

19.
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales
"ZARAGOZA"

TRATAMIENTO QUIRURGICO Y REHABILITACION
EN LA DESTRUCCION MANDIBULAR OCASIONADO
POR AMELOBLASTOMA
(REPORTE DE UN CASO CLINICO)

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N
BARRERA DIAZ EVELIA
MUÑOZ CERVANTES PATRICIA

Asesor de Tesis: C.D. Javier Gil de la Puente Castillo





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

Introducción	I
Fundamentación del tema	III
Planteamiento del Problema	VI
Objetivos	VIII
Hipótesis	X
Material y Método	XI
Cronograma de Actividades	XV

Capítulo I

Generalidades de Anatomía de Cabeza y Cuello.

1. Osteología	1
2. Miología	6
3. Neurología	9
4. Cadenas Ganglionares	20
5. Arterias	23
6. Venas	27
Bibliografía.	30

Capítulo II

Generalidades de Patología de Ameloblastoma.

1. Origen	32
2. Aspectos Macroscópicos	38
3. Aspectos Microscópicos	39

4. Características Histológicas	43
Bibliografía.	46

Capítulo III

Diagnóstico de Ameloblastoma

1. Diagnóstico de Ameloblastoma	48
2. Aspectos Radiográficos	50
Bibliografía.	54

Capítulo IV

Tratamiento de Ameloblastoma

1. Diagnóstico Diferencial	57
2. Pronóstico y Tratamiento	57
Bibliografía	60

Capítulo V

Estudio de diferentes Casos Clínicos realizados en Hospitales de la Ciudad de México.

1. Expediente de un paciente atendido en el Centro Médico Nacional.	62
2. Expediente de un paciente atendido en el Hospital Juárez.	75

Capítulo VI

Presentación del Caso Clínico

1. Expediente de un paciente atendido en el Hospital Gene-	
--	--

ral de México.	.83
Resultados	94
Propuestas y Recomendaciones	95
Conclusiones	97
Anexo. Material Fotográfico	101
Bibliografía	112

A nuestro Asesor:

C.D. Javier Gil de la Puente Castillo.

Al Honorable Jurado:

C. D. Jesus Rios Estrella.

C. D. Pedro David Adan Díaz.

C. D. Nohemí Lopez Flores.

C. D. Jesús Bernal M.

A JESUCRISTO

Por ser guía de mi vida.

A MIS PADRES

Con agradecimiento.

A MIS HERMANOS

Con cariño.

A MIS AMIGOS

Con todo respeto.

A LA UNAM

Por ser la cuna de todos nosotros.

Introducción.

El presente trabajo, más que una recopilación de citas y textos bibliográficos, tiene como objetivo crear conciencia de la importancia que tiene en la odontología el proceso de una de las patologías con alto grado de destrucción a nivel de cavidad oral.

El ameloblastoma es una enfermedad caracterizada por la tardía aparición de signos y síntomas determinantes de dicha patología, esto hace que se convierta en una enfermedad incapacitante, es poco frecuente pero no por ésta razón deja de ser interesante para todo cirujano dentista que desee proporcionar un mejor servicio a sus pacientes que en alguna ocasión la pudiera presentar.

Para un manejo adecuado de los pacientes que la padezcan, es conveniente que tanto el estudiante como el Cirujano Dentista, esté capacitado para reconocerla y ofrecerles adecuada orientación. El tratamiento puede variar de una persona a otra y estamos obligados a detectarla para elaborar un diagnóstico correcto y ofrecer un tratamiento conservador para evitar mutilaciones innecesarias.

En el caso de que nuestra habilidad sea limitada, po-

demo recurrir al cirujano maxilofacial que están especialmente preparados para su tratamiento quirúrgico y la posterior rehabilitación del paciente afectado.

Fundamentación del Tema

El tratamiento quirúrgico de cualquier neoplasia; ya sea benigna o maligna es de importancia imperativa dentro del campo de la Odontología.

El Cirujano Dentista debe de conocer el síndrome de las neoplasias que pueden presentarse en cavidad oral para establecer un diagnóstico acertado y así mismo su tratamiento.

El desconocimiento de estas patologías, puede tener como consecuencia, desde la afección de otros órganos hasta un sistema.

Además, la consulta interdisciplinaria entre la Odontología y las ramas de la Medicina, nos ofrecerá una mejor perspectiva para llegar a una impresión diagnóstica adecuada y brindaremos un mejor tratamiento a los pacientes.

Nuestro interés por conocer más acerca de lesiones tumorales de esta tipo, nos ha llevado a realizar esta investigación, además de que podremos brindar

ayuda a los pacientes desde el punto de vista bio-psico-social, ya que no solamente nos debe interesar la cavidad oral en particular sino el organismo en general, ya que muchas enfermedades nos pueden dar síntomas orales.

Además es indispensable que el Cirujano Dentista conozca la conducta a seguir ante este tipo de situaciones en el consultorio dental.

Al decir, poder ayudar a los pacientes desde el punto de vista BIO/PSICO/SOCIAL me refiero a que si por ejemplo:

Si un paciente tiene un tumor (ejemplo Ameloblastoma).

Biológicamente. - Esta paciente se va a encontrar con que al crecer más cada día el tumor va a encontrar al poco tiempo deformidad facial importante y al mismo tiempo alteración a nivel sistémico, esto quiere decir que en este aspecto se encuentra mal biológicamente.

Psicológicamente. - Al tener conocimiento de su enfermedad y al observar la asimetría facial presente, este paciente se va a sentir mal psicológicamente y no va actuar como antes solía hacerlo.

Socialmente. - Al tener esta enfermedad el paciente no va

a desempeñar sus funciones de trabajo como antes lo hacía así que ésto afecta socialmente, ya que será menos productivo.

Planteamiento del Problema

¿Puede el Odontólogo diagnosticar precosmen-
te la presencia de un tumor como el Ameloblastoma y dar
tratamiento a nivel consultorio?

Es importante reflexionar al hacer esta pre-
gunta, deducimos que la mayoría de los pacientes que pade-
cen esta patología se presentan al consultorio dental cuan-
do el proceso patológico se encuentra bastante avanzado y
no hay manera de hacer un tratamiento conservador.

El Ameloblastoma es una entidad patológica
que no se presenta con mucha frecuencia en la población.

Tal vez, esa baja incidencia sea la causa y
se pase por alto al hacer un diagnóstico diferencial.

Su diagnóstico correcto se dificulta ya que
el acertado debe ser fundamentado por un histopatólogo y
no por el Cirujano Dentista en un Consultorio al hacer
un exámen intrabucal a un paciente con Ameloblastoma, es
frecuente observa que el proceso patológico se encuentre
muy avanzado, debido a la carencia de signos y síntomas

que permitan al paciente y al Cirujano Dentista la detec
ción precoz de dicha patología.

Objetivos

- Hacer una revisión de Anatomía de Cabeza y Cuello enfatizando el área mandibular.
- Enunciar signos y síntomas que caracterizan al Ameloblastoma.
- Revisar medidas terapéuticas que pueden ser usadas en la práctica privada.
- Recalcar la importancia de la Cirugía Maxilofacial en la Odontología.
- Explicar algunas técnicas usadas en un medio hospitalario.
- Enumerar las diferentes etiologías de Ameloblastoma.
- Establecer diagnóstico diferencial de Ameloblastoma.
- Poner al alcance del estudiante de Odontolo-

gía y del Cirujano Dentista tanto a nivel privado como institucional un material bibliográfico que pueda ayudarles en su superación académica y profesional.

Hipótesis

Al revisar cuidadosamente los signos y síntomas de una neoplasia como el Ameloblastoma en cavidad oral, además de emplear los estudios de gabinete necesarios; podemos llegar a un diagnóstico acertado y así poder brindar al paciente mejores perspectivas para su tratamiento, que generalmente es a nivel hospitalario.

Material y Método

El material a utilizar, serán todos aquellos que correspondan a los recursos físicos, (materiales) económicos y humanos.

Recursos Físicos.- Revistas científicas, libros científicos, 200 hojas blancas, 12 fichas bibliográficas y papelería de escritorio.

Recursos Económicos.-

- Gastos de CENIDS	\$ 4 000.00
- Gastos de Fotocopias	\$ 3 000.00
- Compra de Libros	\$23 000.00
- Revistas	\$ 800.00
- Papelería de Escritorio	\$ 5 000.00

GASTO TOTAL \$35 800.00

Recursos Humanos.- 2 personas que corresponden a las que intervendrán directamente con la investigación de revisión bibliográfica:

- 1.- Cirujano Maxilofacial. (1)
- 2.- Patólogo. (1)

6 personas que participaron en la Cirugía realizada para el Caso Clínico presentado;

- 1.- Cirujano Maxilofacial. (1)
 - 2.- Ayudante del Cirujano (1)
 - 3.- Instrumentista. (1)
 - 4.- Circulante (1)
 - 5.- Anestesiólogo. (1)
 - 6.- Paciente del Hospital General de México. (1)
- T O T A L : 8 personas

Método

La investigación bibliográfica se llevará a cabo por la selección y revisión de información secundaria, primaria y directa, correspondiente a diez años a la fecha, con predominio de información reciente, por ser ésta la más actualizada y congruente para la aportación a la carrera del Cirujano Dentista.

Se llevará a cabo la concentración de cada uno de los artículos de acuerdo al tema a fichas bibliográficas y hemerográficas, que posteriormente se organizará para su vaciado a cada uno de los artículos correspondientes al trabajo de tesis.

El análisis de cada uno de los artículos y libros revisados se llevará a cabo de acuerdo a su importancia y relación con la Carrera de Cirujano Dentista. Este análisis es de suma importancia por corresponder a uno de los temas que el Odontólogo general no le ha dado la reelevancia dentro de su práctica general.

El análisis es el desglosamiento de toda la información encontrada en cada uno de los libros, revistas y artículos para de esta manera lograr la síntesis de los aspectos mas importantes de la información revisada de cada una de los capítulos que corresponderán a nuestro trabajo de investigación.

La evaluación de nuestra revisión Bibliográfica, será de acuerdo al balance realizado de la comparación de la información manejada por cada uno de los diferentes autores revisados.

Además del anexo del estudio de 3 expedientes de pacientes atendidos en diferentes hospitales de la Cd. de México. Y de acuerdo al cronograma de actividades describir las estructuras anatómicas de cabeza y cuello, enfatizando a nivel mandibular. Enseguida, la investigación -

acerca de la patología a estudiar (Ameloblastoma) que incluye: Generalidades, diagnóstico tanto clínico como radiográfico y Tratamiento a seguir.

Cronograma de Actividades

Introducción.....	1 semana
Generalidades de Anatomía de Cabeza y Cuello.....	5 semanas
Generalidades de Patología de Ameloblastoma.....	2 semanas
Diagnóstico de Ameloblastoma (Clínico y Radiográfico).....	3 semanas
Tratamiento de Ameloblastoma.....	3 semanas
Presentación del Estudio de Casos Clínicos Tratados en diferentes Hospitales de la Cd. de México.....	8 semanas
Presentación del Caso Clínico.....	6 semanas
Presentación de Resultados.....	1 semana
Conclusiones.....	1 semana

CAPITULO I

GENERALIDADES DE ANATOMIA

DE

CABEZA Y CUELLO

I.- Generalidades de Anatomía de Cabeza y Cuello.

Del extenso conjunto de huesos, músculos, nervios, ganglios y arterias, que componen la cabeza y cuello, sólo se hará una breve descripción de las estructuras de la región anatómica de más importancia, que se relacione con el área mandibular, que es la que se va a tratar quirúrgicamente.

1. Osteología.

De los huesos que constituyen la cara, dos de ellos son de gran importancia: Maxilar y Mandíbula.

Maxilar:

Es un hueso par, forma cuadrilátera- ligeramente aplanada de fuera a dentro, situado en el centro de la cara: ambos forman por su unión y con los palatinos, dicho maxilar también contribuye a la formación de dos fosas; la cigomática y la pterigomaxilar. Cada hueso consta de un cuerpo y cuatro apófisis llamadas: piramidal, ascendente, alveolar y palatina.

El cuerpo está constituido por cuatro bordes; anterior, posterior, superior e inferior y dos caras; la interior o nasal y la externa, ésta última presenta tres caras, anterior o facial, posterior o subtemporal y superior u orbitaria.

La cara posterior o subtemporal, se encuentra perforada cerca de su porción central por las aberturas de los conductos dentarios que ocupan los premolares y molares, continuándose en canales para dar paso a los nervios dentarios posteriores y a las ramas de la arteria alveolar; hacia abajo está el borde posterior, constituyendo la tuberosidad maxilar, que es una eminencia redondeada y esponjosa, siendo más prominente después de la salida del tercer molar; el borde alveolar termina en ésta eminencia.

La cara posterior en su porción superior, está en contacto con la fosa pterigomaxilar, y la inferior se articula con el hueso palatino; entre la tuberosidad y éste último hueso, se encuentra el conducto palatino posterior.

Internamente, el maxilar está formado casi

exclusivamente de tejido compacto; solo hay una pequeña masa de tejido esponjoso en la parte anterior de la apófisis palatina, en la base de la apófisis ascendente y a nivel del borde alveolar. En el centro del hueso, se halla una vasta excavación de la misma forma general que el hueso (el llamado seno maxilar o antro de Highmore), tiene la forma de una pirámide cuadrangular, cuyo vértice corresponde al vértice de la apófisis piramidal y cuya base corresponde a su orificio de entrada.

Mandíbula:

Hueso impar, medio, situado en la parte inferior de la cara, forma por sí solo la mandíbula. Se divide en dos partes: Una parte media o cuerpo y las dos partes laterales o ramas.

El cuerpo tiene forma de herradura, cuya concavidad mira hacia atrás, de dos caras, una anterior o externa y posterior o interna; y dos bordes, uno superior o alveolar y otro borde inferior.

Las ramas son cuadriláteras, más anchas que altas, y están oblicuamente dirigidas de abajo

hacia arriba y de adelante hacia atrás. Cada una de ellas, tiene dos caras, externa e interna; cuatro bordes, anterior, posterior, superior e inferior; dos apófisis coronoides y el cóndilo de la mandíbula.

El cuerpo de la mandíbula en su cara posterointerna, presenta una línea oblicua interna, rugosa y prominente, conocida como línea milohioidea, que pasa por debajo de los ápices del primer y segundo molares, cruzando los ápices de los terceros, por detrás se confunde con el borde anterior de la rama, y en algunas ocasiones, coincide con el límite superior del conducto dentario.

