



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**Tumores Odontogenicos: Guía, Diagnóstico  
y Estudio**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A N  
MARIA DE LOURDES GALLEGOS SEGURA  
NORMA DEYFIDIA DE JESUS MOO  
JIMENEZ**

1984



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.

# TEMARIO

## TEMA 1

- 1.1 Generalidades de los Tumores Odon -  
togénicos.

## TEMA 2

- 2.1 Clasificación de los Tumores Odonto -  
génicos.
  - a) Típica.
  - b) Histológica.

## TEMA 3

- 3.1 Historia Clínica.
- 3.2 Pruebas de Laboratorio y Pruebas de  
Gabinete.
- 3.3 Biopsia.

## TEMA 4

- 4.1 Displasia Periapical Cementificante  
(cementoma).
- 4.2 Clínicamente.
- 4.3 Microscópicamente y Radiográficamen -  
te.
- 4.4 Diagnóstico y Pronóstico.
- 4.5 Cementoma Gigantiforme.
- 4.6 Clínicamente.
- 4.7 Microscópicamente y Radiográficamen -  
te.
- 4.8 Diagnóstico y Pronóstico.
- 4.9 Fibroma Cementificante.
- 4.10 Clínicamente.
- 4.11 Microscópicamente y Radiográficamen -  
te.

## 4.12 Diagnóstico y Pronóstico.

### TEMA 5

- 5.1 Fibromixoma
- 5.2 Clínicamente.
- 5.3 Microscópicamente y Radiográficamente.
- 5.4 Diagnóstico y Pronóstico.
- 5.5 Fibroma Ameloblástico (Neoplasia).
- 5.6 Clínicamente.
- 5.7 Microscópicamente y Radiográficamente.
- 5.8 Diagnóstico y Pronóstico.

### TEMA 6

- 6.1 Odontoma Complejo.
- 6.2 Clínicamente.
- 6.3 Microscópicamente y Radiográficamente.
- 6.4 Diagnóstico y Pronóstico.
- 6.5 Odontoma Compuesto Combinado.
- 6.6 Clínicamente.
- 6.7 Microscópicamente y Radiográficamente.
- 6.8 Diagnóstico y Pronóstico.

### TEMA 7

- 7.1 Ameloblastoma.
- 7.2 Clínicamente.
- 7.3 Microscópicamente y Radiográficamente.
- 7.4 Diagnóstico y Pronóstico.
- 7.5 Ameloblastoma Mural.
- 7.6 Clínicamente.
- 7.7 Microscópicamente y Radiográficamente.

- 7.8 Diagnóstico y Pronóstico.
- 7.9 Ameloblastoma Acantomatoso.
- 7.10 Clínicamente.
- 7.11 Microscópicamente y Radiográficamente.
- 7.12 Diagnóstico y Pronóstico.
- 7.13 Ameloblastoma Simple o Quístico.
- 7.14 Clínicamente.
- 7.15 Microscópicamente y Radiográficamente.
- 7.16 Diagnóstico y Pronóstico.
- 7.17 Ameloblastoma Adenomatoides.
- 7.18 Clínicamente.
- 7.19 Microscópicamente y Radiográficamente.
- 7.20 Diagnóstico y Pronóstico.
- 7.21 Melano Ameloblastoma o Tumor Neuroectodérmico.
- 7.22 Clínicamente.
- 7.23 Microscópicamente y Radiográficamente.
- 7.24 Diagnóstico y Pronóstico.
- 7.25 Hemangio Ameloblastoma.
- 7.26 Clínicamente.
- 7.27 Microscópicamente y Radiográficamente.
- 7.28 Diagnóstico y Pronóstico.
- 7.29 Ameloblastoma Plexiforme (Tumor de Pindborg).
- 7.30 Clínicamente.
- 7.31 Microscópicamente y Radiográficamente.
- 7.32 Diagnóstico y Pronóstico.
- 7.33 Ameloblastoma de Células Granulares.
- 7.34 Clínicamente.

- 7.35 Microscópicamente y Radiográficamente.
- 7.36 Diagnóstico y Pronóstico.
- 7.37 Sarcoma Ameloblástico.
- 7.38 Clínicamente.
- 7.39 Microscópicamente y Radiográficamente.
- 7.40 Diagnóstico y Pronóstico.
- 7.41 Carcinoma Ameloblástico.
- 7.42 Clínicamente
- 7.43 Microscópicamente y Radiográficamente.
- 7.44 Diagnóstico y Pronóstico.
- 7.45 Carcinoma Adamantoide.
- 7.46 Clínicamente.
- 7.47 Microscópicamente y Radiográficamente.
- 7.48 Diagnóstico y Pronóstico.

## TEMA 8

- 8.1 Tratamiento Quirúrgico de los tumores.
  - a) En Maxilar.
  - b) En Mandíbula.

## PRINCIPIOS GENERALES

Que es diagnóstico?

Es la habilidad y destreza del clínico, para descubrir, reconocer, y saber la naturaleza del proceso patológico, o sea, estar familiarizado con la evolución y el desarrollo de la anomalía (Patogenia) Para tener éxito en el diagnóstico, se deben conocer no solo los signos clínicos de la enfermedad, si no aquellas facetas relacionadas con ella, como las causas, patogenia y manifestaciones rotgenológicas e histopatológicas.

Diagnóstico clínico. -

El tumor o Tumores Odontogénicos, puede crecer en forma muy marcada o no expandirse demasiado, en algunos casos se derivan de un quiste, por ejemplo, Quistes foliculares, o sea lesiones quísticas; El ameloblastoma Adematoide o Adeno, - hay que hacer diagnóstico diferencial con el quiste dentigero.

Diagnóstico Radiológico. -

Este estudio es de gran ayuda, porque constituye un método rápido de identificación pero debe limitarse a la observación de aquellas enfermedades cuyas características y aspecto radiográfico sean - específicos y patognomónicos, los tumores se pueden observar en la radiografía como zonas radiópacas y radiolúcidas.

Diagnóstico Diferencial. -

Los tumores del maxilar o la mandíbula - han de ser identificados de una manera o forma - concisa de un cierto número de clasificación, por ejemplo, tumores inflamatorios (granulomas) fibromatosis gingivales etc. Los tumores del maxilar y

mandibula tienen tendencia a erocionar las raíces dentales.

Los métodos de diagnóstico, nos van a ayudar a definir que tipo de patología podría tener un paciente y gracias a ellos podemos saber que tipo de tratamiento podemos hacer según el caso que se presente.

Tumor. -

Significa, refiriendose a cualquier agrandamiento de tejido localizado o cualquier crecimiento ya sea la enfermedad de naturaleza inflamatoria, - quística o neoplásica en otra forma, la mayoría de cánceres de la boca son tumores, pero no todos los tumores son cancerosos.

El cirujano Dentista, debe estar capacitado para detectar o diagnosticar las enfermedades tumorales de la boca y de los maxilares incluyendo las neoplásias malignas y benignas.

El Cirujano Dentista necesariamente debe - mirar, palpar y tratar, sobre y dentro, los diversos tejidos y estructuras de la boca, para así poder cumplir con un buen diagnóstico en relación - - con los tumores del maxilar y la mandíbula.

El Odontólogo debe tener una clasificación de tumores eficaz, lógica, simple y práctica.

a) Tumores Inflamatorios (Granulomas), entre los que se encuentra; El granuloma Gingival, el Tejido redundante, Hiperplasia palatina (Pseudo Papilomatosis), Epulis Granulomatosa (Granuloma Cavitario), Pulpoma (Pulpa polipoide), Granuloma periapical, Hemangiogranuloma, Granuloma Preparativo de células gigantes (Epulis), Granuloma Piogéno,



## Tumor del embarazo.

b) Fibromatosis Gingivales, entre las que se encuentran; Bolsas de las tuberosidades (bolsas retromolares, bolsas palatinas, Fibromatosis irritativa, por Dilantin), (Hiperplasia Gingival por dilantin) y Fibromatosis Gingival Hereditaria Idiopática o Congénita).

c) Neoplasias Benignas, entre ellas se encuentran; Fibroma, Papiloma, Hemangioma, Mioblastoma, etc. y las Neoplasias Benignas Centrales o Intraóseas, como el Condroma, Mixoma, Fibroma Osificante.

d) Queratosis: Hiperqueratosis, Leucoplasia el Liquen Plano y Otras.

e) Las Neoplasias Malignas, primarias y metastásicas como; El carcinoma de Células Escamosas, El Carcinoma de Células Basales, la Leucemia, el Linfoma, el Melanoma y Otras.

f) Neoplasias Mixtas; el Ameloblastoma, los Tumores Mixtos, etc.

g) Las enfermedades quísticas de la boca y de los maxilares tales como; Los quistes radicales del desarrollo y también los quistes de retención y del desarrollo en los tejidos blandos.

h) Las enfermedades del tejido fibroso; El Cementoma, la displasia fibrosa, la enfermedad fibrosa de los maxilares, y la enfermedad ósea de Paget.

