



U.M.S.N.H.



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TESIS

"TUMORES DE LOS MAXILARES,
FRECUENCIA Y TRATAMIENTO"

Que para Obtener el Título de:
CIRUJANO DENTISTA.

Presenta:

MARCO ARTURO HERNANDEZ VILLALOBOS

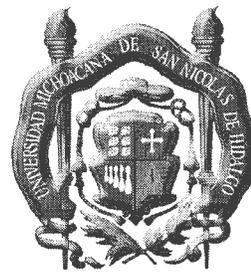
Asesor:

C.M.F. DR. MIGUEL TAPIA RUIZ

Morelia, Mich., Agosto de 2005



U.M.S.N.H.



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TESIS

**“TUMORES DE LOS MAXILARES,
FRECUENCIA Y TRATAMIENTO”**

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA**

ALUMNO:

MARCO ARTURO HERNÁNDEZ VILLALOBOS

ASESOR:

C.M.F. DR. MIGUEL TAPIA RUIZ.

MORELIA, MICH., AGOSTO DE 2005.

Justificación:

Existe un buen número de lesiones neoplásicas que tienen cuando menos en sus inicios un curso asintomático además que prácticamente todas las lesiones quísticas de los maxilares son prácticamente asintomáticas y su hallazgo es el resultado de la revisión de imágenes radiográficas de rutina por lo que insistimos en el adiestramiento del odontólogo para diagnosticar, curar o remitir al especialista a este tipo de pacientes. Debido a la creciente necesidad en la práctica odontológica de actualización y una esmerada atención por parte del operador, así como, la creciente demanda de atención especializada debido a un aparente aumento en la incidencia de casos de quistes y tumores relacionados con iatrogenias de la práctica dental haciendo especial hincapié en aquellos tratamientos que debido a una mala atención por parte del operador pueden o derivan en patologías. Se presenta en este trabajo los antecedentes respecto a la clasificación de las lesiones tumorales y quísticas, la nomenclatura adecuada, incidencia y tratamiento, así como también, el manejo preventivo, ya que como observaremos muchas de estas lesiones se relacionan con dientes incluidos. La clasificación de las lesiones quísticas y neoplásicas es relativamente reciente. Sin embargo es indispensable tener un diagnóstico preciso y esto solo es posible con el conocimiento adecuado de la patología bucal. La alta incidencia de lesiones quísticas y tumorales, además de la variedad existente de las mismas conlleva a evaluar a cada paciente de manera individual así como a utilizar los métodos de diagnóstico adecuados y sus auxiliares como son, Historia clínica completa, Radiografías intra y extraorales, exámenes de sangre y Biopsia en la mayoría de los casos. Es indispensable que los odontólogos sepan reconocer las estructuras anatómicas normales en las imágenes radiográficas para poder determinar alguna alteración cuando esta se presente. La presente tesis tiene como finalidad llamar la atención del odontólogo en la adecuada detección, atención, corrección y seguimiento de las patologías que afectan las estructuras que conforman la cavidad oral.

Bibliografía:

- **“Clasificación Histológica Internacional de Tumor”**
Organización Mundial de la Salud
Ginebra
J.J. Pindborg, L.R.H. Kramer 1972
- **“Tratado de Cirugía Bucal”**
Kruger, Ed. Interamericana 1983.
- **“Tratado de Patología Bucal”**
W.G. Shafer y B. M. Levy,
Ed. Interamericana 1986.
- **“Cirugía Maxilofacial”**
Raspal, Ed. Panamericana 2003.
- **“Cirugía Bucal Menor”**
G.L. Howe,
Ed. El manual moderno 2003.
- **“Atlas de Patología General”**
Reichart y Pgillipsen,
Ed. Mason 2001.
- **“Atlas de Cirugía Oral”**
Tayler Pajarota,
Ed. Mason 2001.
- **“Radiología Oral, Principios e Interpretación”**
Paul W. Goaz y Stuart C. White,
Ed. Mosby 2003.
- **“De la Historia Clínica al Diagnóstico”**
Dr. Lucio Manuel Sosa Lacruz
www.odontologia-online.com

Clasificación de Tumores Odontogénicos

Uno de los primeros intentos de clasificación fue la de Broca en 1867. En 1887 Button hizo una clasificación que incluía quistes y tumores de los maxilares. En 1914 la British Dental Association Utilizaba el termino Odontoma que se aplicaba a todos los tumores y quistes de los maxilares. En 1946 Thoma y Goldman dividieron los tumores de acuerdo a su origen ectodermico, mesodermico y mixto, y excluyo los quistes, esta clasificación fue adoptada por la Academia Americana de Patología Oral en 1950. En 1958 Pindborg propuso algunas modificaciones y posteriormente lo hizo Gorlin en 1961.