El conducto dentario inferior, se localiza en la cara interna de la rama mandibular, el cual permite el paso a los vasos y nervios dentarios inferiores. Por delante y debajo de este orificio, se encuentra la espina de Spix, que dá inserción al ligamento esfenomaxilar. El conducto tiene un trayecto inferobucal en dirección a las raíces de los molares hacia abajo y adelante, hasta el segundo premolar, dividiéndose en este punto en dos ramas: una externa (conducto mentoniano), que termi-

na en el agujero mentoniano y otra interna (conducto incisivo), que termina debajo de los incisivos.

2. Miología

El área mandibular involucra los músculos: masetero, temporal, pterigoideo interno, pterigoideo externo y buccinador.

Masetero:

Es un músculo corto, grueso, adosado a la cara externa de la rama de la mandíbula, se compone de dos porciones; superficial y profunda.

La porción superficial se origina en la apófisis cigomática, y en el borde inferior del arco cigomático, insertándose sus fibras en el ángulo de la mandíbula. La porción profunda se origina en toda la cara interna del arco cigomático, y se van a insertar sus fibras en la cara externa de la apófisis coronoides del maxilar. Su función principal es la elevación del maxilar, también actúa proporcionando la fuerza para la masticación.

Temporal:

Es un músculo en forma de abanico con bordes delgados, tiene su origen en la fosa temporal, sus fibras convergen y descienden, terminando en

tendón que pasa por debajo del arco cigomático y en el borde anterior de la rama mandibular, hasta las proximidades del último molar. Su acción es principalmente para dar posición a la mandíbula durante el cierre.

Pterigoideo Interno:

Músculo cuadrilátero, situado en la cara interna de la rama mandibular, se origina en la fosa pterigoidea, desde este punto el músculo se dirige hacia abajo, atrás y a fuera insertándose en el ángulo del maxilar, por el ligamento esfenomaxilar. Su función principal es la elevación y colocación en posición lateral a la mandíbula.

Pterigoideo externo:

Es un músculo grueso y corto, de forma cónica; cuya base corresponde al cráneo y el vértice al cóndilo, tiene dos orígenes; uno en la superficie del ala externa de la apófisis pterigoides y el otro en el ala mayor externa de la apófisis pterigoides y el otro en el ala mayor del esfenoides que forma la fosa cigomática, desde este punto, los

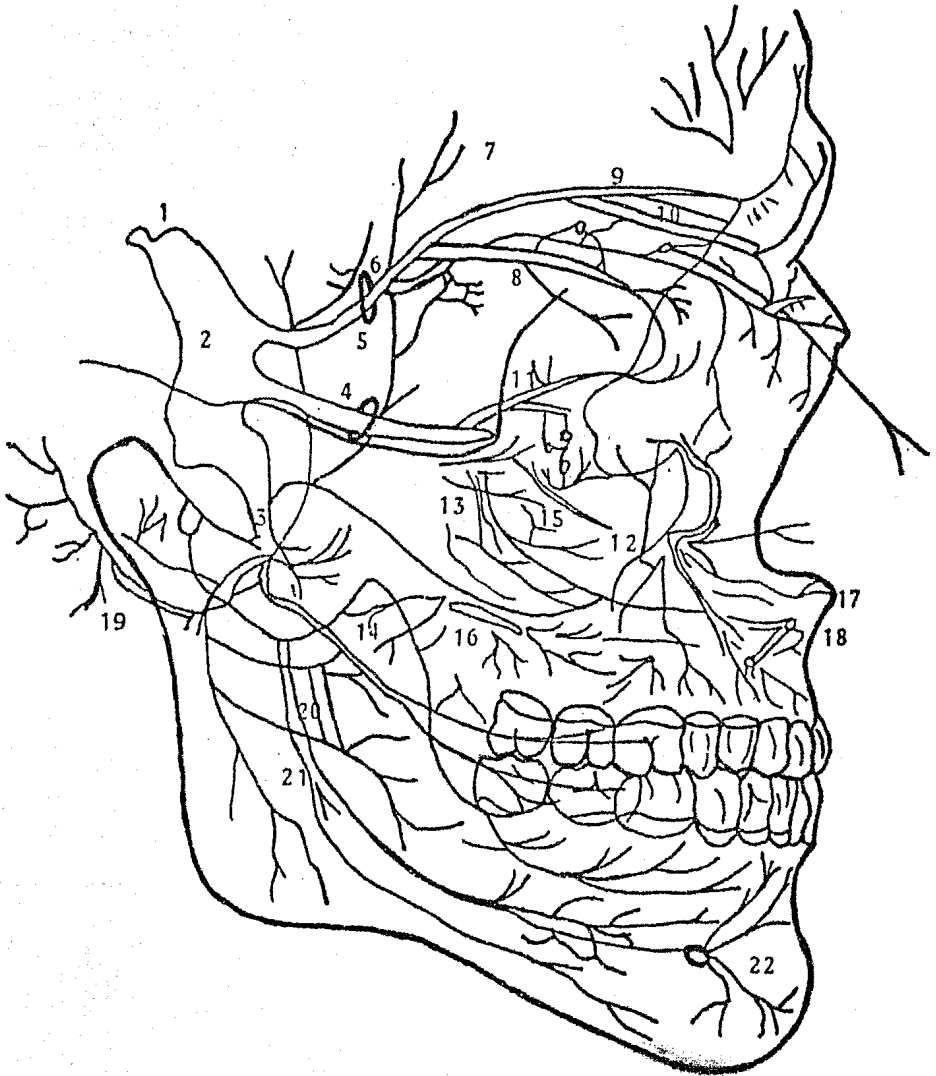
dos fascículos se dirigen hacia atrás, en busca de la articulación temporomaxilar, se unen entre sí y se insertan juntos en el cuello del cóndilo y en el menisco articular. Su acción es descender la mandíbula, dirigir hacia adelante y moverla lateralmente.

Buccinador:

Es un músculo de la boca, tiene forma cuadrilátera, se origina por detrás en el borde alveolar de maxilar y mandíbula, y entre los dos, en el ligamento pterigomaxilar o aponeurosis buccinatófaringea, y por abajo a la altura del tercer molar. Su cara externa se relaciona, con la cara posterior de la rama ascendente de la mandíbula, con el músculo masetero, y con el conducto de Sténon, que lo perfora a nivel del segundo molar superior.

La biomecánica básica que interviene en los movimientos y posiciones de la mandíbula, se debe a los músculos masticadores que están insertados en él.

NEUROLOGIA



Fuente:

Peten Ture, Nervio Trigémino, Sinópsis Anatómica.

Manual Ilustrado de Anestésia de Odontología. Astra. pp. 16,18.

NEUROLOGIA

1. N. Trigémino
2. Ganglio de Gasser
3. N. Maxilar Inferior y Agujero Oval.
4. N. Maxilar Superior y Agujero Redondo Mayor.
5. N. Oftalmico y Hendidura Esfenoidal.
6. N. nasal.
7. N. frontal.
8. N. Lagrimal.
9. N. Frontal Externo.
10. N. Orbitario Interno.
11. N. Orbitario.
12. Ramas Alveolares Anterosuperiores.
13. Ramas Alveolares Posterosuperiores.
14. N. Bucal.
15. Ramas Nasaes Posteriores.
16. N. palatino Anterior.
17. N. Infraorbitario.
18. N. Nasopalatino.
19. N. Auriculotemporal.
20. N. Lingual.
21. N. Alveolar inferior
22. N. Mentoniano.

3. Neurología.

El quinto par: nervio trigémino, se considera como mixto, por sus ramas sensitivas que inerva la cara y mitad anterior de la cabeza; por sus ramas motoras que inerva los músculos masticadores.

Es el mayor de los nervios craneales, tiene dos orígenes: uno aparente y otro real.

Origen Aparente:

En la cara inferior de la protuberancia anular, se encuentran dos núcleos que son los del trigémino, el interno es el núcleo motor y el externo es el núcleo sensitivo.

Origen Real:

Desde esta cara del puente, las dos raíces se dirigen hacia delante y a fuera, penetrando en el cávum de Meckel que ocupa la parte interna de la cara anterior del peñasco; de aquí va a parar al Ganglio de Gasser, que es su lugar de nacimiento. La raíz motora se introduce a la cara inferior del Cávum, pasa por debajo del ganglio y termina en

una de sus ramas eferentes, del nervio mandibular.

El Ganglio de Gasser es una masa de substancia nerviosa, tiene forma de media luna, está situada en un ahuecamiento del vértice del peñasco, por su borde convexo, emite tres ramas principales, estas son:

Rama Oftálmica:

Es la más interna de las tres terminales. Al desprenderse del Ganglio de Gasser, se dirige a la pared externa del seno cavernoso para continuar hacia la hendidura esfenoidal que le dá paso a la órbita, en este recorrido, guarda gran relación con el nervio patético, el motor ocular común y el motor ocular externo; emitiendo también un ramo sensitivo que es el Arnold; tanto los ramos citados anteriormente, como el de Arnold, puede considerarse como ramas colaterales del Oftálmico.

Al llegar a la hendidura esfenoidal, el nervio oftálmico da tres ramas terminales:

A) Rama Interna o Nervio Nasal: Llamadas también nasociliar, atraviesa la hendidura esfenoidal, cruzando la cara superior del nervio óptico, para alcanzar la pared interna de la cavidad orbitaria y al llegar al agujero orbitario interno anterior, termina bifurcándose.

En su trayecto, el nervio nasal dá tres ramas colaterales que son: La raíz sensitiva del ganglio oftálmico, siendo éste largo y delgado; los nervios ciliares largos, que se juntan al grupo de los nervios ciliares salidos del ganglio oftálmico, para distribuirse en el globo ocular; y el filete esfenoidal, que se introduce en el agujero orbitario interno y posterior para innervar la mucosa del seno esfenoidal. Por último, las dos ramas terminales del nasal resultado de su bifurcación, son: Nasal externo, que recorre la pared interna de la órbita, distribuyéndose por la región interciliar, las vías lagrimales y la pared de la nariz; la nasal interna que atraviesa el conducto orbitario interno anterior, llega al cráneo y penetra en las fosas nasales por el agujero esfenoidal; se distribuye en ella por dos ramos, uno

A) Rama Interna o Nervio Nasal: Llamadas también nasociliar, atraviesa la hendidura esfenoidal, cruzando la cara superior del nervio óptico, para alcanzar la pared interna de la cavidad orbitaria y al llegar al agujero orbitario interno anterior, termina bifurcándose.

En su trayecto, el nervio nasal dá tres ramas colaterales que son: La raíz sensitiva del ganglio oftálmico, siendo éste largo y delgado; los nervios ciliares largos, que se juntan al grupo de los nervios ciliares salidos del ganglio oftálmico, para distribuirse en el globo ocular; y el filete esfenoetmoidal, que se introduce en el agujero orbitario interno y posterior para innervar la mucosa del seno esfenoidal. Por último, las dos ramas terminales del nasal resultado de su bifurcación, son: Nasal externo, que recorre la pared interna de la órbita, distribuyéndose por la región interciliar, las vías lagrimales y la pared de la nariz; la nasal interna que atraviesa el conducto orbitario interno anterior, llega al cráneo y penetra en las fosas nasales por el agujero etmoidal; se distribuye en ella por dos ramos, uno

grimales y palpebrales; las primeras se distribuyen por la glándula lagrimal, en tanto que las segundas alcanzan el párpado superior.

Nervio Maxilar:

Es la rama media del trigémino, tiene su origen en el borde inferior del ganglio de Gasser, entre el oftálmico, que se encuentra por dentro y el mandibular que se encuentra por fuera; desde ese punto se dirige hacia el agujero redondo mayor, por el cual sale del cráneo para llegar a la fosa pterigomaxilar a la que atraviesa alcanzando la extremidad posterior del canal suborbitario, al cual penetra y lo recorre de atrás a delante, para terminar en la mejilla.

El nervio maxilar, proporciona durante su recorrido cinco ramas colaterales, y una terminal que son:

a) Rama Meningea Media: Nace en el trayecto intracraneal, siguiendo a la arteria meningea media.

b) Rama Orbitaria: Nace en la fosa pterigomaxilar, penetra en la órbita por la hendidura esfenomaxilar en donde se divide en dos ramas: una superior y otra inferior o temporomalar que inerva la piel de estas dos regiones.

c) Ramas del Ganglio Esfenopalatino: Son dos o tres, delgados y muy cortos, que nacen en la fosa pterigomaxilar y van a terminar al ganglio esfenopalatino.

d) Ramos Dentarios Posteriores: Son dos o tres que perforan la tuberosidad del maxilar y se distribuyen por los molares, premolares, alveolos, seno maxilar y por el espesor del hueso de la región.

e) Rama Dentaria Anterior: Se distribuye por la mucosa del conducto nasal, por los incisivos, caninos, alveolos, mucosa gingival y por el espesor del hueso de la región.

La rama terminal corresponde al llamado penacho suborbitario, que se distribuye por el párpado inferior, al labio superior y la piel del ala - de la nariz.

Nervio Mandibular:

Es la tercera rama del trigémino, la forman dos raíces; una sensitiva, que procede del ganglio de Gasser, y la otra motriz que es la raíz pequeña del trigémino, al salir del cráneo por el agujero oval, se dividen en cinco ramas colaterales y dos terminales que son:

a) Nervio Temporal Profundo Medio: Inerva al músculo temporal, durante su proyecto recibe anastomosis del nervio maseterino y del bucal.

b) Nervio Maseterino: Atraviesa la escotadura sigmoidea y penetra en el músculo masetero, intervando la articulación temporomaxilar y el músculo temporal profundo anterior.

c) Nervio Bucal: Penetra entre los dos fascículos del pterigoideo externo, se dirige hacia el buccinador, inervando a la piel de las mejillas, la mucosa bucal, pterigoideo externo y el temporomaxilar y el músculo temporal profundo anterior.

Nervio Pterigoideo Interno:

Atraviesa el ganglio ótico al dejarlo inerva al músculo pterigoideo externo (aunque es inervado en su mayor parte por el nervio bucal), termina en el pterigoideo interno distribuyéndose en la masa muscular.

Nervio Auriculotemporal:

Antes de llegar al cóndilo inerva el ganglio ótico, la arteria meningeo, media y la articulación temporomaxilar, a nivel del cuello del cóndilo se distribuye por la parótida el conducto auditivo, el pabellón del oído y el plano, superficial de la región temporal.

Las dos ramas terminales del nervio mandibular

bular, son: el dentario inferior y la lingual.