## PERIODOS CLINICOS DE LOS TUMORES ODONTO - - GENICOS.

### 1. - PERIODO DE INICIACION. -

A este periodo se le denomina periodo silen -  
cioso, pues ningún síntoma clínico revela su presen -  
cia. Es el periodo de origen del tumor; se inicia en -  
el interior del maxilar, sin molestias ni sintomatolo -  
gía de ninguna clase.

Son a veces descubrimientos radiográficos, -  
cuando otros motivos se investiga radiográficamente  
en los maxilares.

### 2. - PERIODO DE DEFORMACION. -

Puesto en marcha el tumor (ya en la defini -  
ción de tumor está esbozado el concepto de marcha -  
persistencia y crecimiento), el proceso aumenta de -  
volumen, a expensas del hueso donde esta alojado el -  
tumor. Esta marcha, característica del tumor benigno, -  
la hace rechazando el hueso atrofiandolo por com -  
presión, sin hacerlo formar parte del mismo.

Las tablas óseas, por lo tanto, son rechaza -  
das por el tumor que esta unido de un poder de cre -  
cimiento extraordinario. El hueso se deforma en gra -  
do variable, según sea el volumen del proceso; la ta -  
bla extensa en general es la más prontamente formada  
(sobre todo en el maxilar inferior. La bóveda palatina  
da muestras prematuramente, de los tumores odonto -  
génicos que alberga.

### 3. - PERIODO DE EXTERIORIZACION. -

La resistencia ósea no es infinita. Llega un  
momento en que el hueso no puede ceder más, o ha -  
desaparecido por atrofia, ante el avance tumoral.

El tumor se exterioriza, se pone en contacto con el medio bucal, separado de este solo por el periostio y tejido gingival, que permanece como reducto inexpugnable, aun en tumores de gran tamaños.

En estos dos periodos, el tumor que ha adelgazado las tablas oseas y las ha dejado papiraceas, permite ser reconocido clínicamente por el síntoma denominado por crepitación apergaminada.

Destruído el hueso, desaparece este síntoma, y el proceso de otra sintomatología; resistencia, fluctuación o dureza.

#### 4. - PERIODO DE SUPURACION. -

La supuración no es mas que una complicación en la marcha del tumor, pudiendo suceder tal contingencia en cualquiera de los tres primeros periodos.

La supuración complica la evolución de los tumores odontogenicos. El pus debe abrirse camino, quirúrgicamente o espontáneamente, y la sintomatología adquiere otras características que serán estudiadas en cada tumor en particular.

## TEMA 1

### 1.1 Generalidades de los tumores Odontogénicos.

Para poder hacer un buen diagnóstico de los Tumores Odontogénicos es necesario estudiar sus generalidades y analizar su etiología, signos y síntomas, lugar donde se localiza, edad y sexo de los pacientes y su tratamiento.

#### Tumores Mesenquimatosos. -

**Cementoma o Displasia Periapical Cementificante.** Es una lesión periapical, asintomática, comprende un poco más del 10% de los Tumores Odontogénicos de los maxilares.

Es 10 veces más común en las mujeres -- en el hombre y suele presentarse después de la segunda década de vida; Estas lesiones pueden ser únicas o múltiples. Son lesiones raras muy expansivas de crecimiento lento, abarcan las corticales.

#### Fibroma Cementificante. -

Es un tumor muy raro que no se relaciona con los ápices dentarios, esto lo distingue del cementoma, por lo común es solitario, puede ser asintomático y producir un agrandamiento del maxilar. Se presenta en personas de edad avanzada, tiene predilección por la zona premolar y molar mandibular se encuentra como gotitas de cemento.

### Cementoma Gigantiforme. -

Se presenta más en las mujeres de raza negra, se observa como grandes masas densas y no están delimitadas por un borde radiolúcido. Se asocia a la herencia.

### Mixoma Odontogénico. -

Constituye el 6% de los tumores Odontogénicos de los maxilares y debe ser distinguido del verdadero Mixoma.

Es más frecuente en el maxilar que en la mandíbula y suele presentarse en individuos menores de 35 años, está asociado con un diente retenido; Es de crecimiento lento y asintomático pero con el tiempo puede producir una expansión localizada del maxilar.

### Fibroma Odontogénico. -

Representa el 23% de los Tumores Odontogénicos de los maxilares y se presenta similar a un quiste dentífero, afecta tanto a las mujeres como a los hombres y por lo general se presenta en la segunda década de la vida, es más frecuente en la mandíbula que en el maxilar siendo el tercer molar y el canino sus zonas favoritas. Es asintomático y casi siempre se asocia a un diente retenido.

### Tumores Mixtos (Epitelial y Mesenquimatoso)

#### Fibroma Ameloblástico

Representa el 2.5% de los tumores Odontogénicos de los maxilares y se presenta a edad temprana, presenta elementos epiteliales y mesenquimatosos. El epitelio es muy semejante al de los dientes, no se forma esmalte ni dentina.

La zona preferida de este tumor es la molar mandibular y se presenta en gente joven en promedio los 14 años, no tiene predilección por el sexo, es expansivo y asintomático. Es una lesión radiolúcida y puede ser uni o multilocular.

#### Fibromixoma. -

Este tumor es mixto, ataca básicamente a los maxilares se origina en el mesenquima de la lámina.

Ataca de la segunda década de la vida a la tercera, su aspecto es más o menos normal e igual al Ameloblastoma pero no es tan agresivo e infiltrativo, como el ameloblastoma.

No tiene predilección por el sexo es más leve en la mandíbula que en el maxilar. Resulta ser muy expansivo y es una lesión central, puede abarcar las corticales y es asintomático.

#### Ameloblastoma simple. -

Es de tipo histológico; se compone exclusivamente de epitelio; Se origina a partir de la lámina dentaria o sus derivados, órganos del esmalte, restos epiteliales o quistes foliculares; La edad en que aparece es entre los 20 y 50 años su promedio es de 39 años. Puede destruir las corticales y puede provocar disparos de procesos malignos.

La gran mayoría de estos tumores (80% - 85%) se localiza en la zona retromolar mandibular, en maxilar es un 50% .

Es asintomático, hay que hacer diferencia histológica entre el mural y el simple.

Por lo general el ameloblastoma crece lentamente, la masa puede ser de varios centímetros de tamaño y ocupa un espacio considerable, no tiene predilección por el sexo y la raza.

#### Acantoameloblastoma.-

Es idéntico el ameloblastoma simple, en todo sentido excepto en su aspecto microscópico. El tumor consiste en islotes epiteliales compuestos de células escamosas y pueden estar queratinizados.

#### Adeno-ameloblastoma o tumor odontogénico Epitelial.-

Comprende cerca del 3% de los tumores Odontogénicos de los maxilares, se presenta en la segunda década de la vida, es más común en las mujeres que en los hombres.

Ataca en el maxilar, en la zona de caninos su localización preferida.

Se asocia con dientes retenidos, por ello es necesario hacer Diagnóstico diferencial con el quiste dentífero. El tumor puede ser asintomático o producir agrandamiento.

#### Melano-Ameloblastoma o Tumor neuroectodérmico.

Se le conoce también como Melanótico de la Infancia, se caracteriza porque tiene Neuro-ectodérmico y a veces llega a encontrar en la retina, se presenta en la edad de 6 meses de vida.

El tumor se compone de 2 tipos de células epiteliales reunidas en islotes separados por haces de tejido conectivo. Presenta un abultamiento de labio en la zona anterior, provocando dificultad para la succión.

#### Emangio Ameloblastoma. -

La matriz del tumor es muy vascularizada, tiene una coloración púrpura ó violácea, la eliminación de este tumor puede traer una hemorragia. Radiográficamente presenta una zona radiolúcida - multifolicular.

#### Tumores Odontogenos Raros. -

Tumor de Pindborg o tumor de Calcificación distrófica con células tumorales degenerativas, se cree que procede del epitelio del esmalte, que tiene origen de la quinta a la sexta década de la vida en la zona premolar y molar.

#### Ameloblastoma de Células Granulares.

Constituye una variante del Ameloblastoma, varía porque va a contar en el microscópico con numerosas células granulosas eosinofilas malignizándose, que han de constituir la masa central de los islotes, está compuesta de células cilíndricas altas.

#### Sarcoma Ameloblastico. -

Tumor maligno local de crecimiento rápido es una lesión radiolúcida y es altamente invasivo.

#### Carcinoma. -

Tumor malignizante de un Ameloblastoma - se localiza hacia la parotida o glandula submandibular dando múltiples metástasis a la mandíbula.



