
- 3.- Edad: 13 años.
- 4.- No. de expediente: 901711.

5.- Datos Clínicos.: Refiere que en mayo-89, presenta dolor del molar inferior izquierdo ha notado deformidad facial a expensas de crecimiento de mejilla y región izquierda a la abertura se encuentra leve desviación hacia la izquierda

En encía se encuentra lesión excrecente de aproximadamente 3 cm, que asienta sobre tumor en mandíbula, que se palpa hasta el ángulo de la mandíbula y canino, e involucra partes blandas de carrillo, el cual se encuentra indurado.

Ameloblastoma de mandíbula izquierda.

6.- Tiempo de evolución: (Inicio de síntomas hasta el momento de la consulta).

Día 11 **Mes** Mayo **Año** 1989.

Día 8 **Mes** Diciembre **Año** 1991.

7.- Forma: Ovoidea.

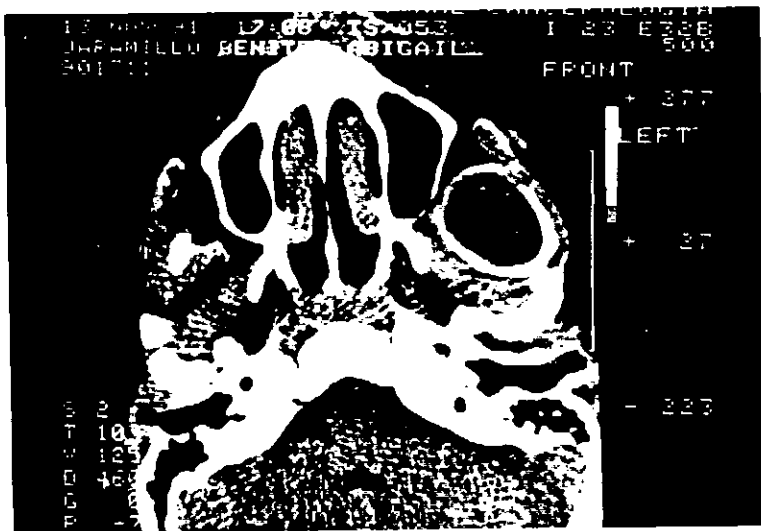
8.- Contorno: Bien definido.

9.- Tamaño: 3 cm.

10.- Hueso afectado: Mandibula.

11.- Destrucción de hueso: Si.

12.- Diagnóstico histopatológico: Los múltiples cortes histológicos muestran a fragmentos de tejidos compuestos por glandulas salivales mucosas, fragmentos óseos, de los cuales depende a una neoplásia homogénea formada por masas de células poligonales y redondas de citoplasma acidofilo, núcleo vesicular ocasionales mitosis atípicas, rodeando a un estroma laxo de células alargadas de citoplasma acidófilo núcleo vesicular. Además se observan extensas áreas de necrosis, hemorragia y neoformación de vasos sanguíneos de pequeño calibre. Otros cortes muestran fragmentos de músculo esquelético sin alteraciones.



HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Folio: 911993.

PRIMER INGRESO.

- 1.- Nombre: V L S.
- 2.- Sexo: Masculino.
- 3.- Edad: 33 años.
- 4.- No. de Expediente: 911993.

5.- Datos Clínicos: Inicia hace 4 años con dolor en encía inferior derecha acompañado de pérdida dental con extracción de las mismas. La tumoración continuó aumentando de tamaño. Tumoración en boca sobre encía inferior derecha de 3x3 cm con anodoncia de la zona, adenomegalia y ugulodigástrica ipsilateral, alteraciones neutrales, no erosión de la mucosa, resto normal.

Ameloblastoma de tipo acantomatoso.

6.- Tiempo de evolución: (Inicio de síntomas hasta el momento de la consulta).

Día 17 **Mes** Mayo **Año** 1986.

Día 20 **Mes** Junio **Año** 1991.

7.- Forma: Irregular.

8.- Contorno: Mal definido.

9.- Tamaño: 4x3 cm.

10.- Hueso afectado: Mandíbula.

11.- Destrucción de hueso: Si.