Nervio Dentario Inferior:

Se dirige hacia abajo y adelante entre los dos músculos pterigoideos y se introduce en el con ducto dentario inferior. En su largo trayecto de un ramo anastomótico para el lingual y el nervio milohioideo, éste último inerva al músculo milohioideo y vientre anterior del digástrico. Dentro del conducto dentario dá ramas para los molares, alveolo, encía y hueso. Termina formando el ner - vio incisivo que inerva a los incisivos y a los ca - ninos, el nervio mentoniano que se distribuye por la piel de la región mentoniana y la mucosa del la - bio.

Nervio Lingual:

Primero sigue un trayecto descendente, entre los dos músculos pterigoideos; después se hace horizontal, y se dirige a la punta de la lengua. En su recorrido, el nervio lingual presenta cuatro anastomosis: Con el dentario inferior, facial, hi - pog - loso y milohioideo; distribuyéndose por la muco

sa lingual en sus dos tercios anteriores. Por el
velo del paladar y dos pequeñas masas ganglionares:
El ganglio submaxilar y ganglio sublingual.

4. Cadenas Ganglionares.

Ganglio Linfático Submaxilar:

Los ganglios linfáticos submaxilares, están situados cerca de la glándula submaxilar o incluidas en ella, reciben el drenaje superficial de la porción anterior a la cara y vasos de las glándulas sublingual y submaxilar; además, del drenaje profundo de las zonas mencionadas, también les llegan vasos de los ganglios linfáticos submentonianos y de los ganglios cervicales profundos, incluyendo el yugulodigástrico y el yuguloideo.

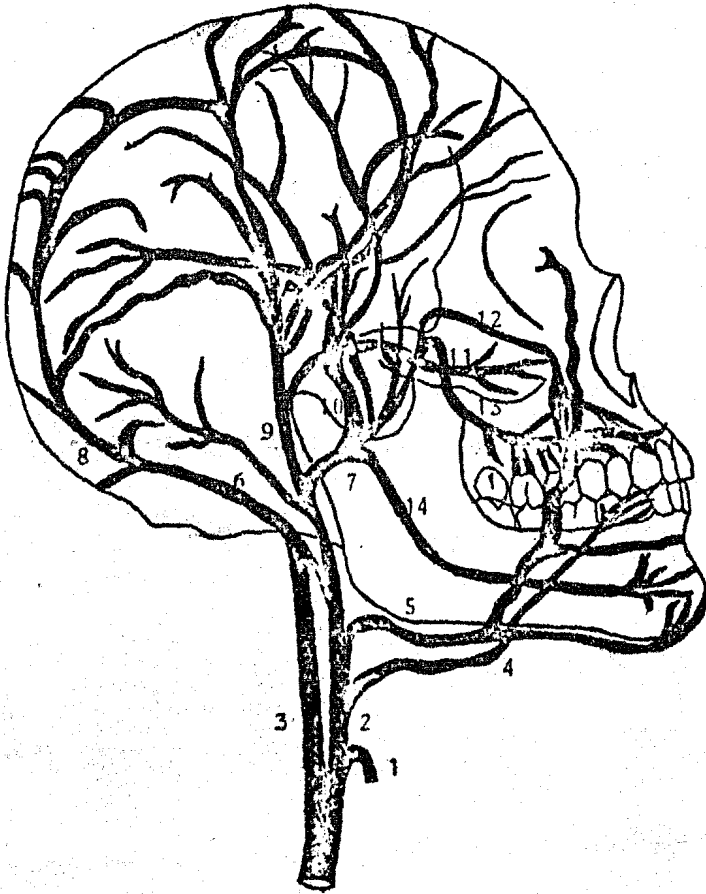
Ganglio Linfático Submentoniano:

Situado entre los digástricos por debajo del miloideo, reciben el drenaje profundo y superficial de la región, les llegan vasos de ambos lados de la línea media y envían troncos colectores eferentes a los ganglios linfáticos submaxilares y a los ganglios yugulodigástricos.

Ganglio Submaxilar:

(Formado por células nerviosas): El Ganglio Submaxilar fusiforme y pequeño está colocado por dos ramas cortas del nervio lingual por arriba del conducto de Wharton, adosado al hiogloso y cubierto por el milohioideo. La anastomosis posterior del nervio lingual, incluye las raíces sensitivas trigeminal y del ganglio, la raíz simpática nace del plexo de la arteria facial, cuando este vaso cruza el borde de la mandíbula. Del ganglio surge cinco o seis ramas que se distribuyen en la glándula submaxilar y su conducto.

ARTERIAS



Fuente: Shicher, Harry . Du BRUL, Lloyd.

Anatomía Dental

Sexta Edición 1978 Ed. Interamericana.

pp. 274

ARTERIAS

PRINCIPALES ARTERIAS

1. Arteria Tiroidea Superior
2. Arteria Carótida Externa
3. Arteria Carótida Interna
4. Arteria Lingual
5. Arteria Maxilar Interna o Facial
6. Arteria Auricular Posterior
7. Arteria Maxilar Interna
8. Arteria Occipital
9. Arteria Temporal Superficial
10. Arteria Meningea Media
11. Arteria Facial Transversa
12. Arteria Infraorbitaria
13. Arteria Alveolar Posterosuperior
14. Arteria Dentaria Inferior.

5. Arterias.

De la carótida primitiva emergen dos ramas, la carótida externa y la carótida interna; que están -- destinadas a proporcionar riego a la extremidad ce fálica. La irrigación del maxilar y mandíbula, proviene de la arteria lingual, facial y maxilar interna, que son ramas de la carótida externa.

Arteria Lingual:

Se desprende de la parte anterior de la ca rótida externa dirigiéndose hacia el vértice del asta mayor del hioides, dividiéndose en tres ramas colaterales: suprahoidea, dorsal de la lengua y - sublingual; tiene una rama terminal que es la arte ria lingual profunda o ranina.

Arteria Facial:

Se desprende como la precedente de la parte anterior de la carótida externa, un poco más arriba que la lingual, siguiendo un curso descendente y anterior entre la cara externa de la glándula submaxilar y el músculo pterigoideo interno,

hasta alcanzar el borde inferior de la mandíbula. La arteria durante su trayecto, proporciona varias ramas colaterales; entre éstas se encuentran la coronaria del labio inferior y la coronaria del labio superior. Su rama terminal recibe el nombre de arteria angular; se anastomosa con la arteria nasal, rama de la oftálmica.

a) Coronaria del Labio Inferior: Tiene su origen a la altura de la comisura de los labios para insinuarse en el espesor del labio inferior y terminar anastomosándose con la del lado opuesto.

b) Coronario del Labio Superior: Se desprende de la facial un poco más arriba que la anterior y como ésta se dirige al espesor del labio superior para distribuirse en él y terminar anastomosándose con su homólogo.

Arteria Maxilar Interna:

Nace a nivel del cuello del cóndilo; sus ramas más importantes son: la arteria meningea me-

dia para la duramadre, la arteria dentaria y al --
veolar, para maxilar, mandíbula y dientes.

Arteria Míngea Media:

Envía ramas delgadas al ganglio de Gasser,
y se distribuye en la caja del tímpano.

Arteria Dentaria Inferior:

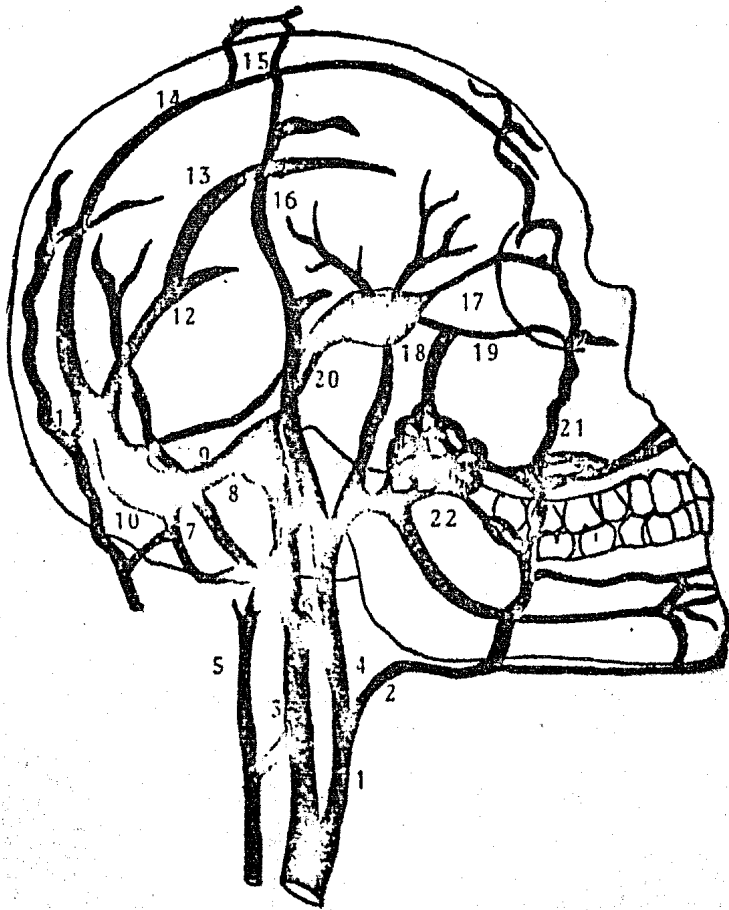
Nace en las proximidades del cuello del
cóndilo de la mandíbula y siguiendo un trayecto
descendente, hacia la espina de Spix, se reúne con
la vena y nervio dentario inferior, para formar el
paquete dentario que penetra por el conducto dentar
rio, dentro de éste dá ramas para el hueso, que se
introduce por las raíces dentarias para distribu-
irse en la pulpa; incisivos inferiores y un ramo
mentoniano.

Arteria Alveolar:

Desciende sobre la cara posterior del maxil
lar superior, se ramifica y acompañando a los ner-
vios dentales posteriores se distribuye en el seno

maxilar, encias, molares y premolares. Estas dos últimas arterias, acompañadas de la infraorbitaria, pueden entrar a la pulpa como una arteria única o como varias arterias pequeñas.

VENAS



Fuente: Shicher, Harry. Du BRUL; Lloyd.

Anatomía Dental. Sexta Edición 1978.

Ed. Interamericana.

PP. 287.

VENAS

VENAS DE LA CABEZA

1. Vena Facial Común
2. Vena Facial
3. Vena Yugular Interna
4. Tronco Venoso Temporomaxilar
5. Vena Yugular Externa
6. Vena Auricular Posterior
7. Emisaria Parietal
8. Seno Sigmoide
9. Seno Petroso Superior
10. Seno Lateral
11. Emisaria Occipital
12. Seno Recto
13. Seno Longitudinal Inferior
14. Seno Longitudinal Superior
15. Emisaria Parietal
16. Vena Temporal Superficial
17. Vena Oftálmica Superior
18. Seno Cavernoso
19. Vena Oftálmica Inferior
20. Seno Petroso Inferior
21. Vena Facial
22. Plexo Venoso Pterigoideo.

6. Venas

Las venas de la cara se dividen en superficiales y profundas; las que están en más íntima relación con maxilar y mandíbula son:

Vena facial:

Es una vena superficial que pasa sobre el buccinador, adosándose al borde anterior del masetero, hasta el borde inferior de la mandíbula. En la cara recibe varias venas, entre ellas, la vena alveolar que se origina del plexo alveolar situado detrás de la tuberosidad del maxilar superior.

Vena Maxilar:

Es una vena profunda, pasa entre el cóndilo de la mandíbula y el ligamento esfenomaxilar, está formado por la confluencia de las venas en el plexo pterigoideo. Las venas que forman este plexo son: las venas temporales profundas, pterigoideas, dentarias inferiores, maseterinas y meníngea media.

Hay una vena del cuello, que se relaciona con los maxilares y es la vena yugular externa; es ta nace al nivel del cuello del cóndilo, está formada por la unión de la retromaxilar con la vena auricular posterior; al principio es intraparotí - dea después se hace superficial, cubierta por la piel y el músculo cutáneo.

B I B L I O G R A F I A

1. Chusid G. Joseph. V par craneal; Trigémimo.
Neuroanatomía Correlativa, Neurología Funcional .
Editorial el Manual Moderno, 1977.
p. 101-103

2. Lockhart, R.D. ; Hamilton, G. F. ; Fyfe, F.W.
Anatomía Humana
Nueva Editorial Interamericana 1965
p. 45, 50-54, 156-157, 310, 312, 314, 605.

3. Mayo, Gross Charles
Anatomía Gray. Salvat Editores, 1965
p. 147-150, 178-183, 366-372, 558-559, 647-650, 657-660.

4. Petren Ture, Nervio Trigémimo, Sinosis Anatómica
Manual Ilustrado de Odontología Astra.
p. 16, 18.

5. Ramfjord, Ash.
Musculos Masticadores, Oclusión.
Nueva Editorial Interamericana, 1972
p. 47

6. Testut, Leo.

Tratado de Anatomía Humana.

Salvat Editores 1978.

p. 39-48, 153-159, 268, 312.

CAPITULO II

GENERALIDADES DE PATOLOGIA

DE

AMELOBLASTOMA

Generalidades de Patología de Ameloblastoma

El término Ameloblastoma se refiere a las neoplasias epiteliales que contienen un componente epitelial odontogénico, por lo tanto, está clasificado dentro de los tumores odontogénicos, considerado como benigno, el cual imita en apariencia al órgano del esmalte.

Origen:

Se han dado varios orígenes, aunque se desconoce el estímulo que inicia el proceso.

- 1.- Revestimiento epitelial de quistes odontogénicos, particularmente el dentífero y odontomas.
- 2.- Los restos de la lámina dental y del órgano del esmalte o restos de la vaina de Hertwing, o restos epiteliales de Malassez.
- 3.- Capa basal de la mucosa bucal.
- 4.- Trastornos del órgano del esmalte en desarrollo.

5.- Epitelio heterotrópico de otras partes del organismo, especialmente la pituitaria.

La histoquímica ha ayudado a descubrir las células de origen, y es mucho más probable que el ameloblastoma se derive de la lámina dental que de el ameloblasto, ya que éste último está muy diferenciado en comparación con las células de la lámina dental. Las formas plexiformes, folicular y acantomatosa del ameloblastoma refleja el potencial de la célula sobre la lámina misma, la capa basal sobre la cual deriva y el folículo dental el cual forma.