## TEMA 2

## 2.1

## Clasificación de los tumores Odontogénicos.

## a) Típica

Aproximadamente en la sexta semana de vida intrauterina se inicia la odontogénesis.

q

El aumento en el número de células epiteliales da comienzo a ese proceso en forma simultánea para todos los dientes primarios. Esa iniciación es momentánea y origina un periodo dilatado durante el cuál, las células del epitelio bucal y del tejido conjuntivo adyacente experimentan una proliferación, histodiferenciación, morfodiferenciación y finalmente calcificación o sea aposición.

Cabe pensar que los fenómenos que llevan a la calcificación presentan 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.

Cuando da comienzo la segunda etapa de la odontogénesis, tanto los odontoblastos como los ameloblastos han alcanzado la especialización, necesaria para generar su producto matrizal, a tal fin los ameloblastos actúan como organizadores y suscitan la dentogénesis en la etapa 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.

Los tumores odontogénicos pueden producirse durante cualquier momento durante la odontogénesis.

#### b) Histológica

Estos tumores se generan durante la primera etapa de la evolución dentaria, no contiene tejido calcificado, por lo mismo, se les denomina blancos.

Cuando se forma durante la segunda etapa pueden contener dentina, esmalte o cemento, solos o combinados; Algunas veces se les clasifica como lesiones duras o calcificadas.

La clasificación de los tumores odontogénicos aquí, se basa sobre el hecho de que el diente se forma de las células de dos capas germinales y que algunas de estas pueden participar 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, puede ser inusitadamente excesiva.

Los tumores agrupados bajo el nombre de ectodérmicos, pueden ser considerados como verdaderas neoplasias.

Las subdivisiones del ameloblastoma indica una reversión de las células en cuestión hacia una fuerza hereditaria, contenida en células antecesoras y no producen entidades nuevas o diferentes.

Es obvio que en el tejido no restringido en cada una es ectodérmico, cualquiera que sea el tipo histológico que asuma:

El elemento mesenquimatoso es en esencia, un unificador o matriz que sirve solo para mantener unido el tejido tumoral.

En el segundo grupo es el mesenquima, 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 lo tanto, tendremos tumores duros y blandos, según la presencia o ausencia de tejidos calcificados.

El tercer grupo, donde aparecen como elementos tumorales, tanto el mesodermo como el ectodermo.

Hay tejido neoplásico ectodérmico, como el ameloblastoma combinado con mesenquima neoplásico, que pueden proceder a la formación de dentina, cemento o ambos.

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

Existen diferentes clasificaciones de los tumores Odontogénicos, en algunos se toma en cuenta su comportamiento típico, y en otros casos su comportamiento histológico. Todas han sido utilizadas y fueron de gran ayuda, sin embargo se desecharon por encontrar en ellas algunas fallas o por estar incompletas; En la actualidad la más aceptada es la

de Irvin Meyers y Shcklar, a continuación presentaremos las más utilizadas.

#### b) Histológica.

Clasificada según el Brigadier General de Odontólogos del ejercito de los Estados Unidos.

En los Estados Unidos, los Tumores Odontogénicos comprenden alrededor del 9% de los Tumores de la cavidad bucal y cerca del 2.4% de todas las biopsias realizadas. Se dice que el Ameloblastoma, por si solo, constituye más del 25% de los tumores de los maxilares.

#### Tumores Epiteliales

- 1) Ameloblastoma
- 2) Ameloblastoma Acantomatoso
- 3) Adenoameloblastoma
- 4) Melanoameloblastoma

#### Tumores Mesenquimatosos

- 1) Cementoma
- 2) Fibroma Cementante
- 3) Mixoma Odontogénico
- 4) Fibroma Odontogénico
- 5) Dentinoma

#### Tumores Mixtos (epitelial y mesenquimatosos)

- 1) Fibroma Ameloblástico
- 2) Odontoma Ameloblástico
- 3) Odontoma (compuesto, complejo, quístico)

#### Tumores Odontogénicos Raros

- 1) Tumor de Pindborg
- 2) Ameloblastoma de Células Granulares

- 3) Sarcoma-Ameloblástico
- 4) Carcinoma y Ameloblastoma
- 5) Carcicoma Adamantinoide.

La siguiente clasificación esta sentada sobre la base de la participación de las capas del germen, aunque no carente de faltas, ha demostrado ser útil en la práctica, está es la clasificación de Bernier:

### Ectodérmico

Ameloblastoma Simple  
 Adenoameloblastoma  
 Melanoameloblastoma  
 Ameloblastoma Acantomatoso

### Mesodérmicos

Mixoma Odontógeno }  
 Fibroma Odontógeno } Etapa precoz de la Odontogénesis

Dentinoma }  
 Cementoma } Etapa tardía en la Odontogénesis

Fibroma Cementificante }  
 Fibrosarcoma Odontógeno } (contraparte odontógena - del fibroma osificante)

Mixtos o Compuestos (Ectodérmicos y Mesodérmicos)

Fibroma Ameloblástico (no calcificado)

Hemangioma Ameloblástico (no calcificado)

Neurinoma Ameloblástico (no calcificado)

Sarcoma Ameloblástico (no calcificado)

Etapa Precoz

en la

Odontogenesis

## Clasificación de los Tumores de la Mucosa Oral según el Dr.

David Grispan:

	Benignos	{ Acantoqueratoma Adenoma Tumor Mixto (Adenoma Pleomorfo)
	Epiteliales	
	Malignos	{ Epitelioma Basocelular Carcinoma Adenoide (quístico, Cilindroma) Carcinoma Mucoepidermoide Epitelioma Espinocelular Adenocarcinoma
Blastomas o tumores auténticos de las par tes blandas de la bo ca, excluidas los de origen medular y - - odontógeno.		
	Benignos	
	Mesenquimatosos	
		{ Fibromas Hemangiomas Linfangioma Mixomas Miomas Lipomas Linfocitomas Plascitomas
	Sarcomas	{ Fibrosarcom. Agiosarcoma Endoteliomas Mixosarcoma Reticulosarcomas
	Malignos	
Melanicos	Malignos	{ Melano Maligno Melanoma Juvenil
	Baja Ma- lignidad	

La clasificación de los tumores Odontogénicos de Irvin Meyer y Shcklar es la siguiente:

Odontomas Simples	Esmaltomas o Adamantino - mas. Dentinoma Fibroma Odontogénico Cementoma
Odontomas Compues- tos.	Odontoma Compuesto Com - plejo. Odontoma Compuesto Com - binado. Ameloblastoma Mural (se - forma a partir de la pared de un quiste dentífero)
Ameloblastomas	Ameloblastoma Quístico - - Simple. Adenomeloblastoma (Los - - tres se comportan de mane - ra homóloga) Ameloblastoma Vascular o Hemangioma Ameloblástico. Melano Ameloblastoma.



## TEMA 3

### 3.1 Historia Clínica.

La historia clínica para el Cirujano Dentista es de gran ayuda, pues de esta manera puede valorar al paciente y hacer un buen Diagnóstico; La Historia debe comprender los datos más importantes sobre el padecimiento que lleva al paciente al consultorio.

Nuestra Historia Clínica debe desarrollarse de esta forma:

Nombre del Paciente, Edad, Sexo, Domicilio, Ocupación.

- 1.- Antecedentes Personales no patológicos; Lugar de nacimiento, residencia, tipo de construcción, alimentación, costumbres.
- 2.- Antecedentes familiares; hechos importantes -- como enfermedades sufridas por parientes consanguíneos.
- 3.- Antecedentes personales patológicos; Se refiere a un resumen consiso de las enfermedades que ha sufrido el paciente, si ha estado hospitalizado o no.
- 4.- El motivo de la consulta; Cuál es la razón por la que nos consulta.
- 5.- Si padece alguna enfermedad actualmente; Una descripción detallada de la naturaleza y curso del padecimiento.

6. - Revisión minuciosa de los sistemas orgánicos esto es; Una serie de preguntas relativas a la función que desempeñan los sistemas orgánicos.
  7. - Estado General; Dolor, Astenia, pérdida de peso, nauseas, vómitos.
  8. - Aparato Respiratorio; si presenta, tos, disnea, espectoración, dolor.
  9. - Aparato Cardiovascular; Dolor, Disnea, edema, taquicardia, bradicardia.
  10. - Gastrointestinal; color de la orina, si presenta melena, nicturia, disuria, nausea, vómito.
  11. - Aparato genito-urinario; Frecuencia de las micciones, volumen de orina, nicturia, disuria, incontinencia, alteraciones del ciclo menstrual o menopausia en las mujeres.
  12. - Función Endócrina; Función Tiroidea, Adrenal Hipofisiaria.
  13. - Extremidades; Temblor, claudicación, palidez, tumefacción, edema.
  14. - Neuromuscular; debilidad, parestesia, marcha.
- 3.2 Para apoyar nuestro diagnóstico debemos realizar pruebas de Laboratorio y pruebas de Gabinete que además nos ayudan a complementar nuestra Historia Clínica.