12.- Diagnóstico histopatológico: Cortes histológicos muestran neoplasia benigna de origen odontogénico epitelial compuesta por cordones de epitelio ameloblástico unido y dispuestos en un retículo estrellado central, conformación de microquistes y quistes con focos de queratinización rudimentaria.

SEGUNDO INGRESO.

- 1.- Nombre: V L S.
- 2.- Sexo: Masculino.
- 3.- Edad: 33 años.
- 4.- No. de Expediente: 911993.
- 5.- Datos Clínicos: Presenta antecedentes de haber sido operado hace 6 años el cual presenta recidiva, en la mandíbula derecha esta programado para hemimandibulectomia con reconstrucción.
Tiene solo molestias al masticar los alimentos.
Ameloblastoma acantomatoso.
- 6.- Tiempo de evolución: (Inicio de síntomas hasta el momento de la consulta).
- | | | | | | |
|-----|----|-----|-------|-----|-------|
| Día | 22 | Mes | Junio | Año | 1997. |
|-----|----|-----|-------|-----|-------|
- 7.- Forma: Irregular.
- 8.- Contorno: Mal definido.
- 9.- Tamaño: 4x3 cm.
- 10.- Hueso afectado: Mandíbula.
- 11.- Destrucción de hueso: Si.
- 12.- Diagnóstico histopatológico: Curetaje de mandíbula derecha por ameloblastoma hace 6 años e impactación del lecho quirúrgico con médula de tibia izquierda.
Ahora con recurrencia en mandíbula.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Folio: 913267.

- 1.- Nombre: M G C.
2.- Sexo: Femenino.
3.- Edad: 16 años.
4.- No. de Expediente: 913267.

5.- Datos Clínicos: Inicia su padecimiento en mayo-91, al notar pequeña tumoración en región mandibular del lado derecho, que ha presentado crecimiento constante, niega dolor, pérdida de piezas dentales y síntomas asociados.

Restos radiculares en molares, piso normal del lado derecho a nivel de incisivos laterales a premolares la mucosa del surco gingivolabial se encuentra desplazada por tumor de mandíbula de consistencia dura homogénea de aspecto nodular que mide en forma aproximada 5x3 cm.

6.- Tiempo de evolución: (Inicio de síntomas hasta el momento de la consulta).

Día 9 Mes Mayo Año 1991. Día 11 Mes
Noviembre Año 1991.

- 7.- Forma:
8.- Contorno:
9.- Tamaño: 5x3 cm.
10.- Hueso afectado:
11.- Destrucción de hueso:
12.- Diagnóstico histopatológico:

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Folio: 913455.

1.- Nombre: C C M.

2.- Sexo: Masculino.

3.- Edad: 29 años.

4.- No. de Expediente: 913455.

5.- Datos Clínicos: Inicia hace 3 meses con aumento de volumen en la encía inferior izquierda a nivel del contorno mandibular; por vía oral se aprecia un crecimiento de la rama mandibular izquierda a expensas de tejido óseo, los límites son más ó menos bien delimitados, el tumor mide aproximadamente 4x3 cm no afecta estructuras adyacentes.

Ameloblastoma de tipo Folicular.

6.- Tiempo de evolución: (Inicio de síntomas hasta el momento de la consulta).

Día 16 Mes Julio Año 1991.

Día 28 Mes Octubre Año 1991.

- 7.- Forma: Ovoidea.
8.- Contorno: Bien definidos.
9.- Tamaño: 4.5 cm.
10.- Hueso afectado: Mandíbula.
11.- Destrucción de hueso: Si.

12.- Diagnóstico histopatológico: Se identificarán islas de células epiteliales con un estroma de tejido conjuntivo fibroso. La periferia de las islas está formada por células ameloblásticas. Las células más externas se parecen a las del epitelio dental interior, estas son cilíndricas altas, con el núcleo situado contrariamente a la membrana basal. El tejido óseo sin alteraciones. En los cortes de encía izquierda se identifica epitelio plano estratificado no queratinizado y en el tejido subyacente numerosos vasos sanguíneos de pequeño calibre, así como infiltrado inflamatorio de linfocitos y células gigantes multinucleadas.



HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Folio: 950801

- 1.- Nombre: G L A.
2.- Sexo: Masculino.
3.- Edad: 34.
4.- No. de Expediente: 950801.

5.- Datos Clínicos: Lo inicia aproximadamente 2 años y medio en el primer molar inferior se aprecia deformidad mandibular a expensas de un tumor dependiente de la rama horizontal izquierda, de la mandíbula de aproximadamente de 8x9 cm. Con aparente involucro de tejidos blandos, en la cavidad oral no se aprecia anormalidad. Existe movilización al tacto de los molares inferiores izquierdas a nivel del tumor.

Ameloblastoma rama horizontal, mandibular izquierda.

6.- Tiempo de evolución: (Inicio de síntomas hasta el momento de la consulta).

Día 15 Mes Junio Año 1993.

Día 14 Mes Marzo Año 1995.

- 7.- Forma: Redondeada.
8.- Contorno: Bien definidos.
9.- Tamaño: 8x9 cm.
10.- Hueso afectado: Mandíbula.
11.- Destrucción de hueso: Si.
12.- Diagnóstico histopatológico: Ameloblastoma de la rama horizontal mandibular izquierda.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Folio: 963515.

- 1.- Nombre: L R V.
2.- Sexo: Masculino.
3.- Edad: 35 años.
4.- No. de Expediente: 963515.

5.- Datos Clínicos: Inicio padecimiento hace 4 años, con crecimiento tumoral en piso de boca, lado derecho, con crecimiento lento por lo cual fue sometido a cirugía referida.

Actualmente tiene año y medio de evolución, con reaparición en el mismo sitio con crecimiento lento, no doloroso, niega otra sintomatología. Cavidad oral; con crecimiento tumoral que compromete región gingival derecho y piso de boca ipsilateral fiable.

Ameloblastoma Plexiforme.

6.- Tiempo de evolución: (Inicio de síntomas hasta el momento de la consulta).

Día 5 Mes Octubre Año 1992.

Día 21 Mes Noviembre Año 1996.

- 7.- Forma: Irregular
8.- Contorno: Mal definido.
9.- Tamaño: 6x5 cm.
10.- Hueso afectado: Mandíbula.
11.- Destrucción de hueso: Si.
12.- Diagnóstico histopatológico: Ameloblastoma plexiforme.





ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

RESULTADOS

En base al estudio realizado en el Instituto de Cancerología basado en la frecuencia de aparición de ameloblastoma con un total de 10 pacientes.

De los cuales , 2 pacientes no llevaron a cabo todos los pasos a seguir de su tratamiento, por lo consiguiente son pacientes que dejaron de asistir al I.N.can.

TOTAL DE PACIENTES 10.

Grup de edad por Años.	# de casos	%
10 a 20 Años.	4	40 %.
21 a 30 Años.	1	10 %.
31 a 40 Años.	4	40 %.
41 a 50 Años.	0	
51 a 60 Años.	1	10 %.

Sexo	Localiz	Bordes	Septos
M= 60%	30% mandíb. 30% rama horiz.	30%	

Destrucc.	Dx Histolog	Residiva
60% mandíb.	20% Amel. Plex. 10% Amel. Acantom 20% Amel Mandíb. 20% Mixoma.	20%

Tiempo. Evolución.

Paciente : M.

- | | |
|---------------------------------|-------|
| 1.- 3 meses de evolución: | 10 %. |
| 2.- 12 a 24 meses de evolución: | 20 %. |
| 3.- 36 a 48 meses de evolución: | 30 %. |
| 4.- 72 meses de evolución: | 10 %. |

Sexo	Localiz	Bordes	Septos
F= 40%	40% mandíbula.		10 %.

Destrucc.	Dx Histolog	Residiva
20% mandíb	20% Amel Mandíbular. 10% Quiste Dentífero.	

Tiempo. Evolución.

Paciente : F.
 5.- 2 meses de evolución : 10 .
 6.- 12 a 24 meses de evolución : 20 %.

CONCLUSIONES

En relación a la literatura de la muestra no es significativa debido a un escaso número de pacientes registrados por la misma rareza del tumor, pero que conservan todas las características de imagen, evolución e histopatológicas coincidentes con la literatura.