Se han comunicado algunos casos de ameloblastoma en los cuales han tenido su origen en los tejidos blandos y no en el hueso, lo cual implica que deriva de restos de la lámina dental.

Se comunicó el estudio de un caso de ameloblastoma originado en la pared del quiste dentífero, y después de ello se han reconocido muchos casos generados del mismo modo.

Se revisaron 641 casos de ameloblastoma y hallaron que 108 de ellos alrededor del 17 por 100, estaban vincula

dos en forma decidida con un diente retenido o un quiste folicular (dentífero) o con ambos.

Resulta muy difícil establecer sin lugar a duda el origen del ameloblastoma en el epitelio superficial de los máxilares. Se han registrado muchos casos que ilustran una comunicación directa entre ameloblastoma y epitelio mucoso que lo cubre, sin embargo, ésto no descarta la posibilidad de que prolifere en neoplasia en la periferia hasta alcanzar el epitelio superficial y que luego se una con él.

Se han visto algunos casos en los cuales el ameloblastoma, está totalmente fuera del hueso y ésto apoyaría la idea del origen en el epitelio superficial, pero tampoco así se descarta el origen en restos persistentes en la lámina dental.

En lo referente al origen pituitario, se dá en las porciones abiertas del conducto craneofaríngeo fetal que deriva a su vez de la bolsa de Rathke. Este es un receso producido como consecuencia de la invaginación de una parte del ectodermo estomático y la glándula pituitaria, se forma por la fusión de estas bolsas con una prolongación del cerebro anterior. Los restos epiteliales del conducto craneofaríngeo son muy comunes en el adulto. Estos restos

celulares, tienen cierto potencial múltiple y a veces son capaces de producir tumores histológicamente similares al ameloblastoma de maxilares, una característica microscópica del ameloblastoma pituitario (creaneofaringioma, tumor de la bolsa Rathke) que por lo general no aparece en el ameloblastoma, es la presencia de casi constantes masas calcificadas regulares así como algunos focos de hueso o de cartilago metaplástico.

En lo que se refiere a frecuencia en Ameloblastoma es relativamente baja, formando solo el 1% de los tumores y quistes de los maxilares.

Se han publicado varios resúmenes de ameloblastomas y en un análisis de mil casos reveló que el ameloblastoma aparece con más frecuencia de los 30 a los 50 años de edad, la edad media a la que se establece el diagnóstico inicial, es de 38.5 años. Aunque por lo menos una tercera parte de los tumores habian tenido una duración de dos años o menos antes del diagnóstico, algunos existían hacia más de 50 años.

También, señalaron una notable reducción en la prevalencia de tales casos de 30 años presumiblemente debido a la pérdida del potencial ameloblastomatoso del epitelio

odontógeno en los folículos dentales retenidos o quistes foliculares a medida que el paciente envejece.

Algunas veces se han observado ameloblastomas en niños. Sin embargo, al ser reexaminados muchos de estos tumores resultaron ser fibromas ameloblásticos, odontomas o incluso tumores derivados de las glándulas salivales menores, pero no por esto, sí se han observado verdaderos ameloblastomas, un caso en un niño de 6 años de edad.

No se ha advertido ninguna preferencia racial o sexual.

En el 81% de los casos el ameloblastoma es localizado en la mandíbula, mientras que el 19 por 100 se encuentra en la maxila.

En la mandíbula cerca del 70 por 100 está localizado en la región molar y el 10 por 100 en la región de los incisivos.

Las principales características clínicas de ameloblastoma son que en las primeras fases de desarrollo el tumor suele ser asintomático y muchas veces se encuentra durante una exploración radiográfica normal habitual. Cuando el

ameloblastoma de desarrollo en un quiste primordial, los signos y síntomas son los de cualquier lesión quística central de los maxilares.

En estos casos, puede ser que el tumor se descubra só lo después de estudiar muchos cortes del quiste, Por lo ge neral el principal síntoma es un crecimiento lento y conti nuo del tumor y puede estar presente algún tiempo antes de que el enfermo se dé cuenta de su existencia. El cual podría alcanzar una medida de la cabeza de un niño especialmente como se observa en la gente primitiva.

En los tumores de moderado tamaño, el motivo de la - consulta suele ser un agrandamiento doloroso del hueso a - afectado. A la exploración bucal, la parte afectada mostra rá una masa dura ósea no dolorosa, de tamaño variable que aumenta la superficie bucal-lingual del maxilar. La masa puede ser de superficie lisa de forma redondeada u ovalada recubierta por una mucosa de color rosado normal. Los -- dientes de la zona pueden ser algo móviles y estar mal ali neados.

En caso de una enfermedad avanzada, los signos son más importantes. El enfermo presenta asimetría importante, a veces dolorosa de los maxilares y relata una historia de

crecimiento lento continuo, desde hace varios años. La masa puede ser de varios centímetros de tamaño y ocupar un espacio considerable en la boca, produciendo una alteración en la función bucal. La superficie puede ser lobulada y la mucosa puede ulcerarse. Los tumores mayores son dolorosos a la palpación debido a la presión sobre los troncos nerviosos, y puede ser crepitante o de dureza ósea dependiendo de degeneración quística de su interior. Los dientes contiguos suelen estar mal colocados y móviles pero generalmente conservan la vitalidad. En aquellos enfermos en los que el canal mandibular se ha invadido, puede haber parestesias de labios, y los dientes de cuadrante afectado responderán negativamente a las pruebas de vitalidad de la pulpa. En aquellos enfermos con una pérdida extensa de la cortical ósea puede haber fracturas patológicas que puede seguirse de osteomielitis secundaria, que complica el cuadro clínico.

Aspectos Macroscópicos. El ameloblastoma, está caracterizado macroscópicamente por una dilatación fusiforme o cilíndrica del hueso en la cual participa especialmente la lámina ósea lingual del maxilar inferior. La perforación es rara y en caso de ocurrir se efectúa cuando el curso del tumor se halla muy avanzado. El tumor tiene un color blanco grisáceo o amarillo grisáceo y es fácil de cortar. Hay

numerosos quistes pequeños que miden menos de 2 cm. En ocasiones los quistes pueden ser mayores y los tumores só lidos. Los quistes tienen un revestimiento liso y contie nen un líquido incoloro hasta color paja o una sustancia gelatinosa. En las lesiones quísticas inicialmente que pueden estar relacionadas con dientes, el ameloblastoma quizá presente un engrosamiento mural.

Aspectos Microscópicos. Microscópicamente el ameloblastoma, está caracterizado por islas o filamentos epiteliales en un estroma de tejido conjuntivo fibroso. La periferia de los filamentos o islas, está formada por células ameloblásticas. La mayoría de los tumores presenta una de las dos imágenes predominantes, plexiforme y folicular, que son semejantes respectivamente a las porciones superior o inferior de la lámina dental. Algunas veces existen ambas imágenes en el mismo tumor. (Spouge; Spouge y Spruyt; Sonesson; Small y Waldron; Masson y Cols).

En el tipo folicular hay tendencia a imitar el órgano del esmalte. Las células mas externas se parecen a las del epitelio dental interior (es decir, la capa ameloblástica). Estas células son cilíndricas altas con el núcleo "polarizado", lejos de la membrana basal. La porción

central de la isla del epitelio, está compuesta por una red laxa de células semejantes al retículo estrellado. Hay que tener cuidado de no confundir cambios degenerativos en los restos odontológicos con el tipo folicular de ameloblastoma. Las células de la zona reticuliforme, presenta muchas veces metaplasia escamosa. Estas islas de epitelio escamoso queratinizante ha dado lugar al término de ameloblastoma acantomatoso. En algunas ocasiones hay calcificación de estas islas metaplásicas, fenómenos extremadamente frecuente en el craneofaringioma.

Hay degeneración quística tanto dentro de la zona estrellada de los folículos como en la estroma. En el primero hay una desaparición de la zona central de los folículos que deja un espacio claro revestido por células aplanadas posiblemente como resultado de un flujo sanguíneo deficiente. Algunas de las células centrales se transforman en cuerpos eosinófilos PAS positivos. La causa de la degeneración de la estroma es menos evidente, pero resulta un fenómeno habitual.

En el tipo plexiforme, la imagen está caracterizada por masas irregulares y cordones interdigitales de células epiteliales. No está bien definida la porción que corresponde a la zona parecida a un retículo estrellado observada

en el tipo folicular. Las células de los bordes se parecen algo a los ameloblastos o células basales. En este tipo hay frecuentemente degeneración quística de la estroma. Hay que tener cuidado en diferenciar entre el tipo plexiforme y la proliferación epitelial no neoplásica tan frecuente en las paredes de los quistes dentales.

El estroma del ameloblastoma se compone de tejido conjuntivo fibroso maduro que tiene una abundante vascularización. Algunas veces la vascularidad es tan intensa que el tumor se ha denominado hemangioameloblastoma. El tejido conjuntivo acompañante era mínimo y el epitelio apretado por las paredes de los vasos dilatados. Los vasos no son neoplásicos y puede ser que el tumor no debe ser separado del ameloblastoma solamente por esta razón.

El ameloblastoma debe ejercer algún efecto sobre la estroma adyacente de tejido conjuntivo, ya que algunas veces se observa una estrecha zona hialinizada en la proximidad de la capa ameloblástica. Algunos ameloblastomas tienen numerosas figuras mitóticas y exhiben una gran agresividad, estos casos se pueden clasificar como ameloblastoma maligno o carcinoma ameloblástico.

Histoquímica de Ameloblastoma. Histoquímicamente el ameloblastoma se observa que las células del tumor, no suelen tener fosfatasa alcalina, pero que son ricas en fosfatasa ácida y esterasa. Existe una intensa actividad de amino-peptidasa en la estroma y ninguna en las células del tumor. La diaforasa estaba fijada a DNA en el epitelio. Había ácido succínico deshidrogenasa en las células periféricas y encontraron las deshidrogenásas láctica y málica desde la zona periférica hasta la paraqueratósica en el ameloblastomas de tipo acantomatoso, pero estaban limitadas a los ameloblastomas de tipo plexiforme.

Al investigar la B-glucoronidasa en el ameloblastoma, se encontró que la enzima estaba limitada al citoplasma de las células tumorales, hallazgo similar al efectuado en el carcinoma de células escamosas.

El ameloblastoma ha sido estudiado en cultivo de tejido y se demostró que las células ameloblásticas periféricas del tumor se diferencian menos que las células epiteliales interiores del esmalte del germen del diente en desarrollo, hallazgo que está de acuerdo con el concepto de que el ameloblastoma tiene su origen en la lámina dental o en epitelio exterior del esmalte.

En el ameloblastoma, se han encontrado fibras de oxitalano, pero se desconoce su posible importancia.

Características Histológicas.

El ameloblastoma se asemeja mucho al órgano del esmalte, aunque es posible distinguir diferentes clases por similitud con las diferentes etapas de la odontogénesis. Como el cuadro histológico del ameloblastoma varía mucho, por lo común se describen una cantidad de diferentes tipos.

El ameloblastoma folicular (simple) se compone de muchas islas tumorales circunscritas que constan de una capa periférica de células cuboideas o cilíndricas cuyos núcleos están, por lo general bien polarizados. Estas células son muy semejantes a los ameloblastos o preameloblastos y encierran una masa central de células poliédricas, holgadamente dispuestas que se parecen al retículo estrellado. Los términos "sólido" y "quistico" han sido aplicados con frecuencia al ameloblastoma para referirse al aspecto clínico o histológico variado del tumor. Desde el punto de vista macroscópico, algunos tumores presentan minúsculos quistes que son muy evidentes cuando la lesión es

enucleada y examinada atentamente. En estos casos, el tejido con aspecto de retículo estrellado se ha destruido por completo o ha sufrido una degeneración quística, y entonces suele haber aplanamiento de las células cilíndricas periféricas de manera tal que lleguen a parecer células cuboideas o hasta escamosas. En el ameloblastoma de tipo folicular, la formación quística es relativamente común.

En el ameloblastoma plexiforme, las células tumorales de aspecto ameloblástico se disponen en masas irregulares, o con mayor frecuencia como una trama de cordones celulares. Cada una de estas masas o capas está limitada por una capa de células cilíndricas y entre estas capas se hallarán células con aspecto de retículo estrellado. El tejido con aspecto de retículo estrellado, es menos destacado en el tipo plexiforme que en el folicular de ameloblastoma.

El ameloblastoma de tipo basocelular, tiene una considerable semejanza con el carcinoma basocelular de la piel. Así, las células tumorales epiteliales son más primitivas y menos cilíndricas, y por lo general se disponen en capas, más que en otro tipo de tumores.

En el ameloblastoma, acantomatoso, las células que

ocupan la posición del retículo estrellado sufren metaplasia escamosa, a veces con formación de queratina en la -- porción central de las islas tumorales. Estos suelen ocurrir en el Ameloblastoma de tipo folicular. A veces, se observan hasta perlas epiteliales o de queratina.

En el ameloblastoma de células granulares hay una gran 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 de el tipo de ameloblastoma, las que toman el aspecto granular. Puede tener cierto significado clínico el que se haya informado que una cantidad de casos de ameloblastoma de tipo granular dan metástasis.

El estroma de tejido conectivo asociado con todos estos tipos de ameloblastoma, puede variar en algo, pero por lo general consta de hacer de fibras colágenas que pueden ser relativamente laxos o densos.

B I B L I O G R A F I A

1. Bart R. S. ; Kopf A W
Metastasis of ameloblastoma after irradiación (letter)
J. Dermatol Surg Oncol 1978 Aug.; 4(8); 552

2. Constantinides J. ; Zachariades N.
Homogenous bone grafts to the mandibule.
J. Oral Surg. 1978 Aug.; 36 (8); 599-603.

3. Giunta, John
Patología Bucal
Ed. Interamericana S.A. de C.V.
1a. Ed. 1973
p. 105-106

4. Gorlin, Robert J. ; Goldman, Henry M.
Patología Oral
Salvat Editores S. A. Primera Edición 1973
p. 527-531

5. Pindborg, S. J. ; Hansen, E. Hjørtning
Atlas of Diseases of the Jaws
Munksjuarda, Copenaguen; 2nd Priting 1978.
p. 24, 40, 64, .80, 82, 85, 86, 88, 90, 102, 104, 136.

6. Resident's page.
Pathologic quiz, case 2. Ameloblastoma.
Arch Otolaringol 1979 Jan; 105 (1); 54-55-56.

7. Shafer, William, G.; Hine, Maynard K; Levy Barnett. M.
Tratado de Patología Bucal.
Tercera Edición 1977 por Nueva Editorial Interamericana.
p. 253- 256.