A continuación presentaremos los valores normales en los resultados de los análisis clínicos y diferentes tipos de Anemia.

Anemia Normocrómica; Causada por la périda de sangre.

Anemia Normocrómica; Causada por Aplasia de la médula o sea, debido a las radiaciones de los rayos X.

Anemia por maduración; Causada por la mala absorción de la vitamina B<sub>12</sub>, también se le conoce como Anemia Perniciosa.

Anemia por Hemolisis; Los glóbulos rojos se encuentran en cantidad normal, pero han cambiado de forma.

Fórmula Roja,	en la mujer de	3
Hematies o	4-5 000 000 x mm	
Eritrocitos.	en el hombre de	3
	5-6 000 000 x mm .	

Fórmula Blanca,	en la mujer de	3
Leucocitos o Glóbulos	5-10 000 x mm .	
blancos.	en el hombre de	
	5-10 000 x mm <sup>3</sup> .	

Linfocitos	20 - 30 %
Monocitos	4 - 8 %
Eosinofilos	1.3 %
Basofilos	0 - 1 %

Neutrofilos	60 - 70 %
Hemoglobina en mujeres.	13- 15 gr. en 100 ml.
Hemoglobina en hombres.	15 - 18 gr. en 100 ml.
Hematocrito en mujeres.	35 - 45 %
Hematocrito en hombres.	45 - 50 %

Volumen globular medio en la mujer es de 83 - 104  
 Volumen globular medio en el hombre es 83 - 104

Concentración media de hemoglobina corpuscular es de:

En la mujer 13 - 15 gr. en 100 ml.

En el hombre 15 - 18 gr. en 100 ml.

Los estudios de coagulación son los siguientes:

Plaquetas de 200 000 a 400 000 x mm<sup>3</sup>, y se han registrado diferentes valores normales.

NOTA: diferentes factores afectan la morfología de las plaquetas, tales como, la naturaleza de la superficie de contacto, las propiedades del anticoagulante y su concentración.

Tiempo de sangrado es de  
 2 - 4 minutos (Buke)

Tiempo de coagulación de  
 4 - 12 Minutos.

Tiempo parcial de trombina de  
 30 - 50 segundos.



Frecuencia cardiaca 80 pulsaciones x minuto.  
 Frecuencia respiratoria 15 a 25 respiraciones x minuto.

Temperatura corporal 36.5 Axilar, la oral es un grado más 37.5

También en caso necesario podemos apoyar nuestro diagnóstico, en una serie de radiografías, como las extraorales, tomografía lateral de cráneo, intraoral, periapical y oclusal.

### ANESTESIA GENERAL.

La anestesia general. -

Se define como la pérdida controlada irregular, reversible de la sensibilidad de las células del sistema nervioso central.

Es posible que esta parálisis se deba a efectos químicos, eléctricos, térmicos o físicos, sin embargo actualmente solo se emplean comúnmente factores químicos.

Los diversos medios mediante los cuales puede producirse la anestesia general debe ser controlables hasta cierto punto de manera que se puede regular el alcance de la depresión y la consiguiente parálisis celular. Esta depresión debe ser reversible, dado que es de vital importancia la recuperación total.

Los tipos de anestesia general que se usan son los siguientes: Vapores y Gases.

Para los Cirujanos Dentistas deben usar -  
anestesia local, en el consultorio.

¿Qué es anestesia local?. -

Agentes anestésicos locales bloquean a la conducción nerviosa interfiriendo el proceso fundamental responsable de la generación de un impulso nervioso específicamente, el gran incremento transitorio de la permeabilidad de la membrana nerviosa a los iones, de sodio que es producido por una ligera despolarización del nervio. A medida que la acción de la droga evoluciona dentro del nervio el umbral de la excitación eléctrica aumenta gradualmente hasta que se produce un bloqueo completo de la conducción.

La anestesia local bloquea la conducción -  
nerviosa y previene el flujo de sodio mientras el -  
nervio se halla en estado polarizado. Por lo tanto  
se dice que estabilizan la membrana nerviosa.

El método más usado para controlar el dolor en la actualidad es el de la analgesia regional o bloqueo de la vía de los impulsos dolorosos.

Esto se realiza depositando una solución -  
anestésica en la proximidad de un nervio o fibras nerviosas determinadas.

El éxito de este método de control depende de la habilidad del Cirujano Dentista para depositar la solución anestésica en el punto anatómico indicado, de manera que pueda difundirse en el nervio o nervios en volumen y concentración suficiente para producir el efecto deseado.

Los anestésicos locales son drogas que cuando se inyectan en los tejidos tienen poco o ningún efecto irritante y cuando son absorbidos por el nervio interrumpen temporalmente su conducción.

Un bloqueo de la transmisión de todos los nervios aferentes producen anestesia o carencia de sensaciones. El bloqueo de aquellas fibras que transmiten la sensación de dolor solo sucede en la Anestesia local. La interrupción de las fibras eferentes resultan en una parálisis motora y una inhibición de las estructuras inervadas automáticamente.

En el consultorio dental usamos anestésicos locales como:

Lidocaina o Xilocaina (5% y 2%).

Mepicaina (carbocaina ).

Prilocaina (citanest).

Novocaina (glavicaína).

Procaina.

Los dos primeros son los que se usan en Odontología y Medicina.

En ocasiones cuando no se tiene la certeza de haber diagnosticado bien, podemos tomar una muestra del tejido y mandarla a analizar, así podremos estar seguros, de qué tipo de patología estamos tratando y de esta manera la trataremos como es debido.



### 3.4 Biopsia.

Es un examen microscópico, de un fragmento cortado de un órgano vivo.

La biopsia, significa obtener un espécimen de una zona dañada de la cual se requiere el diagnóstico Histopatológico o Microbiológico.

Hay tres tipos de Biopsia y son las siguientes:

- a) Biopsia Incisional, se toma una pequeña muestra de tejido por biopsiar.
- b) Biopsia Puncional, tomaremos una muestra de líquido por biopsiar.
- c) Biopsia excisional, se elimina el total del espécimen o fragmento de tejido por biopsiar.

El investigador, Dr. Bernier define la biopsia de esta manera.

Biopsia es el procedimiento por el cual se realiza un examen Histológico del tejido en una tentativa de determinar su verdadero carácter.

La información es útil, no solo para ayudar en el diagnóstico, sino también en el pronóstico de las lesiones de las regiones orales que es con frecuencia difícil e incierto.

Este investigador los llama métodos y son los siguientes:

### 1). Excisión Quirúrgica.

Este es el método de elección cuando la lesión es pequeña y la remoción total, ha de constituir el método de tratamiento. Cualquiera que sea el diagnóstico, es mejor eliminar la masa íntegra y sostenerla al examen microscópico.

### 2). Incesión Quirúrgica.

Cuando no este inicialmente indicada la extirpación completa, a causa del tamaño y otros factores, se pueden remover una porción de la masa, con cuidado de incluir tejido normal adyacente. Es esencial obtener una cantidad de tejido suficiente y las incisiones deben prolongarse por debajo de la extensión más profunda del proceso.

### 3). Biopsia exploratoria.

A menudo es ventajoso combinar la biopsia con la exploración en particular en las lesiones oseas o en las originadas en la profundidad de los tejidos blandos.

De este modo se puede determinar la forma y el grado de extensión local. Este tejido debe ser representativo del proceso y no tomando de la periferia o de una zona adyacente cuya reacción puede ocultar la lesión primaria.

### 4). Biopsia por punción.

Algunas veces conviene emplear esta técnica, por la cual se inserta una aguja de amplia luz en la masa tumoral para aspirar sus células.

Se puede usar tal procedimiento cuando el tumor se encuentra por debajo de la superficie y yace en una posición inaccesible o en el centro del hueso.

## TEMA 4

### 4.1 Displasia Periapical Cementificante Cementoma

El cementoma es una lesión rara de origen mesenquimatoso que se caracteriza por la proliferación de tejido conjuntivo que se origina en los elementos celulares de la membrana peridental.

La proliferación fibrosa resultante y la formación de tejido fibroso rodea el ápice del diente.

### 4.2 Clínicamente.

Este tumor es de crecimiento lento, abarcan las corticales son muy expansivos.

Al desarrollarse el tumor destruye la lámina dura y crece periapicalmente, reemplazando el hueso normal trabecular circundante por una masa de tejido fibroso en el interior.

Es asintomático se descubre mediante un examen radiográfico.