8. Smith, Roy M. , Turner, James E. , Robins, Morris L.
Atlas of Oral Patology.
The C.V. Mosby company, ST . Louis Toronto London 1981
p. 48, 49, 50.

9. Wesley R K ; Borninski E R ; Mintz S.
Peripheral Ameloblastoma; Report of case and review of the
literature.
J. Oral Surg 1977 Aug; 35 (8); 670

10. Zegarelli, Edward V.; Kutsher, Austin A. ; Hyman G. A.
Diagnóstico en Patología Oral.
1972 Salvat Editores, S. A. Barcelona España.
p. 274-276.

CAPITULO III

DIAGNOSTICO DE AMELOBLASTOMA

Diagnóstico de Ameloblastoma

Debe sospecharse un ameloblastoma cuando se encuentran los siguientes caracteres:

- 1.- Una deformación asimétrica de los maxilares, grande, lobulada, no ulcerada, sobre todo cuando se ve en la mandíbula posterior;
- 2.- Una historia de crecimiento lento y continuo y relativamente sin molestias excepto en los casos de enfermedad muy avanzada, cuando puede haber dolor, parestesia o complicaciones de fracturas patológicas y de infección secundaria;
- 3.- La demostración por 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 erupcionado.

Aunque estas características hacen pensar mucho en un ameloblastoma, no son patognómicas de una muestra de tejido. La biopsia de las zonas císticas puede desorientar al anatomopatólogo, por lo que se debe intentar obtener dos o más muestras, por lo menos una de las cuales ha de ser de las partes más solidas del tumor.

Aspectos Radiográficos:

Las técnicas radiográficas extraorales especializadas que se emplean para la localización de un Ameloblastoma son la : Ortopantomografía, Lateral Oblicua de Mandíbula, Lateral de Cráneo y Postero Anterior.

Este Tipo de radiografías, como emplean el principio de la laminografía en la zona facial, dan una vista sin obstrucciones o prospectiva sobre una amplia zona, lo que permite gran campo de observaciones.

Estas técnicas tienen una utilidad limitada para el exámen de la zona de los maxilares.

Los procedimientos de la radiografía extraoral, no son muy usados en la práctica rutinaria y ésto es un inconveniente por que pueden tener un valor diagnóstico para el Cirujano Dentista cuidadoso que se esfuerza por comprender la sintomatología radiográfica contrariamente a lo que suele creer, los procedimientos extraorales son gradualmente menos difíciles que las técnicas intraorales.

Pero debido a que estos procedimientos son muy especializados y están designados para proveer una información

de tipo científico y el equipo para tomar las placas es de costo elevado. Hay otros procedimientos radiográficos intraorales que se emplean a nivel rutinario que mediante una serie se agrupan imágenes que permiten examinar la maxila y mandíbula completa.

Este tipo de radiografías son las periapicales y oclusales.

De estas placas observaremos las siguientes características radiográficas:

En ameloblastoma son muy variables, dependiendo de la duración, localización y extensión de la degeneración quística que halla ocurrido en el interior de la masa tumoral.

La mayoría de los tumores quísticos crecen de una forma más amplia y más expansiva pueden ser uniloculares o multiloculares. La lesión unilocular se ve como una radiotransparencia de tamaño variable, redonda u ovalada, central. La zona lítica suele ser homogénea, tiene un borde periférico bien definido pero suele carecer de margen hiperostótico.

Aquellos ameloblastomas que se desarrollan a partir

de quistes primordiales se suelen localizar en aquellas regiones en las que falta un diente, o pueden rodear la corona de un diente existente. Aquellos que se desarrollan de novo, a partir de otros orígenes odontogénicos, se localizan generalmente entre las raíces de dos dientes, o bien - entre los ápices, pareciendo así un quiste periodontal o una patosis periapical. En los primeros estadios, las trabéculas y los espacios medulares están reemplazados por el tumor expansivo, y no hay señales de destrucción o expansión de la cortical ósea.

Si la lesión aumenta de tamaño y hay degeneración -- quística extensa, el tumor se presenta como una radiotransparencia multilocular, de forma irregular. Cada departa - mento está parcialmente separado por delgados tabiques óseos, de diverso grado de densidad y que le dan un aspecto de panal de miel. El borde periférico está bien limitado pero a veces es difuso y mal definido, lo que hace pensar en una neoplasia más invasiva y más sólida.

En la mandíbula, las lesiones líticas pueden extenderse por delante hasta la zona mentoniana y por detrás hasta la rama. Los ameloblastomas que se desarrollan en la maxila suelen ser más agresivos y difusos, y no es raro que invadan el antro y el suelo de la nariz. Los ameloblastomas

que se desarrollan en la tuberosidad pueden extenderse hacia la base del cráneo.

En los casos de enfermedad avanzada, hay un extenso adelgazamiento y expansión de las láminas corticales pero es raro que el tumor erosione mas allá del periostio. La reacción perióstica que se ve en el sarcoma osteogénico y en el Ewing no es característica del ameloblastoma.

La destrucción de la lámina dura y de la membrana periodontal se ve a menudo en algunos casos en los que se encuentran señales de resorción de las raíces.

Debe decirse que la extensión clínica y radiográfica de la lesión, es engañosa, y que la invasión ósea es mucho mayor que la que señalan los límites aparentes del tumor, sobre todo en la variedad sólida.

B I B L I O G R A F I A

1. Bart R. S. ; Kopf A W
Metastasis of ameloblastoma after irradiation (letter)
J. Dermatol S-urg Oncol 1978 Aug. ; 4(8) ; 552

2. Giunta, John
Patología Bucal
Ed. Interamericana S. A. de C. V.
1a. Edición 1973
p. 105- 106.

3. Gorlin, Robert J. ; Goldman, Henry M.
Patología Oral
Salvat Editores S. A. Primera Edición 1973.
p. 531-535

4. Harnisch, Herbert
Clinica y Terapeutica de los Quistes Maxilares.
Dis Quintessenz Berlin y Chicago 1973

5. O'brien Richard C.
Radiología Dental
Tercera Edición 1979 por Nueva Editorial Interamericana
p. 27-143.

6. Pindborg, S.J. ; Hansen, E. Hjorting.
Atlas of Diseases of the Jaws
Munksjuarda, Copenaguen; 2nd Pritinig 1978
p. 82, 83, 84.
7. Resident's page
Patologic quiz, case 2. Ameloblastoma.
Arch Otolaringol 1979 Jan; 105 (1); 54,55,56.
8. Shafer, William, G. ; Hine, Mayard K. ; Levy Barnet. M.
Tratado de Patología Bucal.
Tercera Edición 1977 por Nueva Editorial Interamericana.
p. 255-260.
9. Smith, Roy M. , Turner, James E. , Robins, Morris L.
Atlas of Oral Patology
The C.V. Mosby a Company, ST. Louis Toronto London 1981.
P. 48, 49, 50.
10. Vedoft, P. ; Dabelsteen E.
Distribution of bood group antigens A, B and H was examined in
ameloblastomas and normal mucosa from 15 patients.
Scand, J. Dent Rest 1981 Oct; 89(5) 424-430.

11. Wehrmann, Arthur H, Manson Lincoln, R.
Radiología Dental.
2a Edición por Salvat Editores, Mayorca Barcelona 1975.

12. Wesley R K ; Borninski E R ; Mintz S.
Peripheral ameloblastoma; Report of case and Review of the
literature.
J. Oral Surg 1977 Aug; 35(8); 671-672.

13. Zegarelli, Edward V. ; Kutsher, Austin A. ; Hyman G.A.
Diagnóstico en Patología Oral.
1972 Sálvat Editores, S. A. Barcelona España.
p. 277.

CAPITULO IV

TRATAMIENTO DE AMELOBLASTOMA

Diagnóstico Diferencial

Se debe tener en cuenta los Sarcomas primitivos óseos, las metástasis neoplásicas y el granuloma reparador de células gigantes. El sarcoma de Ewing suele verse en enfermos de menos de 20 años y es un tumor de rápida evolución.

La lesión es dolorosa y la metástasis es precoz. A veces se encuentra el tipo de reacción perióstica conocida como piel de cebolla.

Tratamiento y Pronóstico

Hay cierta diferencia de opinión sobre la técnica más adecuada para el tratamiento de ameloblastoma. La curación del paciente, solo se obtiene con la eliminación completa de la neoplasia, independientemente de como se realice.

Los tipos de tratamiento empleados son los siguiente:

- 1.' Pacientes tratados por radioterapia.
- 2.- Pacientes tratados quirúrgicamente.

Estudios realizados sobre tratamiento de ameloblastoma por irradiación demostró que por lo general esta neoplasia es muy radioresistente y no se justifica el uso de ésta clase de tratamiento.

Siendo que el ameloblastoma es un tumor persistente, y se señala un porcentaje de recidivas de hasta el 35%. Por ello es necesario practicar la extirpación en bloque, extendiéndose más allá de la dimensión radiográfica del tumor. Deben retirarse los tejidos de los bordes de resección para practicar la exploración microscópica. Muy a menudo se alcanza el éxito en la primera intervención quirúrgica, por lo que la extirpación debe comprender todo el tejido posible, incluso a expensas de la cortical ósea inferior de la mandíbula, que puede substituirse mediante un injerto. Las posibilidades de curación mediante la extirpación quirúrgica de un ameloblastoma recidivante son mucho menores.

En las lesiones muy grandes en las que se crea que la recidiva es inevitable, la operación debe ser conservadora, esperando a tratar las lesiones posteriores conforme vayan surgiendo.

Algunos ameloblastomas han recidivado de 10 a 15 veces después de tratamiento, lo que hace pensar en el

desarrollo de nuevas lesiones primitivas mas que en el crecimiento continuo de un tumor extirpado de forma inadecuada.

El pronóstico para pacientes atacados por ésta enfermedad, neoplásica es favorable. Como se trata esencialmente de un problema local, que metastatiza muy raras veces, puede causar desfiguración, pero pocas veces la muerte, salvo que la invasión local afecte estructuras vitales.

B I B L I O G R A F I A

1. Bart R S ; Kopf A W
Metastasis of ameloblastoma after irradiation (letter)
J. Dermatol Surg Oncol 1978 Aug.; 4 (8); 552

2. Constantinides J. ; Zachariades N.
Homogenous bone grafts to the mandibule.
J. Oral Surg. 1978 Aug.; 36(8); 599-603.

3. Gorlin, Robert J. ; Goldman, Henry M.
Patología Oral
Salvat Editores S. A. Primera Edición 1973
p. 530-531

4. Harnisch, Herbert
Clínica y Terapeutica de los Quistes Maxilares.
Die Quintessenz Berlin y Chicago 1973

5. Pindborg, S.J. ; Hansen, E. Hjorting
Atlas of Diseases of the Jaws
Munksjuarda, Copenaguen; 2nd Priting 1978.
p. 84.

6. Resident's page
Pathologic quiz, case 2. Ameloblastoma.
Arch Otolaringol 1979 Jan; 105(1); 54-55-56.

7. Shafer, William, G. ; Hine, Maynard K; Lévy Barnet. M.
Tratado de Patología Bucal
Tercera Edición 1977 por Nueva Editorial Interamericana.
p. 260.

8. Smith, Roy M. , Turner, James E. , Robins, Morris L.
Atlas of Oral Patology
The C.V. Mosby company, ST. Louis Toronto London 1981.
p. 50.

9. Wesley R K ; Borninski E R ; Mintz S.
Peripheral ameloblastoma; Report of case and review of the
literature.
J. Oral Surg 1977 Aug; 35(8); 671,672.

10. Zegarelli, Edward V. ; Kutsher, Austin A. ; Hyman G. A.
Diagnóstico en Patología Oral.
1972 Salvat Editores, S.A. Barcelona España.
p. 277-278.

CAPITULO V

PRESENTACION DEL ESTUDIO

DE

CASOS CLINICOS

TRATADOS EN DIFERENTES HOSPITALES

DE LA

CIUDAD DE MEXICO

NOMBRE

A.F.U.

EDAD

26 años

Originaria del Estado de Guerrero, es obrera, procreó 2 hijos, paciente cooperativa, nivel sociocultural bajo. Sus relaciones interfamiliares son buenas, divorciada.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Se presentan aparentemente sanos

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

No refiere haber tenido enfermedades propias de la infancia. Hace 7 años fué intervenida en el Hospital Militar, se le practicó maxilectomía izquierda.

Embolia cerebral hace 7 años.

El 27 de noviembre de 1980, se le practicó descompresión al parecer del antro maxilar izquierdo.

PADECIMIENTO ACTUAL

Paciente femenina de 26 años de edad mandado de su clínica con Dx de Ameloblastoma de maxilar operada fuera de la unidad. Refiere la paciente haber iniciado su padecimiento des

de hace 8 años posterior a la extracción a una pieza dentaria, presentó salida constante de material purulento fué vista y estudiada en el Hospital Militar, donde se le practicó maxilectomía hace 7 años con reporte de ameloblastoma de maxilar izquierdo, todo éste tiempo estuvo asintomática hasta hace tres meses en que presentó dolor intenso en la región del maxilar izquierdo. El 27 de febrero de 1980, se le practicó antrotomía en donde se encontró una masa tumoral que tomaba todo el piso de la órbita así como pus en sus interiores.

SINTOMAS GENERALES

Dolor de tipo punsante en hemicara izquierda.

Se presenta en buen estado anímico.

Signos vitales dentro de los límites normales.

EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO

Cabeza

Cráneo normocéfalo, con pelo negro bien implantado, no se despierta dolor a la palpación a nivel del globo ocular izquierdo, le provoca dolor cuando la movilidad hacia la parte externa, con buena movilidad, boca de tamaño normal, con pérdida de dentadura del lado izquierdo, así como pérdida parcial del maxilar del lado izquierdo, se toca tumoración a ni

vel de antromaxilar y región malar izquierda, se observa depresión de piso de órbita izquierda, así como prominencia tu moral que desplaza el globo ocular hacia arriba y afuera.

Istmo de las fauces normal, con la laringoscopia indirecta de características normales.

Cuello

Cuello cilíndrico largo, con buena movilidad, pulsos carotídeos presentes de buen tono, no se palpa tiroides, ni adenopatías cervicales.

17 XII 80

La paciente se presenta al servicio de urgencias con importante dolor punzante en región malar izquierda.

23 XII 80

Se remite al servicio de Cabeza y Cuello

PLAN:

Se le ordenan exámenes generales, así como radiografías de la región Maxilar y de Orbitas.

24 XII 80

La paciente se presenta al servicio de urgencias por dolor intenso continuo que no cede con analgésicos, por el momen-

to es manejada por sedación y analgesia en forma continua a base de cloropromazina, trifluoperazina, dimetil-pirazolo-
na en forma de goteo continuo (550 ml. s.g. 5% para pasar en
8 horas).

25 XII 80

Dolor disminuido

26 XII 80

Biopsia

Continúa dolor intenso

04 I 81

Reporte de Biopsia: Patología Ameloblastoma

06 I 81

Plan:

- 1.- Dieta Blanda Suave
- 2.- Analgésicos: Dipirona 1 amp. IM c/6 horas en caso de dolor.
- 3.- En caso de dolor intenso, administrar 500 c.c. de solución glucosada al 5% más 2 amp. de cloropromazina más 2 ampls. de dipirona. Goteo a dosis respuesta.

Tomografía de Maciso Facial.

Tomografía Axial de Orbitas.

Refiere trastornos visuales:

Como disminución de la agudeza visual, epifora, etc.

09-1-80

Actualmente existe evidencia clínica y Rx de destrucción del piso y pared lateral de la órbita izquierda por el tumor.

La conducta a seguir será la de efectuar cirugía radical con sistente en maxilectomía radical, con orbitotomía exploradora en dicho momento por el servicio de oftalmología con miras a valorar extensión tumoral y posibilidad remota de conservar el globo ocular. Tele de torax normal.

16-I-81

Toma de impresiones al paciente para hacer prótesis quirúrgica y se hablará con C y C para ver la extensión de la prótesis.

18-I-81 Nota pre-anestésica

No hay antecedentes heredofamiliares de interés fué sometida quirúrgicamente sin complicaciones anestésicas, tabaquismo y alcoholismo negativos así como toxicomanías. Refiere embolia cerebral hace 7 años. Resto negativo. Exámenes de laboratorio dentro de los límites normales.

19-I-81 Nota posanestésica

Paciente que se le realizó maxilectomía radical, se le manejó con anestesia general.

Técnica:

Inducción tiopental 500 mg. Realizándose relajación del paciente con Succinil colina 40mg. Se realiza laringoscopia directa sin incidentes, se intuba con sonda Rush # 34. Se aplicó dosis única de fentanyl 100 Mcgs.

Mantenimiento con flutape dosis variable N20 y O2 al 50%
Previa aspiración y presencia de reflejos.

Se extuba al paciente.

Solución administrada en total de 2 500 ml.

Sangrado aproximado 350 ml.

Tiempo anestésico 5.20 horas.

Nota Operatoria.

Diagnóstico Postoperatorio: Ameloblastoma recidivante del maxilar izquierdo.

Hallazgos Quirúrgicos: Tumor azul violáceo, blando limitado, que involucraba del maxilar izquierdo parte del malar, destruía el piso de la órbita sin afectar el globo ocular, invadía el hueso nasal sin llegar a la mucosa.

Operación practicada: Orbitotomía Exploradora, Maxilectomía izquierda, Plastia Orbitaria.

Sangre perdida: 350 cc.

Objeto de la Operación: Curativa y Diagnóstica.

Drenaje: Penrose en muslo izquierdo.

Estado Postoperatorio: Delicado.

Cirujanos: Dr. J.L.C.

Dr. B.D.C.

Dr. F.T.P.

Ayudante Dr. A.J.

20-I-81

Primer día postoperatorio. Regular estado general. Refiere - dolor importante sobre área quirúrgica. Sus signos vitales estables, hidratada regular coloración, refiere sed. El área quirúrgica sin problemas, edema facial moderado, no hay sangrado ni colecciones, los campos pulmonares y el abdomen sin patología agregada. Prótesis bien. Se continúa con sol. I. V. para administración de antibiótico y analgésicos.

Sonda nasogástrica para alimentación. Sedante. Evolución Satisfactoria.

23-I-81

Cuarto día de postoperatorio. La herida quirúrgica en buen estado, moderado dolor, Zona donadora de injerto sin complicaciones.

24-I-81

24-I-81

La paciente evoluciona en forma satisfactoria, tolera la vía oral, zona donadora sin problemas.

26-I-81

Ya que fué retirada la prótesis e incluso se retira un punto de sutura en la encía superior del lado derecho, se efectuó irrigación de cavidad posterior al retiro del taponamiento en orificio postquirúrgico del antro maxilar extirpado, se deja adentro gasa suelta la paciente ya sabe colocarse la prótesis oral, palatina y se le indica practicar el habla con la misma. Se le retiran soluciones parenterales y la penicilina cristalina y se cambia al análgico a vía intramuscular y ampicilina por vía oral, sigue con diazepam.

28-I-81 Evolución y alta de C y C

La paciente en 90. día de PO Maxilectomía izquierda por ameloblastoma.

Evolución satisfactoria, signos vitales normales, herida cicatrizando bien, aún no se retira puntos de parpado hasta valoración por oftalmología. La paciente puede ser egresada para continuar su control como externa.

3-III-81

El reporte definitivo de la pieza quirúrgica es de : Amelo -

blastoma. Límites quirúrgicos libres de tumor.

Ha evolucionado con ligero dolor a nivel del párpado inferior y en el ala inferior de la nariz, escosor parpebral y conjuntival, refiere edema del párpado inferior. En la exploración se encontró con buen estado general, ligera lagftamia; no alteración corneal, edema palpebral inferior izquierdo dolor e hipersensibilidad a nivel de comisura expalpebral a nivel quirúrgico hay costras mucosas y ligera necrosis. Se considera su evolución normal. Solo se enviará a curaciones con objeto de que se humedifique y se desprendan las costras. Se efectúan lavados con jeringa asepto y expulsa gran cantidad de secreciones.

16-III-81

La paciente es remitida a Foniatría, ya que después de realizada la cirugía, quedó con disartria y epifora disfonia y por ello se le ha creado una prótesis oclusiva de la cavidad y exploración de la cavidad orbitaria con plastia orbitaria.

Este servicio consistirá en la utilización correcta de la prótesis que tiene que separa la cavidad bucal de la nasopalatina, deberá dar la prominencia del pómulo y permitirá la masticación de fonemas, todo ello coordinado con el fenómeno pneumofónico.

27-III-81

La paciente es remitida a Neurocirugía para rastreo óseo con pirofosfatos.

14-VII-81

La evolución ha sido satisfactoria y la exploración neurológica normal asintomática. No amerita control por éste servicio.

22-VII-81

Paciente con disartría y disfonía quirogenicas por la resección de Ameloblastoma maxilar, el cual ameritóla resección maxilar y piso de la órbita izquierda.

La rehabilitación ha comprendido la obturación de prótesis obturadora y conexión en su técnica vocal, mejorar el esfínge velofaríngeo y reaprender puntos articulatorios con lo cual se ha conseguido normalizar la voz nasigurizada y comprender el 100% de los fonemas linguopalatinos.

Por lo anterior se dá de alta recomendándole que asista al servicio de Cirugía Plástica y OMF donde le corregirán cosmeticamente la cara.

19-X-81

Se revisa placa definitiva superior se permite buena articulación de la palabra.

8-XII-81

Se diseña la prótesis nasal, se le fabrica primero en cera y se le prueba quedando satisfactoriamente, se le fabrica en silicón.

8-II-82

Se le da alta temporal.

2-VI-82

Refiere cefalea de predominio temporal izquierdo.

19-IX-83

Biopsia.- Lipoma en región parietal izquierda adesc. metástasis.

30-IX-83

Evolución satisfactoria. Extracción de la pequeña tumoración sin complicación.

15-XII-83

Evolución satisfactoria.

El lecho quirúrgico, se observa la mucosa y la zona injertada en buen estado.

Se solicitaron los siguientes estudios
gráficos pre- y postoperatorio.

Torax:

Senos paranasales

Postero-Anterior

Lateral

Cráneo AP-LATERAL

Watters Lateral Cadwell

Tomografía de waciso Facial

Tomografía de Maxilar Izq.

Orbitas

Base de cráneo

Exámen Anatomopatológico

29-XII-80

Descripción Macroscópica.

Con tumoración de región malar, varios fragmentos de tejido que en conjunto miden 0.4 x 0.2 cm. Son blanquesino rosado Algunos de ellos cilindricos, semifirmes. Integros en una cápsula.

Dr. Anatomopatólogo. H.O.T.

Descripción Microscópica y Dx

Ameloblastoma - Benigno

Complicaciones

4-VII-81

Lóbulo del oído izquierdo presenta proceso infeccioso supurativo.

18-VIII-81

Mastopatía fibroquistica moderada en mama izquierda.

7-X-81

Parasitosis

2-VI-82

Lipoma en región parietal izquierda

Cirugía Realizada en el Centro Médico Nacional.

Nombre

E.C.Z.

Ocupación: Chofer

Estado Civil: Casado

Fecha: 26-X-1977

Edad: 54 años

Antecedentes personales No patológicos.

Niega antecedentes oncológicos, fímicos, lúeticos, hipertensos.

Paciente originario de Tlaxcala. Reside en D.F. desde hace 6 años.

Tabaquismo refiere a los a los 19-22 con consumo de 4 cigarrillos diariamente.

Alcoholismo, se menciona desde la edad de 30 años con consumo de bebidas embriagantes hasta llegar a la embriaguez cada 8 días, no toma desde hace 1 año.

Inmunizaciones.- Se refieren antivariolosa antitifoidea, ignora resto de vacunas.

Antecedentes Personales Patológicos.

Refiere desde la infancia sarampión, parotiditis, varicela, refiere en su juventud cuadros eventuales de amigdalitis y gripe común.

A la edad de 51 años se intervino de pterigi6n en el ojo derecho, posteriormente niega otro tipo de enfermedad.

Niega antecedentes traumáticos, transfusionales, alérgicos.

Padecimiento Actual

Refiere el paciente que en el mes de mayo de este año, inicia su padecimiento actual con dolor a nivel de la rafia horizontal del maxilar inferior izquierdo con parestésias en el labio inferior en el mes de junio, nota la presencia de una masa tumoral dura localizada en el rama horizontal del maxilar inferior izquierdo de diámetro aproximado de 2 centímetros, la que fué creciendo paulatinamente y solamente refiere molestias dolorosas discretas, acudiendo al médico en mes de julio a su clínica, de donde fué enviado a la Raza al Servicio de Bucodentomaxilar en donde se estudio y por retrazo en sus exámenes del paciente se desesperó y abandono el tratamiento, el mes pasado acudió a la SSA, en donde según nota de envío, se internó el día 4 para ser intervenido el día 7 y dado de alta el día 11 del mes pasado.

Se le práctico hemimandibulectomía y fijación, además de prótesis con clavo de acero. Con Diagnóstico de Ameloblastoma.

Síntomas Generales

Dolor Discreto

Examen de Cabeza y Cuello

Cráneo normocéfalo, con pelo de características normales.

La cara se encuentra con asimetría facial a expensas de crecimiento de la hemicara izquierda a causa de edema importante que abarca prácticamente toda el área del maxilar inferior en sus dos ramas y además en el carrillo con equimosis en algunas de sus áreas éste edema duro se prolonga hasta la región submaxilar por abajo del maxilar inferior 4 cm. de aprox. además a nivel de la rama horizontal inferior se encuentra herida quirúrgica que abarca los dos tercios posteriores, la que se encuentra en proceso normal de cicatrización, ojos simétricos, buena respuesta al estímulo luminoso, hay opacificación de forma parcial en la forma transparente en los dos ojos en su porción interna. nariz y oídos sin alteraciones, la boca no se puede explorar merced a fijación a las piezas dentarias. El hemicuello izquierdo no se puede explorar adecuadamente por edema duro en región submaxilar y parte superior del hemicuello derecho se encuentra sin adenomegalias.

25-X-77

Masculino de 54 años enviado con diagnóstico de ameloblasto-

ma el cual fué intervenido quirurgicamente en el Hospital - Juárez con gran reacción inflamatoria Local y con fijación de las piezas dentarias.

26-X-77

Paciente enviado a preconsulta con Dx. de Ameloblastoma en mandíbula izquierda (operado).

Plan: Se solicitan exámenes rutinarios, maciso facial y maxilar inferior.

Pronóstico: Reservado.

Se administra Ampicilina y Oxifenilbutazona

27-X-77

Enviado a urgencias con absceso postquirúrgico. Se practica curación se deja drenaje de penrose.

8-XI-77

Herida drenando abundante pus, se realiza lavado con Benzal y Agua.

14-X-77

El paciente presenta en el sitio de operación infección del tipo proteus por lo que se ordena sulfametoxazol.

21-XI-77

Notamos a nivel de fistula mandibular, salida escasa de material purulento.

9-I-78

Aparentemente tolera el clavo de Steiman, ya no existe material a través -e la fistula que está cerrada, tiene tres meses con amarre interdentario. Se retira éste.

27-VII-78

El paciente se encuentra en buenas condiciones generales, se examina y se encuentra un extremo del clavo, parcialmente re cubierto de tejido.

3-VII-78

Se revalora el caso, además los estudios radiográficos se en cuentra ausencia de la rama ascendente de la mandíbula.

Radiografías tomadas:

Torax: PA

Maxilar Inferior AP Lat. Oblicua.

Tomografía de Maciso facial y mandíbula

Ortopantomografía

Nota Médica

Paciente EFZ se presentó al servicio de Cirugía Bucodentomaxilar en el Hospital Juárez en el mes de septiembre por presentar aumento de volumen en la región mandibular izquierda el cual hacía patente una deformación facial importante que involucraba la región maseterina parótida submandibular y el límite inferior de la región temporal asintomática con varios meses de evolución indurada con cambio importante en la textura superficial sin linfadenopatía regional ni datos de parestesia del territorio correspondiente a dentario inferior y lingual. El resto de la cavidad bucal se encontró en buenas condiciones sin alteraciones del estado general por lo que se le solicitaron sus estudios de laboratorio correspondientes de radiografía en la zona antes señalada.