La zona favorina de este tumor es la mandíbula por lo general los incisivos, en tanto que el maxilar se ve comprometido pocas veces.

Debe distinguirse de los granulomas periapicales y quistes.

Se encuentran en personas de corta edad por lo general en la segunda década de la vida.

### 4.3 Microscópicamente.

En la primera fase se componen de fibro--blastos, jóvenes y una cantidad moderada de fibras colágenas.

En la segunda fase las lesiones muestran la formación incipiente de espículas e islotes de un tejido calcificado, basofilo acelular o moderadamente celular, que se asemeja al cemento.

Y la última etapa, toda la lesión consiste en masas calcificadas intensamente basofilas.

### Radiológicamente.

Depende de la etapa, del desarrollo del tumor.

En la primera fase, las radiografías muestran una zona radiolúcida periapical parecida a la que se observa en un granuloma dentario o quiste radicular.

En la segunda fase, la radiografía revela manchitas de radiopacidad, y la tercera fase se presenta como la lesión circunscrita que es una radiopacidad densa.

La lesión puede ser unilocular o multilocular.

Los dientes afectados poseen vitalidad.

#### 4.4 Diagnóstico.

Este tumor requiere de un periodo de seis años de evolución y lo más frecuente es que el cementoma se encuentre por medio de un examen radiográfico ya que es una lesión intraosea.

#### Tratamiento:

Extracción del diente con el cementoma.

#### Pronóstico.

Es favorable para la mandíbula.

#### 4.5 Cementoma Verdadero.

El cementoma verdadero es probablemente una neoplasia verdadera de cementoblastos funcionales que, formen una masa de cemento o tejido semejante a este en la raíz dental, y es una lesión rara y definida.

#### 4.6 Clínicamente.

Este tumor es de crecimiento lento y puede causar la expansión de las tablas óseas corticales, pero descontando esto suele ser asintomático, y se descubre por un examen radiográfico.

El tumor se origina antes de los 25 años, y suele ser una lesión solitaria y tiene predilección por la zona anterior sobre todo, canino, lateral y se encuentra más en mandíbula.

#### 4.7 Microscópicamente.

El grueso del tumor se compone de capas de tejido semejante al cemento, a veces parecido al cemento celular secundario y otras se depositan en estructuras globular, a la manera de cementícu- los gigantes.

Las líneas de inversión distribuidos en es- te calcificado suelen ser bastantes abundantes. Hay componentes variables de tejido blando que consta de elementos fibrilares, vasculares y celulares. Mu- chas de las trabéculas cementarias de zonas de ac- tividad están rodeadas de capas de cementoblastos, lejos de esta superficies trabeculares, se observan cementoclastos.

En estas zonas activas, la lesión suele ser microscópicamente indistinguible del osteoblastosto- ma benigno o del osteomaosteoides gigante. En reali- dad, algunas zonas tienen la actividad celular que pueden guardar estrecha semejanza con el osteosar- coma.

Esta masa calcificada estar unida a la raíz dental mediante la obliteración de parte de la raíz y el reemplazo por tejido tumoral.

La periferia del tumor suele presentar una capa celular de tejido blando que parece una cápsu- la, en su interior, las trabéculas óseas se descomponen casi invariablemente, en sentido perpendicular.

#### Radiográficamente.

La masa tumoral esta unida a la raíz den -

tal y aparece como una masa radiopaca rodeada a menudo por una delgada línea radiolúcida uniforme.

Por lo general, el contorno de la raíz - - afectada esta obliterado.

#### 4.8 Diagnóstico.

El diagnóstico de este tumor es asintomático pero hay que tener mucho cuidado en diagnosticarlo esta lesión de la hipercementosis grave o de la osteomielitis esclerosante focal, crónica, con los cuales puede tener semejanza superficial.

#### Tratamiento.

Debido a la tendencia a expandir los maxilares se debe hacer la extracción del diente con el tumor, aunque la pulpa sea vital.

#### Pronóstico.

Es favorable no hay recidivas posteriores.

#### 4.9 Fibroma Cementante.

Este tumor odontogénico raro de origen mesenquimatoso que no se relaciona con los ápices - - dentarios.

Esto lo distingue del cementoma, cuya localización es periapical, por lo común es solitario.



#### 4.10 Clínicamente.

Este tumor es de crecimiento, lento es -  
asintomático.

La zona favorita de este tumor son, la zo-  
na premolar y molar, mandibular. Se encuentran en  
personas de edad avanzada; no tienen predilección -  
por **sexo**.

#### 4.11 Microscópicamente.

Este tumor esta compuesto de fibroblastos  
y haces colágenos, dentro del estroma fibroso pue-  
den observarse numerosos focos de sustancias cal-  
cificada relativamente acelular e intensamente basó  
filo, que se parece al cemento.

#### Radiográficamente.

Este tumor muestra un defecto radiolúcido,  
en el cual se observan como gotitas de cemento.

#### 4.12 Diagnóstico.

Este tumor no provoca malestar en el pa -  
ciente y es asintomático y se descubre por examen  
radiográfico.

#### Tratamiento.

Eliminación quirúrgica.

#### Pronóstico.

Favorable, ya que no existe tendencia a  
recidivar.

## TEMA 5

### 5.1 Fibromixoma.

Este tumor mixto que ataca básicamente a los maxilares.

Su aspecto es más o menos igual al ameloblastoma pero no es tan agresivo ni infiltrante. No tiene predilección sexual es más leve en la mandíbula que en el maxilar. La edad promedio en que se presentan es de la segunda a la tercera década de la vida.

### 5.2 Clínicamente.

Se presenta principalmente en la parte alveolar de los maxilares pero también se llega a -- presentar en el paladar. Se forma en abultamiento blando grisáceo de superficie nodulada.

### 5.3 Microscópicamente.

Contiene células de tejido conectivo embrionario, estrellados; están distribuidas ampliamente y tienen largas prolongaciones citoplasmáticas ramificadas rodeadas por una matriz de mucina que probablemente es secretada por las células.

### Radiográficamente.

Se observará en la radiografía como una - lesión radiolúcida y se va a ver con trabéculas - - óseas como panal de abejas.

#### 5.4 Diagnóstico.

Es una lesión central que es muy expansiva y puede abarcar las corticales, es asintomático de crecimiento lento, puede presentar dolor cuando agrede tejido adyacente, se puede descubrir mediante un examen radiográfico.

#### Tratamiento.

Quirúrgico de este tumor.

#### Pronóstico.

Favorable, se hará una enucleación quirúrgica sin volver a recidivar.

#### 5.5 Fibroma Ameloblástico.

Es una Neoplasia relativamente rara de origen dental que se caracteriza por la proliferación simultánea tanto de tejido epitelial como mesenquimatoso sin formación de esmalte o dentina de manera que se puede considerar como ejemplo de tumor mixto duradero.

#### 5.6 Clínicamente.

Este tumor presenta un crecimiento lento, se agranda por expansión gradual de manera que la periferia de la lesión suele ser lisa. Es asintomático, se descubre mediante un examen radiográfico, la edad promedio a que se presenta es de 14 años, no tiene predilección de sexo.

### 5.7 Microscópicamente.

La porción ectodérmica consiste en islas - dispersas de células epiteliales, son de tipo cuboi- - de o cilíndrico. La actividad mitótica no es común, como las células se disponen en cordones, no es - frecuente ver tejido semejante al rectículo estrella- do.

### Radiográficamente.

Se manifiesta como una lesión radiolúcida , unilocular o a veces multilocular, de límites más - - bien lisos y que pueden o no producir un abultamiento evidente del hueso.

### 5.8 Diagnóstico.

Este tumor por lo general no provoca quejas en el paciente y se descubre por accidente en el exa- - men radiográfico, el dolor o la inflamación leve del maxilar induce al paciente a buscar atención del Odon- tólogo.

### Tratamiento.

Quirúrgico más conservador que el amelo- - blastoma.

### Pronóstico.

Favorable; aún después de un procedimiento conservador, presenta poca tendencia a recidivar.

## TEMA 6

### 6.1 Odontoma Complejo.

Es una Neoplasia Benigna compuesta de estructuras dentarias como son; Esmalte, Dentina, Pulpa y Cemento. Este tumor mixto es de origen tanto epitelial como mesenquimatoso se presenta más en mandíbula en su región posterior.

Este tumor aparece durante la infancia y suele descubrirse antes de la edad adulta.

### 6.2 Clínicamente.

Cuando el Odontoma es pequeño y pudiera estar situado en el interior del cuerpo del maxilar, no da sintomatología clínica solo se descubren clínicamente, se presentan como abultamientos o tumoraciones de superficies lisas bien delimitadas, de dureza ósea y asintomáticos; Muchas veces hay desplazamientos de los dientes contiguos.