En contramos los análisis dentro de los límites normales, sin embargo radiográficamente encontramos cambios importantes en la rama ascendente izquierda con zonas osteolíticas múltiples dan aspecto de panal de abejas que involucra la totalidad de la rama ascendente del lado izquierdo por lo que se procedió a realizar una punción (exploradora) aspiradora en donde se obtienen con facilidad líquidos de color amarillento obscuro, viscoso sin olor característico, por lo que se llega al diagnóstico de presunción de probable Ameloblastoma y por lo cual se programa para intervención quirúrgica en-

donde bajo anestesia general con intubación naseotraqueal derecha, previa asepsia y antisepsia de la cavidad bucal se procede a la colocación de alambrado intermaxilares para fijación. Posteriormente se vuelve a realizar asepsia y antisepsia en la región submandibular izquierda en cara lateral de cuello y región pectoral del mismo lado, para la colocación de campos de la manera habitual y realizar el acceso - para el abordaje de la rama ascendente donde se inciden desde la piel hasta los planos profundos hasta llegar a la aponeurosis maseterina, donde encontramos completamente adelgazada la cortical externa y en la mayor parte ocupada por cápsula fibrosa de aspecto quístico, la cual es incidida - dando salida al material líquido de las mismas características, encontrando en su interior tejido de aspecto granuloso, dicha imagen es compatible con un ameloblastoma acantomatoso en donde encontramos la totalidad de la rama involucrada por lo que se procede a la remoción de la misma en su totalidad y se procede a realizar la hemostasis correspondiente en donde posteriormente colocamos prótesis metálica, elaborada por un clavo de Steiman y se procede a la sutura de los planos y a la colocación de un apósito compresivo.

Donde pasa a recuperación en buenas condiciones cursando sus primeros días de postoperatorio en regulares condiciones en donde encontramos una disolución muy importante así como la

rotura y aflojamiento de los alambres que habíamos colocado por lo que se procede a solicitar estudios radiográficos de control, en donde encontramos desplazamiento del aparato -- protésico en su porción condilar, posteriormente presenta - proceso piogeno agregado en donde se vuelve a solicitar Ortopantomografía maxilomandibular de control, en donde volvemos a apreciar el desplazamiento protésico, aunque en menor intensidad que en las placas anteroposteriores y lateral - oblicua, por lo que pensamos que una vez que desaparezca el proceso piógeno agregado esperar dos o tre meses para valorar funcionalidad del aparato prótesico por lo que si no se obtienen los resultados deseados, proceder a la remodelación de dicho aparato.

La pieza operatoria fué enviada a Anatomía Patológica, por lo que resultado histopatológico fué de AMELOBLASTOMA.

Dr. J.S.T.

Dr. J.M.T.

Cirugía Realizada en el Hospital Juárez.

CAPITULO VI

P R E S E N T A C I O N

D E L

C A S O C L I N I C O

Nombre

V.V.H.

Edad

59 años

No. de Expediente

369849

Antecedentes Personales No Patológicos.

Residente en el D.F.

Niega antecedentes cardiópatas, oncológicos.

Inmunizaciones, no recuerda.

Alcoholismo, negativo.

Tabaquismo, ocasional.

Antecedentes Personales Patológicos.

Refiere enfermedades propias de la infancia, sin trascendencia.

Niega antecedentes alérgicos, traumáticos o trasfusionales.

Antecedentes Heredofamiliares.

Se presentan aparentemente sanos, sin complicaciones.

Síntomas Generales.

Asintomática

Deformación en hemicara derecha

Se presenta en buen estado anímico

Signos Vitales, dentro de los límites normales.

Impresión Diagnóstica:

Ameloblastoma.

Examen de Cabeza y Cuello.

Cabeza:

Cráneo normocéfalo, con pelo bien implantado, la cara se encuentra con asimetría facial a expensas de crecimiento de la hemicara derecha a causa de edema importante que abarca practicamente toda el área mandibular derecha.

Ojos simétricos, buena respuesta al estímulo luminoso, nariz y oídos sin alteraciones.

Istmo de las fauces normal, con la laringoscopia indirecta de características normales.

Cuello

Cuello cilíndrico, corto, con buena movilidad, pulsos carotídeos presentes de buen tono, no se palpa tiroides, ni adenopatías cervicales.

Se procede a realizar la punción exploratoria de la región (aspiración con jeringa hipodérmica) habiéndose extraído líquido de color café oscuro con líquido purulento, lo que clínicamente confirmaba nuestro diagnóstico diferencial.

Se solicitan los siguientes exámenes de laboratorio:

Biometría Hemática Completa.

Química Sanguínea.

General de Orina.

Pruebas de Sangrado y Coagulación.

Determinación de Grupo y Factor Rh.

Se solicitan los siguientes estudios radiográficos:

Ortopantomografía

Lateral Oblicua de Mandíbula

Posteroanterior

Lateral de cráneo de lado derecho.

Ademas de su valoración cardiológica preoperatoria.

Habiéndose recibido los estudios radiográficos encontramos zonas radiolúcidas múltiples, bien limitadas (multiloculus) y al no existir ninguna contraindicación se programa para intervención quirúrgica, habiéndose decidido y debido a la deformación ósea mandibular tan importante que presentaba la paciente se valorará practicarse hemirresección mandibular del lado derecho con colocación de endoprótesis transoperatoria, con la finalidad en primer lugar de evitar recidiva de la mencionada patología y evitar deformación facial importante.

Dicha intervención se realizará indudablemente bajo anestesia general con intubación nasotraqueal.

La técnica quirúrgica empleada fué la de Farabeuf que a continuación describiremos así como la elaboración de la prótesis que se colocó.

Técnica Quirúrgica de Farabeuf.

La hemirresección de la mandíbula es una de las intervenciones clásicas descritas por Farabeuf, que hasta la fecha se ejecutan como él las planeó. Aunque en la práctica, generalmente, solo se hacen resecciones parciales, es bueno conocer las dificultades técnicas de esta intervención, para poder realizar resecciones de menor cuantía en cualquier zona de la mandíbula, con la menor dificultad posible.

La mandíbula es un hueso impar, medio y simétrico que constituye por sí solo la parte inferior y posterior de la cara. En él se considera una parte central llamada cuerpo y dos extremidades laterales, o ramas ascendentes. Este conjunto es importante desde el punto de vista quirúrgico por su patología, así como sus relaciones anatómicas, y especialmente, por ser un arco en el cual se insertan 32 músculos, 16 a cada lado. En el cuerpo, por su cara anterior, identificamos los siguientes músculos; borla de la barba, triangular de los labios, cuadrado de la barba y anomalus mental de Theile (inconstante); por su cara posterior encontramos: geniogloso, genihioides, milohioides y constrictor superior de la faringe; por su borde superior

observamos el bucinador; por su borde inferior identificamos: digástrico, cutáneo del cullo y transverso de la barba (inconstante); en la rama por su cara externa encontramos al masetero y por su cara interna al pterigoideo interno; en el cuello del cóndilo se inserta el pterigoideo externo y por último en la apófisis coronoides se aísla el temporal.

La mandíbula tiene además relaciones íntimas con el paquete dentario, en el espacio comprendido entre la espina de Spix y el agujero mentoniano, a través del conducto dentario; con la arteria maxilar interna, en el cuello del cóndilo; con la glándula parótida, en el borde posterior de la rama ascendente; con la arteria facial, en el borde cervical del cuerpo, a la altura del borde anterior del masetero; en este mismo lugar, con la vena facial; con la glándula submaxilar, en el borde cervical y cara interna del cuerpo, mas o menos a la mitad de longitud de éste; y por la cara interna del cuerpo, con la glándula sublingual. Además, se articula por arriba con los dos temporales y por otra parte, está en relación de contacto con los dos maxilares superiores por intermedio de los arcos dentarios. Estos detalles son de gran valor anatómico, cuando se trata de practicar la resección de la mandíbula. Dicha intervención está indicada en el tratamiento quirúrgico de las neoplasias de éste órgano, especialmente las de tipo maligno.

La operación debe hacerse siempre bajo anestesia general con intubación traqueal; en algunas ocasiones, es conveniente practicar previamente una traqueostomía para facilitar la administración de la anestesia a través de la cánula traqueal y a la vez asegurar la ventilación pulmonar.

Se practica la clásica incisión de Farabeuf, que se inicia un centímetro por debajo del lóbulo de la oreja, para respetar las fibras del nervio facial y el lóbulo de la parótida. El trazo sigue una dirección descendente por detrás del borde posterior de la rama ascendente de la mandíbula, hasta llegar al ángulo de la mandíbula, al que contornea para seguir paralelamente hasta la sínfisis mentoniana, en donde se dobla hacia arriba para terminar a la altura de la línea mucocutánea del labio inferior. La profundidad de la incisión llega hasta el hueso, por lo que inmediatamente después hay que ligar la arteria y la vena faciales que fueron seccionadas.

El tiempo siguiente consiste en legar la cara externa, tanto del cuerpo como de la rama, principiando de la línea media hacia el agujero mentoniano. Al llegar a éste, se detiene el legrado, para pinzar el paquete dentario a su salida y seccionarlo entre la pinza y el hueso, empaquando el cabo central dentro del agujero, con el objeto de cohibir la hemorragia; si no puede ser dominada, se taponan el hueso. El legrado se continúa hacia arriba, respetando la mucosa bucal para llegar a la rama ascendente,

desinsertar el masetero y llevar el legrado hasta la escotadura sigmoidea, el cuello del cóndilo y la apófisis coronoides. Toda ésta operación se efectúa subperiosticamente.

En el tercer tiempo, se legra la cara interna, empezando del borde cervical en la línea media hacia arriba y atrás, sin desgarrar la mucosa bucal. La denudación es fácil a nivel del cuerpo, en donde solo hay que desinsertar el vientre anterior del digástrico, el geniohioideo, el geniogloso y el milohioideo; no así para atrás, en donde se dificulta al desinsertar el pterigoideo interno. La denudación se lleva a cabo hasta la espina de Spix, respetando el paquete dentario a su entrada en el orificio superior del canal.

En éste momento es preciso dejar libre el borde posterior de la rama ascendente. En el tiempo siguiente o cuarto, se hace el corte de la mucosa gingival, siguiendo el cuello de las piezas dentarias y contorneando el espacio retromolar. También se practica la extracción del incisivo central del lado por resecar, en cuyo sitio se efectúa la osteotomía de la sínfisis.

El tiempo siguiente se refiere a la osteotomía de la sínfisis mentoniana, que puede llevarse a cabo mediante una sierra de Gigli, o con la sierra eléctrica. (Sfiker)

Conviene en éste momento fijar el cuerpo de la mandíbula con la pinza de Farabeuf, apoyando una de las ramas en el borde cervical y la otra en las caras oclusales de los molares. Hecho el corte óseo, el fragmento mandibular puede ser luxado hacia afuera y arriba, para continuar el legrado de la cara interna de la rama ascendente. Pero antes es necesario pinzar el paquete dentario a la entrada del orificio superior del canal para seccionarlo y ligar su cabo central. El legrado se continúa hasta la escotadura sigmoidea, el cuello del cóndilo, desinsertando de él la cápsula articular y el músculo pterigoideo externo y por último hasta la apófisis coronoides, para desinsertar de ella el tendón del temporal. En ocasiones, la inserción del tendón es tan fuerte, que es preferible hacer la sección del vértice de dicha apófisis, mediante una cizalla.

Después se desarticula la mandíbula de su articulación temporomandibular, único punto que en éste momento, la sostiene; para ello se efectúan pequeños movimientos de rotación y tracción. El fragmento sale fácilmente, dejando el lecho donde se alojaba.

Los siguientes tiempos están encaminados a reconstituir los planos. Se hace la hemostasis de la manera mas perfecta posible, se regularizan los bordes de la mucosa para saturarla lo mas herméticamente posible.

Es conveniente colocar una prótesis oculta para conservar el espacio y la morfología. Dicha prótesis se coloca

después de haber regularizado los bordes de la mucosa gingival y reconstruido ésta por medio de un surgete continuo, que cierre herméticamente dichos bordes. Por último, se reconstruyen los planos superficiales. La masa del borde inferior del masetero se sutura a la del pterigoideo interno, se reconstruye el panículo adiposo y se sutura la piel por los medios habituales. Es conveniente dejar una canalización hacia la región del ángulo de la mandíbula, que es la parte mas declive del lecho que contiene la prótesis, pues es lógico comprender que ésta cavidad va a supurar, debido a la comunicación que tuvo durante el transquirúrgico con la cavidad bucal. La canalización se retira poco a poco, para que la cicatrización se haga de la profundidad a la superficie.

Los cuidados postquirúrgicos son los ordinarios para toda intervención y como cuidados especiales, se debe vigilar la posición en decúbito dorsal del paciente, con la cabeza mas alta que el cuerpo, para evitar el edema de la glotis, que puede acarrear accidentes. Se recomienda que la alimentación sea líquida e incluso administrada por sonda nasogástrica.

Descripción de la Técnica para la elaboración de la prótesis.

Preoperatoriamente se procede a realizar en el laboratorio la prótesis mandibular de material acrílico autopolimerizable que tendrá las dimensiones o requerimientos quirúrgicos previamente estipulados los estudios radiográficos.

En dicho aparato protésico se realizan varios orificios con el objeto de que nos sirva para practicar la haloplastia u osteosíntesis.

El procedimiento para obtener esta prótesis es la de modelos o patrones realizados en material de plastilina (modelado) para obtener una matriz de la reproducción de la mandíbula y posteriormente empa-car el material de acrílico en la respectiva matriz y finalmente pulir dicho material, esto se hará tomando como referencia la mandíbula de un cráneo disecado dejando margenes de longitud con el objeto de realizar ajustes de dicho aparato transoperatoriamente, si el caso lo requiere.

Para tal motivo es necesario contar en quirófono con pieza de mano de baja velocidad, discos de carborundum, fresones y fresas.

Diagnóstico Histopatológico.

Se realizó Biopsia Excisional, habiéndose reportado la unidad de patología el siguiente diagnóstico:

Ameloblastoma con patrón Plexiforme, Acantomatoso Multilocular.

Efectuó la Cirugía:

C.D. J. G. P. C.

C.D. H. R. C.

C.D. T. A. R. V.

Cirugía realizada en :

Hospital General de México.

Resultados

El Ameloblastoma es una patología poco frecuente pero a pesar de ésto en los casos estudiados se registran los siguientes datos.

Distribución por Sexo:

Predomina más en el masculino.

Distribución por Edad:

Se presenta Generalmente de los 30 años en adelante.

Región Anatómica Afectada:

Afecta mas frecuentemente a la mandíbula.

Durante el año de 1983 en el Hospital General - México, se presentaron solo 7 casos de los cuales 5 son masculinos y 2 femeninos, desde 32 a 59 años.

De los cuales 2 se trataron con hemirresección mandibular y los 5 restantes con tratamiento conservador.

Solo dos de los casos presentan mínima recidiva pero se encuentran bajo control.

Propuestas y Recomendaciones

1. Para poder realizar el tratamiento quirúrgico de un Ameloblastoma es necesario conocer las estructuras adyacentes y la naturaleza de la patología, para evitar complicaciones en nuestro trabajo.
2. El Ameloblastoma debe ser tratado quirúrgicamente, ya que su permanencia en los maxilares puede ocasionar deformaciones faciales importantes.
3. El manejo quirúrgico será realizado después de haber explorado en toda su totalidad a nuestro paciente, para que en caso requerido, se tomen las medidas necesarias e ir disminuyendo complicaciones durante el tratamiento, todo ésto se realizará con la debida asepsia que evitará infecciones postoperatorias.
4. En la elaboración de la Historia Clínica es importante anexar los exámenes de laboratorio como General de Orina, Biometría Hemática, Tiempo de Coagulación, Química Sanguínea, Grupo y Rh, con el fin de tenerla bien complementada.

5. Elaborar un curso específico sobre enfermedades sistémicas y sus manifestaciones y repercusiones en cavidad oral con el fin de ampliar la cátedra de Patología Oral.
6. Antes de elaborar un diagnóstico definitivo tenemos que examinar las causas periféricas que pudieron causar el Ameloblastoma y podamos ofrecer un tratamiento mas conservador.
7. Uno de los síntomas de Ameloblastoma es la movilidad dental y el paciente con la patología se presenta al consultorio dental creyendo que solo es una simple movilidad y si el Cirujano Dentista actúa realizando la extracción sin antes realizar un estudio radiográfico, el paciente puede culpar al Odontólogo del desencadenamiento de dicha patología sin aceptar que ya se encontraba presente, acrecentando aún mas el mal crédito que ya se tiene del Cirujano Dentista.
8. Que el estudiante de Odontología pueda elaborar o por lo menos conocer la forma de manejo de los pacientes en un medio hospitalario con el propósito de ampliar su crédito profesional así como, que aprenderá a interrelacionar todas las especialidades de la Medicina con la Odontología.

Conclusiones

Después de hacer una revisión sobre los factores predisponentes y formas de tratamiento del Ameloblastoma, nos damos cuenta que aún quedan dudas por resolver y que solo mediante la actualización de nuestros conocimientos podremos saber mas acerca de ésta enfermedad conforme halla nuevos hallazgos, para brinar un mejor servicio a los pacientes que llegarán a presentarse con dicha patósis.

Además de todo lo anteriormente descrito debemos de tomar algunos conceptos que se aplicarán no unicamente al paciente con Ameloblastoma, sino también a toda persona que se presente al Consultorio Dental.

1. Todo paciente con dolor agudo deberá tener prioridad para su revisión y tratarlo aunque halla una lista de espera.
2. Recordar que un paciente es una unidad biopsicosocial y no nada mas un grupo de tejidos bucales.
3. El Odontólogo es el primer profesional al cual acude un paciente con Ameloblastoma, en la creencia de que es un agrandamiento que ya sea maxilar o mandibular debido a un absceso y por lo tanto deberá hacerse un exámen minu-

cioso para llegar a un diagnóstico acertado.

4. Recomendar al paciente hacer un exámen radiográfico - bucal completo cuandomenos cada 6 meses para evitar grandes mutilaciones, así mismo erradicar en el paciente la idea que se tiene del Cirujano Dentista, como una persona que se dedica a extraer y restituir dientes.
5. Tener en cuenta la gran importancia de la consulta interdisciplinaria entre todas las áreas de la Medicina y la Odontología.
6. Examinar todos los posibles factores locales que han - sido revisados y desechados como causantes del Ameloblastoma.
7. El paciente afectado con Ameloblastoma deberá tener - una vigilancia y supervición mas estrecha después del tratamiento ya que puede recidivar al cabo de meses o hasta años.
8. El Odontólogo tiene la obligación de actualizarse en todos los descubrimientos y hallazgos que día a día se realizan sobre métodos terapéuticos para todo tipo de enfermedades y en general aquellas que pudieran rela-

cionarse con la cavidad oral.

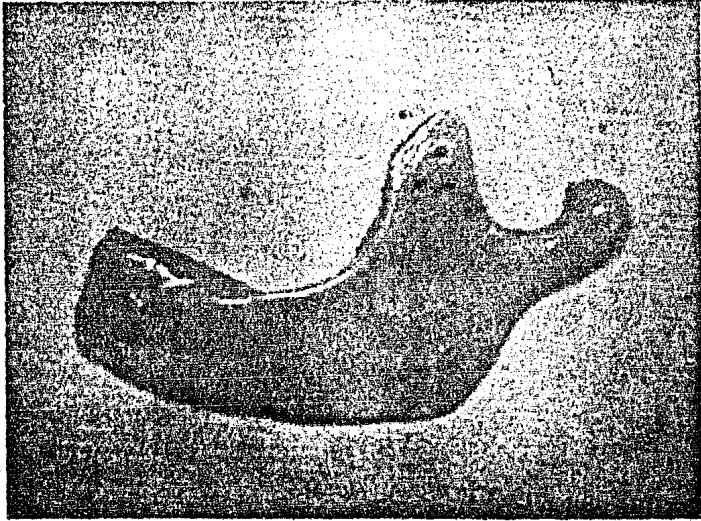
9. Es importante que el Cirujano Dentista se interese en otras áreas de la Medicina para una mejor preparación académica y llevar a cabo cada vez mejor su función en el medio para que se le haga el reconocimiento justo que se merece por ser un profesional de las Ciencias de la Salud.

A N E X O

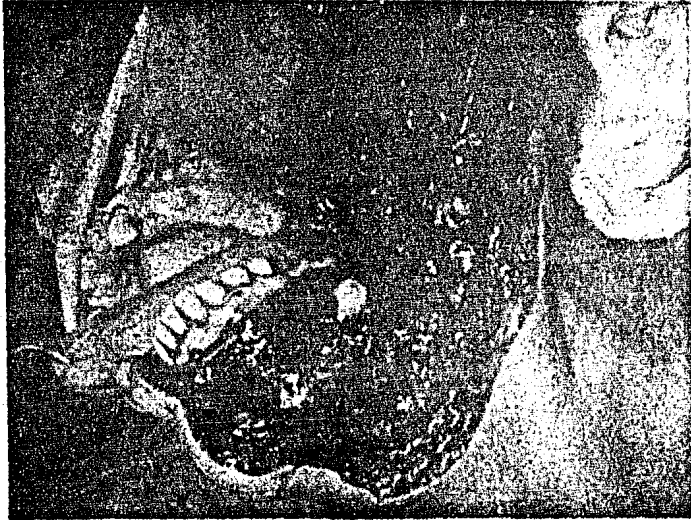
M A T E R I A L F O T O G R A F I C O



I Preparación Quirúrgica del Paciente.

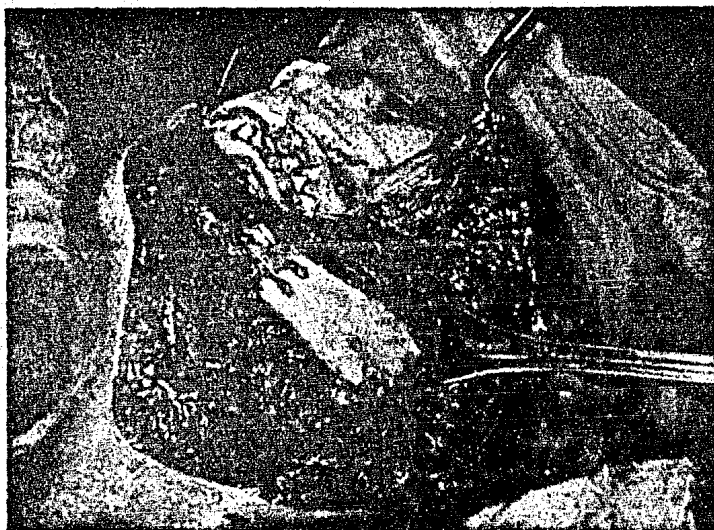


II Prótesis Artificial



III Nicho Quirúrgico.

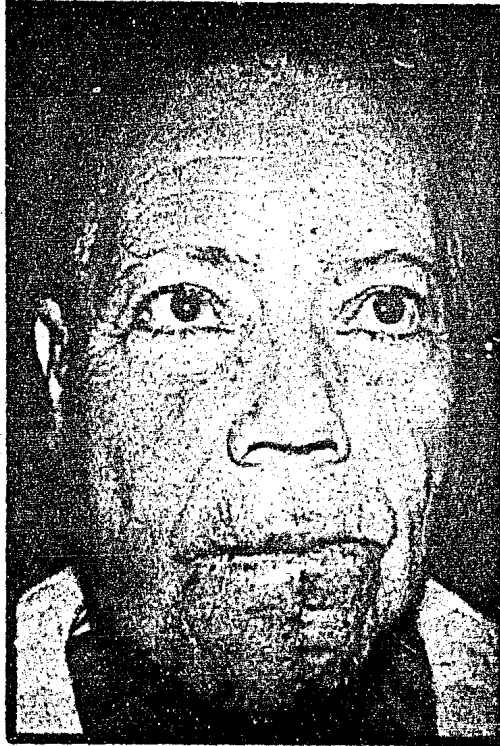
(Técnica de Farabeuf)



IV Endoprótesis ya colocada.



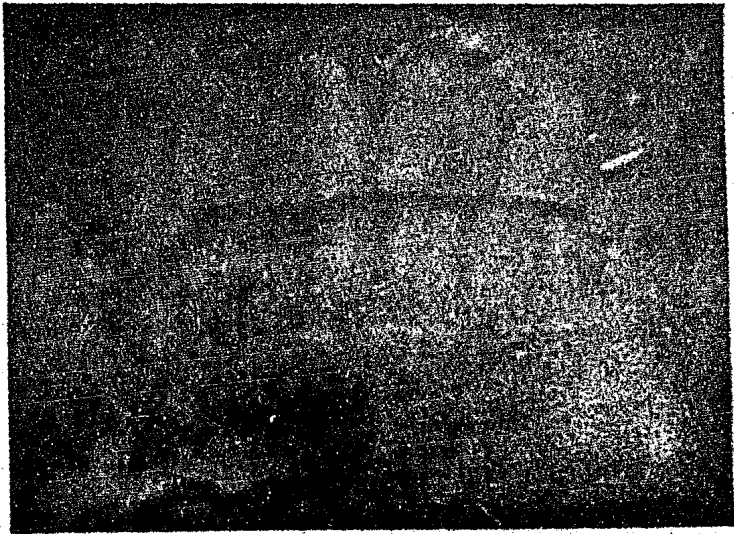
V Acercamiento de Endoprótesis



VI Séptimo día Postoperatorio.



VII Cuarta semana Postoperatorio.



VIII Cuarta semana Postoperatorio



IX Cuarta semana Postoperatorio



X Control Radiográfico Postoperatorio



XI Revisión Postoperatorio. Segundo Año.

B I B L I O G R A F I A

1. Bart R S ; Kopf A W
Metastasis of ameloblastoma after irradiation (letter)
J. Dermatol Surg Oncol 1978 Aug.; 4(8): 552
2. Constantinides J. ; Zachariades N.
Homogenous bone grafts to the mandibule.
J. Oral Surg. 1978 Aug.; 36 (8); 599-603.
3. Chusid G. Joseph. V. par craneal; Trigémino.
Neuroanatomía correlativa, Neurología Funcional.
Editorial el Manual Moderno. 1977
p. 101-103
4. Giunta , John
Patología Bucal
ED. Interamericana S.A. de C.V.
1a. Edición 1973
p.105-106.
5. Gorlin, Robert J. ; Goldman, Henry M.
Patología Oral
Salvat Editores S. A. Primera Edición 1973
p. 526-535

6. Harnisch, Herbert

Clínica y Terapéutica de los Quistes Maxilares.
Die Quintessenz Berlin y Chicago 1973

7. Lockhart, R.D. ; Hamilton, G.F. ; Fyfe, F.W.

Anatomía Humana

Nueva Editorial Interamericana 1965

p. 45, 50 - 54, 156 - 157, 310, 312, 314, 605.

8. Mayo, Gross Charles

Anatomía Gray. Salvat Editores, 1965

p. 147 - 150, 178--183, 366 - 372, 558 -559, 647 - 650,
657 - 660.

9. O'brien, Richard C.

Radiología Dental

Tercera Edición 1979 por Nueva Editorial Interamericana

p. 27, 143.

10. Petren Ture, Nervio Trigémino, Sinopsis Anatómica

Manual Ilustrado de Odontología Astra.

p. 16, 18.

11. Pindborg, S.J. ; Hansen, E. Hjorting.
Atlas of Diseases of the Jaws
Munksjuarda, Copenaguen ; 2nd Printing 1978.
p. 24, 40, 64, 80, 82, 85, 86, 88, 90, 92, 102, 104, 136.

12. Ramfjord, Ash.
MusculosMasticadores, Oclusión.
Nueva Editorial Interamericana, 1972.
p. 47.

13. Resident's page.
Pathologic quiz, case 2. Ameloblastoma.
Arch Otolaringol 1979 Jan; 105 (1): 54-6

14. Shafer, William, G. ; Hine, Maynard K; Levy Barnet. M.
Tratado de Patología Bucal.
Tercera Edición 1977 por Nueva Editorial Interamericana.
p. de 230 a 260.

15. Smith, Roy M. , Turner, James E. , Robins, Morris L.
Atlas of Oral Patology.
The C.V. Mosby company, ST. Louis Toronto London 1981.
p. 48, 49, 50.

16. Testut, Leo.
Tratado de Anatomía Humana.
Salvat Editores 1978.
p. 39-48, 153-159, 268, 312.
17. Vedoft, P. ; Dabelsteen E.
Distribution of bood group antigens A, B and H was examined in
ameloblastomas and normal mucosa from 15 patients.
Scand, J. Dent Rest 1981 Oct; 89 (5); 424 - 32.
18. Wehrmann, Arthur H. Manson Lincoln, R.
Radiología Dental
2a. Edición por Salvat Editores Mayorca Barcelona 1975.
19. Wesley RK; Borninski ER; Mintz S.
Periphèral ameloblastoma; Report of case and review of the
literature.
J. Oral Surg 1977 Aug; 35(8); 670-2
20. Zegarelli, Edward V.; Kutsher, Austin A. ; Hyman G.A.
Diagnóstico en Patología Oral.
1972 Salvat Editores, S.A. Barcelona España.
p. 274-278.