### 6.3 Microscópicamente.

Se encuentra tejido epitelial y mesenquimatoso, ya que está compuesto de estructuras dentarias.

### Radiográficamente.

Se presenta en forma de masa radiopaca, uniforme, bien redondeada por una estrecha zona radiotransparente.

#### 6.4 Diagnóstico.

A veces la falta de un diente permanente - - hace pensar en un Odontoma, ya que algunas de estas Neoplasias se desarrollan a partir de una pieza de la segunda dentición y se lo incorporan.

#### Tratamiento.

Quirúrgico.

#### Pronóstico.

Favorable; Después de la extirpación quirúrgica es difícil que llegue a recidivar.

#### 6.5 Odontoma Compuesto Combinado.

Este tumor se compone de más de un tipo de tejido, de ahí se deriva su nombre, en algunos casos el esmalte y la dentina son depositados de tal manera que las estructuras conservan más considerables semejanzas con dientes normales.

#### 6.6 Clínicamente.

Aparece de los 20 a los 30 años se encuentra más en zona de anteriores pero también en la zona de maxilar posterior, se asocia a dientes retenidos, no son muy expansivos, de crecimiento lento.

#### 6.7 Microscópicamente.

Encontramos esmalte o matriz ademanatina, dentina, tejido pulpar y cemento de aspecto normal. Tiene morfodiferenciación e histodiferenciación.

### **Radiográficamente.**

Se localiza como una periferia lisa donde se aprecia una zona radiolúcida y en el centro una zona radiopaca.

### **6.8 Diagnóstico.**

Como la mayor parte de los Odontomas, son clínicamente a sintomáticos y se descubren en el examen radiográfico, se encuentra con una cantidad variable de estructuras dentiformes, ambas formas de Odontoma están con frecuencia asociados con dientes retenidos.

### **Tratamiento.**

Se elimina quirúrgicamente y no se previenen recidivas.

### **Pronóstico.**

Favorable.

## TEMA 7

### 7.1 Ameloblastoma.

Es el más agresivo de los tumores Odontogénicos de los maxilares.

Es una lesión que se origina a partir de la lámina dentaria o sus derivados, órganos del esmalte, restos epiteliales o quistes foliculares, que se componen de epitelio.

### 7.2 Clínicamente.

Este Tumor es de crecimiento lento y es asintomático, su duración media antes del tratamiento es de 5 a 8 años.

El lugar afectado puede parecer normal, o estar agrandado, mostrar desplazamiento y maloclusión de los dientes regionales.

Se origina en quistes Foliculares preexistentes y muestran estos mismos quistes Proliferación — ameloblástica. Una vez que crecen producen Riolisis ósea (absorción de los ápices de los dientes.)

Este tumor se presenta más en mandíbula y el resto en maxilar, el mayor porcentaje se localiza en zona molar y pocas veces afecta la porción anterior. Se presenta más en personas de los 20 a los 50 años, promedio 39 años. No tiene predilección por el sexo.



### 7.3 Microscópicamente.

El Ameloblastoma es un tumor epitelial óseo. Este epitelio forma hojas, Islotes y cordones cuya capa periférica está constituida por células cilíndricas o cuboideas que se parecen a los ameloblastos, en tanto que la masa central habitualmente consiste en células estrelladas que se asemejan al retículo estrellado del órgano del esmalte.

### Radiográficamente.

Este tumor pone de manifiesto zonas radiolúcidas que pueden ser uniuquísticas, o, multiuquísticas.

### 7.4 Diagnóstico.

Hay que hacer diagnóstico diferencial, con el Fibromixoma y ver su tiempo de acción histopatológica. Se asocia a dientes retenidos.

### Pronóstico.

El pronóstico para pacientes atacados por este tipo de Neoplasias, es favorable. Como se trata de un problema local que puede metastasis, puede causar desfiguración pero pocas veces la muerte, salvo que la invasión local afecte estructuras vitales.

### 7.5 Ameloblastoma Mural.

Este Ameloblastoma posee las mismas características; clínicas, microscópicamente y radiográficamente que el Ameloblastoma. Se le denomina Mural porque se adhiere a la pared de el quiste dentífero.

## 7.9 Ameloblastoma Acantomatoso

Este tumor es idéntico al Ameloblastoma en todo sentido, pero este tiene un aspecto microscópico diferente al del Ameloblastoma.

## 7.10 Clínicamente.

El Ameloblastoma Acantomatoso crece lentamente y puede estar algún tiempo, antes de que el paciente se de cuenta de su existencia.

Destruye las corticales y puede provocar la invasión de procesos malignos. Es asintomático, su zona favorita es la retromolar en un 85%. La edad promedio es en la tercera y cuarta década de la vida, se localiza en un lugar y se acantona.

## 7.11 Microscópicamente.

Una parte o la totalidad del tumor consiste en islotes epiteliales compuestos de células escamosas o espinosas y el retículo estrellado muestra ocasionalmente esa diferencia.

Las células se acumulan en el centro y están separadas de las células cuboides o cilíndricas de la periferia por unas cuantas células indiferentes y estrelladas. Hay una notable tendencia a formar perlas epiteliales.

Se dice que esta morfología dista un solo paso del Carcinoma.

## Radiográficamente.

Las radiografías del Ameloblastoma Acantomatoso, también son variables dependiendo de la duración, localización y extensión de la degeneración quística que haya ocurrido en el interior de la masa tumoral. Si la lesión tiene un aumento de tamaño y hay degeneración quística extensa, el tumor se presenta como radiotransparente multilocular de una forma irregular, cada departamento está parcialmente separado por unos delgados tabiques óseos, de diversos grados de densidad y que dan un aspecto de panal de abejas, el borde periférico está bien limitado pero a veces suele suceder que se encuentre difuso y mal definido, lo que hace pensar en una Neoplasia más invasiva y más sólida.

### 7. 12 Diagnóstico.

Debe sospecharse de un tumor de esa naturaleza cuando se encuentran las siguientes características: Una deformación asintomática de los maxilares, que es grande, lobulada, no ulcerada, sobre todo cuando se ve en mandíbula posterior.

Una historia de crecimiento lento y continuo, relativamente sin molestias, excepto en los casos de enfermedad muy avanzada, cuando puede haber dolor, parestesia, o complicaciones de fracturas patológicas e infecciones secundarias. Demostración con los rayos X de una zona radiotransparente multilocular con bordes periféricos que relativamente están bien definidos en la mandíbula posterior, sobre todo cuando está asociado a un diente que no ha emergido.

### **Pronóstico.**

El Ameloblastoma Acantomatoso es un tumor persistente, se señala un porcentaje de recidivas de - hasta el 35 %.

Es favorable, muy a menudo se alcanza el - éxito en la primera intervención.

### 7. 13 Ameloblastoma Simple o Quístico.

Es un tumor que producen invasión, se desarrolla a partir, del epitelio que procede del ectodermo del aparato odontogénico, es decir de la lámina dental, el esmalte, los restos epiteliales de Malassez de la vaina de la raíz de Hertwing, y proceden de los restos epiteliales del interior de las paredes de los quistes odontogénicos neoplásicos y de los quistes primordiales y dentados.

### 7. 14 Clínicamente.

Por lo general, crece lentamente y puede estar presente algún tiempo antes de que el paciente se de cuenta de su existencia. Destruye las corticales y puede provocar la intervención de procesos malignos. Es sintomático, su zona favorita es la retromolar de la mandíbula en un 85% y en maxilar 50%. La edad promedio es la tercera y cuarta década de la vida. Debe hacerse diagnóstico diferencial entre Mural y Simple.

### 7. 15 Microscópicamente.

Se caracteriza por la proliferación de células epiteliales que parecen ameloblastos y retículo estrellado, las células crecen en grupos que hacen pensar en la morfología del esmalte.

### Radiográficamente.

Son muy variables dependiendo de la duración localización y extensión de la degeneración quística que haya ocurrido en el interior de la masa tumoral.

Si la lesión aumenta de tamaño y hay degeneración quística extensa, el tumor se presenta como una radiotransparencia multilocular, de forma irregular. Cada departamento está parcialmente separado por delgados tabiques óseos, de diversos grados de densidad, que dan un aspecto de panal de abejas, el borde periférico está bien limitado pero a veces suele suceder que es difuso, mal definido, esto nos hace pensar en una Neoplásia más invasiva y sólida.

#### 7. 16 Diagnóstico.

Debe sospecharse de este tumor cuando se encuentran las siguientes características.

Una deformación asintomática de los maxilares, de tamaño grande, lobulada, no ulcerada, sobre todo cuando se ve en mandíbula posterior. Presenta una historia de crecimiento lento, continuo, relativamente sin molestias excepto en los casos de enfermedad muy avanzada, cuando puede haber dolor, parestesia, o complicaciones defracturas patológicas y de infecciones secundarias.

El diagnóstico definitivo dependerá de la exploración microscópica de una muestra de tejido.

#### Pronóstico.

El Ameloblastoma Simple es un tumor persistente y se señala un porcentaje de recidivas de hasta el 35 %.

Es favorable, muy a menudo se alcanza el éxito en la primera intervención.

### 7.17 Ameloblastoma Adenomatoides.

Es de tipo epitelial raro y es un tumor que se caracteriza por la formación ductiforme originada en el componente epitelial de la Neoplásia.

Es una lesión parcialmente quística en muchos casos.

### 7.18 Clínicamente.

Puede ser asintomático y producir un agrandamiento de la zona. Se presenta con mayor frecuencia, en su zona favorita que es la canina del maxilar, mas que en la mandíbula.

La edad promedio es la segunda década de la vida y es más comun en las mujeres que en los hombres. Está asociado con dientes retenidos.

### 7.19 Microscópicamente.

Se compone de células epiteliales, con solo un estroma escaso de tejido conectivo, estas con frecuencia poliédricas o fusiformes, se disponen en nidos, remolinos o cordones de células de una definida variedad cilíndrica o cuboide ordenadas en forma ductiforme o adenomatoides.

La luz de estas estructuras ductiformes a veces contiene un coágulo eosinófilo.

### Radiológicamente.

La radiografía revela una lesión destructiva

de los maxilares que pueden o no ser bien circunscritas, pero se han asemejado a un quiste dentífero.

Son imágenes radiolúcidas uniloculares pero pueden contener focos radio-pacos borrosos o densos.

#### 7. 20 Diagnóstico.

Se debe hacer diagnóstico diferencial con quiste dentífero.

#### Pronóstico.

La mayor parte de tumores de esta variedad han sido tratados mediante excisión quirúrgica conservadora.

Es favorable.



### 7.21 Melano-Ameloblastoma o Tumor Neuro-Ecto- - dérmico.

Es de origen Neuro-ectodérmico, o sea que procede del tejido del proceso de la retina aunque es de origen odontogénico.

### 7.22 Clínicamente.

Se considera benigno y es asintomático. Se - presenta en los primeros 6 meses de vida, se ve como un abultamiento del labio en la zona anterior maxilar, hay dificultad para la succión.

### 7.23 Microscópicamente.

Las características microscópicas de Melano Ameloblastoma se compone de dos tipos de células e--piteliales reunidas en islotes separados, por haces - densos de tejido conectivo, uno de los tipos es una célula consistente en un núcleo redondo, intensamente basófilo y escaso citoplasma. Los islotes tumorales pueden estar integrados por un tipo o por ambos tipos de células.

### Radiológicamente.

Las radiografías revelan zonas radiolúcidas y desplazamiento en los dientes en desarrollo.

### 7.24 Tratamiento.

Es conservador, debe tratarse con tiempo al niño.

### Pronóstico.

Favorable.

### 7.25 Hemangio Ameloblastoma.

Es una lesión que ha sido descrita como un tumor mixto compuesto de un ameloblastoma y un Hemangioma que se originan en forma coincidente. Los elementos Hemangiomatosos se encuentran en la zona comunmente ocupada por el rectículo estrellado, en el Ameloblastoma corriente; Es razonable pensar que el Hemangioma Ameloblástico constituye un tumor de tipo antagónico en el cual hay dos neoplasias separadas que proliferan en la misma zona; se encuentran y los elementos tumorales se entremezclan.

### 7.26 Clínicamente

La matriz del tumor es muy vascularizada, tiene una pigmentación pupúrea o violácea; La eliminación de este tumor puede provocar una gran hemorragia.

### 7.27 Microscópicamente.

El hemangioma común se compone de numerosos capilares pequeños tapizados de una capa de células epiteliales sostenidas por un estroma de tejido conectivo de diversa densidad.

### Radiográficamente:

Presenta una zona radiolúcida multilocular.

### 7.28 Diagnóstico.

La edad promedio es de 33 años; El trauma ha sido asociado del tumor: Se origina en la mandíbula en el 80% de los casos y casi 3/4 de ellos se dan en la zona de molares y rama.

**Pronóstico.**

Es favorable, se trata esencialmente de un - problema local puede causar desfiguración pero pocas veces la muerte.

7. 29 Ameloblastoma Plexiforme.  
(Tumor de Pindborg)

Tumor de calcificación distrófica con células tumorales degeneradas, se cree que procede del epitelio del esmalte que tiene origen en la 5a o 6a. década de la vida. Aunque indudablemente es de origen dental, conserva similitud histológica con el Ameloblastoma típico.

7. 30 Clínicamente.

Es más frecuente en personas de edad mediana, no hay predilección por el sexo; Aparecen más en mandíbula que en maxilar mayormente en premolares. Es asintomático en la mayoría de los casos, solo se presenta una inflamación indolora.

7. 31 Microscópicamente.

Se compone de células epiteliales poliédricas, dispuestas en pequeñas islas celulares dispersas, las células tumorales tienen un borde celular delimitado con citoplasma eosinófilo granular; Los núcleos suelen ser pleomórficos, con núcleos gigantes como también es común la multinucleación, una característica de este tumor es la presencia de substancia amiloide.

Radiográficamente.

En algunos casos, la lesión se presenta como una zona radiolúcida difusa o circunscrita; en otros casos puede haber un cuadro combinado de radiolúcidez

y radiopacidad con muchas pequeñas trabéculas óseas irregulares que atraviezan la zona radiolúcida en varias direcciones.

### 7.32 Diagnóstico.

La mayor parte de los pacientes con esta lesión no tienen síntomas y solo son concientes de una lesión indolora, se descubre por medio de la radiografía se comporta como el Ameloblastoma típico, es de crecimiento lento pero localmente invasivo y tiende a recidivar.

### Pronóstico.

En realidad puede no manifestarse por muchos años el tratamiento debe ser similar al del Ameloblastoma.

### 7. 33 Ameloblastoma de Células Granulares.

Hay una marcada transformación del citoplasma de las células tumorales epiteliales de manera que adquieren un aspecto granular grueso, estas células son grandes, cuboideas o cilíndricas y sus gránulos son bastante acidófilos. Las células a veces son semejantes al retículo estrellado y no células del tipo del Ameloblastoma, las que toman el aspecto granular. Puede tener cierto significado clínico el que se haya informado de una cantidad de casos de ameloblastoma de tipo granular dan Metástasis.

### 7. 35 Microscópicamente.

El ameloblastoma de Células muestra masas irregulares y tiras de Células epiteliales que parecen ameloblastos o Células basales. Es frecuente la degeneración quística de la Porción central. Los ameloblastomas a veces contienen grandes Células granulosas de donde proviene el término Ameloblastoma de Células Granulares y varía porque va a contar en el microscopio numerosas Células granulosas eosinófilas.

### Radiográficamente

Es una lesión radiolúcida y debe ser estudiado histológicamente y patológico.

### 7. 36 Diagnóstico

El ameloblastoma de células granulares pueden degenerar malignizándose.

### Tratamiento

Enucleación quirúrgica

### Pronóstico

Este tumor como pronóstico debe ser reservado.

### 7.37 Sarcoma Ameloblástico.

Es la contraparte maligna del fibroma Ameloblástico, en el cual se ha tornado maligno el elemento mesenquimatoso. Es un tumor raro.

### 7.38 Clínicamente.

La edad promedio es de 30 años sin predilección de sexo.

La lesión se presenta con mayor frecuencia en la mandíbula que el maxilar. Es doloroso, por lo general crece con rapidez y causa destrucción ósea y el aflojamiento de los dientes, además se ha comunicado la existencia de ulceraciones y hemorragia de la mucosa que la cubre.

### 7.39 Radiográficamente.

Se aprecia una gran destrucción ósea con márgenes irregulares y mal definidos. En lesiones de maxilar puede atacar el antro, el cuadro no es específico.

### Microscópicamente.

No existen alteraciones evidentes del epitelio odontógeno en el tumor maligno, y conserva su aspecto benigno. En algunas lesiones, su cantidad disminuye, como resultado de una proliferación de la porción mesenquimatosa maligna; Los fibroblastos malignos son extraños y pleomórficos, con núcleos hiper cromáticos, y abundantes figuras mitóticas atípicas.

#### 7.40 Diagnóstico.

El paciente nos va a referir un dolor intenso y el aflojamiento de sus dientes, además de ulceraciones y hemorragia de la mucosa.

#### Pronóstico.

La recidiva es previsible y el pronóstico es relativamente malo.



### 7. 41 Carcinoma Ameloblástico.

Es un ameloblastoma que por su agresividad dispara tumores basocelulares.

### 7. 42 Clínicamente.

Este tumor comienza en forma insidiosa como una lesión central del hueso, tiende más a expandir el hueso que a perforarlo; el tumor es asintomático, tampoco produce signos y síntomas.

### 7. 43 Microscópicamente.

Se compone de muchos islotes tumorales circunscritos que constan de una capa periférica de células cuboideas o cilíndricas cuyos núcleos están por lo regular bien polarizados, estas células son semejantes a los ameloblastos.

### Radiográficamente.

Se ha descrito como una lesión de tipo quístico multilocular.

### 7. 44 Diagnóstico.

Este tumor puede invadir el hueso, desde sitios primarios de la mucosa, desde lengua, nariz y el seno maxilar.

Debe sospecharse de un carcinoma ameloblástico cuando;

- 1) Haya una deformación asimétrica de los maxilares.

- 2) Si el paciente refiere una historia de crecimiento continuo.
- 3) La demostración por Rx de una zona radiotransparente multilocular con bordes periféricos que relativamente están bien delimitados.

### **Pronóstico.**

Se señala un porcentaje de recidivas de un 35%, por ello es necesario practicar la extirpación en bloque extendiéndose más allá de la dimensión radiográfica del tumor. El pronóstico es desfavorable.

### 7. 45 Carcinoma Adamantoide.

Este tipo de neoplasia que se origina en glándulas salivales tiene mal pronóstico, puesto que los tumores poseen propiedades infiltrativas, dan metástasis y recidivan con facilidad, se presentan más frecuentemente en parótida y submaxilar.

### 7. 46 Clínicamente

No se ha establecido cuál es el sitio exacto en que nace este carcinoma, es más probable que se origine en el conducto, porque los conductos pueden experimentar con facilidad metaplasia escamosa. La metaplasia escamosa de los conductos de las glándulas salivales accesorias también suele ser el resultado de una sialodentitis crónica o de un fenómeno de obstrucción del conducto, esto puede presentarse como una pequeña masa nodular, por lo común en el paladar pero también en otras zonas.

### 7. 47 Radiográficamente.

Este tumor se localiza hacia la glándula Parótida o glándula Submandibular dando múltiples metástasis a la mandíbula.

### 7. 48 Diagnóstico.

Es muy probable el empleo combinado de la cirugía y la Radioterapia, sea de mayor beneficio en este tipo de tumor de las glándulas salivales, que en la mayoría de los otros, como la metástasis regional a los ganglios linfáticos es un hallazgo común en este tumor. Se suele realizar una disección radical de cuello toda vez que la lesión primaria esté controlada.

## Tratamiento y Pronóstico.

Este tumor debe ser tratado radicalmente - con disecciones de Cuello y el Pronóstico es para evitar la metastasis en el resto del cuello.

## TEMA 8

## 8.1 Tratamiento Quirúrgico de los Tumores.

El tratamiento de los Odontomas va a ser siempre quirúrgico, salvo el Odontoma compuesto al que hay que fracturar en dos hemisferios con objeto de poderlo enuclear, por la razón de la dureza petrea del tumor, los trozos grandes se extraen con elevadores, pinzas de fragmentos. Los menores se extripan con cucharillas.

Es importante vigilar la cavidad ósea y extraer toda la membrana envolvente, ya que esas membranas en cuestión existen sustancias duras y epitelio odontógeno que pueden ser causas de recidivas como en el Odontoma compuesto.

## Ameloblastomas.

Los ameloblastomas crecen por extensión en los tejidos adyacentes y pueden perforar el hueso que los recubre. La biopsia debe hacerseles antes del tratamiento ya que estos tumores suelen tener características individuales como ya hemos visto antes.

Los tratamientos comprenden la extirpación, la resección radical de la mandíbula, la cauterización química y la electrocauterización.

La extripación local de un pequeño tumor accesible esta indicada en los jóvenes, siempre y cuando accedan a revisiones subsecuentes y a una resección radical si recidivan.

El tratamiento quirúrgico incompleto puede estimular el crecimiento de las células tumorales.

Los ameloblastomas se exponen ampliamente extripando el hueso que los recubre, incluyendo la tabla externa, hasta la base del tumor.

Siempre que sea posible se conserva al borde inferior de la mandíbula para mantener la continuidad maxilar.

La sección en bloque del hueso afectado debe extenderse hasta incluir parte del hueso periférico alrededor de la masa tumoral. Los ameloblastomas que se han extendido dentro de los maxilares pueden perforar el mucoperiostio palatino y la mucosa nasal.

La resección radical del tumor y de las estructuras óseas vecinas es el tratamiento de elección. Como estos tumores crecen por extensión dentro de los tejidos vecinos, se efectúa su adecuada resección quirúrgica.

El fibroma ameloblástico y el adenoma ameloblástico son también tumores relacionados con el epitelio dental.

El tratamiento quirúrgico se lleva a cabo por **excisión** local completa después de haber realizado biopsia por incisión preoperatoria.

#### Fibromixoma.

El tratamiento del fibromixoma, consiste en

la simple excisión, el tumor se exterioriza reflejando un colgajo mucoperiostico y creando una ventana en la cortical que permite la enucleación de la lesión. - Los tejidos blandos se colocan en posición y se suturan.

El fibroma ameloblástico, el tratamiento es conservador, la lesión se expone después de reflejar el colgajo mucoperiostico y practicar una ventana eliminando el hueso que lo 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.

**Tumor de Células gigantes.**

Tratamiento será de una incisión mucosa labrando una ventana en el hueso con fresas o cinceles y procedimiento después a un curetaje entretenido del interior de la cavidad.

## ENUCLEACION

El mejor tratamiento es la excisión total de los tumores (algunos). A veces puede ser necesario modificar este criterio, con el fin de acomodarse a situaciones particulares, tales que se producen en aquellas lesiones extensas en que la eliminación y enucleación, podría ser causa de una fractura de los maxilares.

Una vez que se ha obtenido el colgajo mucoperiostico y se ha reflejado, se practica una ventana en la cortical ósea; en muchas ocasiones, esta abertura ya esta presentes y solo es necesario agrandarla. La ventana se puede practicar con martillo y osteomo, unas pinzas gubias o unas fresas para hueso.

La ventana será lo suficientemente grande como para permitir un fácil acceso que vacíe la cavidad tumoral.

El tumor se separa completamente de las paredes óseas por medio de curetas o periostotomos pequeños. En la mandíbula el canal mandibular se encuentra muchas veces comprometido, por lo que debe observarse con cuidado especial al separar las paredes tumorales a lo largo del canal.

En el maxilar debe observarse una precaución parecida si el tumor ha penetrado en el antro maxilar, o si la atrofia producida por la lesión ha creado una delgadísima capa de separación entre pared tumoral y antro.



## CONCLUSIONES

Los tumores Odontogénicos son lesiones que es conveniente conocer a fondo para así poderlos diagnosticar en forma oportuna y eficaz.

A fin de suministrar a nuestros pacientes, un buen tratamiento. Dada la variabilidad de presentación de estas lesiones, los Tumores Odontogénicos son en muchas ocasiones un problema de diagnóstico.

Hemos querido efectuar este trabajo basándonos, no tanto en la experiencia personal, mas bien en la revisión y recolección Bibliográfica.

Damos a su considerable criterio el resultado de esta Tesis, para que esta a su vez, sirva como una pequeña ayuda al estudio diagnóstico y tratamiento de los tumores Odontogénicos.

## BIBLIOGRAFIA

1. - Archer, W. Harry.  
Cirugía Bucal, Atlas paso a paso de técnicas quirúrgicas.  
Reimpresión de la 2da, edición.  
Edit. Mundi, S. A. C. I. y F.
2. - Bhaskar. S. N.  
Patología Bucal  
Librería el Ateneo  
Edit. Argentina, 2da, edición.
3. - Bernier, J. L.  
Tratamiento de las enfermedades orales.  
Edit, Bibliográfica OMEBA,  
S. A. Argentina.
4. - Grispan, David.  
Enfermedades de la Boca - Semiología  
Patología Clínica y Terapéutica de la mucosa Bucal.  
Edit, Mundi. Argentina.
5. - Guralnick, W. C.  
Tratado de Cirugía Oral.  
Edit, Salvat.
6. - Kruger, Gustavo O.  
Tratado de Cirugía Bucal  
Cuarta edición.  
Edit. Interamericana
7. - Shapfer, William. G.  
Tratado de Patología Bucal  
Nueva Edit. Interamericana tercera ed.

8. - Zegarelli, E. V. Kutscher, Hyman.  
Tumores Odontogénicos, Aspectos Clínicos.  
Radiográfico e Histopatológico  
Revista de la Facultad de Odontología  
U. N. A. M.  
Edición Especial!
9. - Thoma, Kurt H.  
Patología Bucal.  
Tomo II.  
Edit. Hispano - Americana.