Clasificación Histológica de Tumores Odontogénicos, Quistes de los Maxilares y Lesiones Afines OMS:

La *Organización Mundial de la Salud* establece en 1966 en Dinamarca la Definición Histológica y Clasificación de los Tumores de los maxilares y Lesiones afines (Kramer-Pindborg).

I. NEOPLASIAS Y OTROS TUMORES RELACIONADOS CON EL APARATO ODONTOGENICO

A. BENIGNOS

1. Ameloblastoma
2. Tumor odontogénico epitelial calcificante
3. Fibroma ameloblástico
4. Tumor odontogénico adenomatoide (Adenoameloblastoma)
5. Quiste odontogénico calcificante
6. Dentinoma
7. Fibro-odontoma ameloblástico
8. Odontoameloblastoma
9. Odontoma Complejo
10. Odontoma compuesto
11. Fibroma (Fibroma odontogénico)
12. Mixoma (Mixofibroma)
13. Cementomas
 - a. Cementoblastoma benigno (Cementoma verdadero)
 - b. Fibroma cementificante
 - c. Displasia cementaria periapical (Displasia fibrosa periapical)
 - d. Cementoma gigantiforme (Cementomas múltiples familiares)
14. Tumor neuroectodérmico melanótico de la infancia (Progonoma melanótico, Melanoameloblastoma)

B. MALIGNOS

1. Carcinomas
 - a. Ameloblastoma maligno
 - b. Carcinoma intraóseo primitivo
 - c. Otros carcinomas originados en el epitelio odontogénico, incluso los que se originan en quistes odontogénicos.
2. Sarcomas odontogénicos
 - a. Fibrosarcoma ameloblástico (Sarcoma ameloblástico)
 - b. Odontosarcoma ameloblástico

II. NEOPLASIAS Y OTROS TUMORES RELACIONADOS CON EL HUESO

- I. NEOPLASIAS OSTEOGÉNICAS
 - a. Fibroma osificante (Osteofibroma)

2. LESIONES ÓSEAS NO NEOPLÁSICAS

- a. Displasia fibrosa
- b. Querubismo
- c. Granuloma gigantocelular central (Granuloma gigantocelular de reparación)
- d. Quiste óseo aneurismético
- e. Quiste óseo simple (Quiste óseo traumático, hemorrágico)

III. QUISTES EPITELIALES

A. DE DESARROLLO

1. Odontogénicos

- a. Quiste primordial (Queratoquiste)
- b. Quiste gingival
- c. Quiste de erupción
- d. Quiste dentífero (Folicular)

2. No odontogénicos

- a. Quiste del conducto nasopalatino (Conducto incisivo)
- b. Quiste globulomaxilar
- c. Quiste nasolabial (Nasoalveolar)

B. INFLAMATORIOS

1. Quiste radicular

IV. LESIONES SIN CLASIFICAR

METODOS DIAGNOSTICOS:

La gran mayoría de los Odontólogos nos abocamos directamente al plan de tratamiento con tan solo ver el paciente, en consecuencia nos precipitamos a la terapéutica del mismo. La única forma en que nos detengamos a examinar y diagnosticar meticolosamente, es cuando los casos fallan o están en peligro de no ser tan exitosos, ya que el examen clínico bucal y diagnóstico debió ser nuestro primer paso. Debemos abarcar todas las áreas, conocer o identificar las condiciones patológicas y no-patológicas del paciente, para esto fuimos y seremos entrenados, en caso de no ser así estamos en la capacidad de expresar de forma verbal y escrita, en lenguaje técnico-científico una reseña para de esta manera poder referir al paciente a un profesional o grupo de profesionales con mayor experiencia y así manejar de manera mas adecuada el caso. **ESTO DE SEGURO NOS HARA UN PROFESIONAL CONSCIENTE Y CAPAZ.**

Dr. Lucio Manuel Sosa Lucruz

HISTORIA CLINICA, ENFERMEDAD ACTUAL, MOTIVO DE CONSULTA Y ANAMNESIS:

HISTORIA CLINICA:

En apreciación general, la historia clínica es un instrumento médico – legal, de gran utilidad para el personal del área de la salud. Su importancia radica en el simple hecho de que es una herramienta útil en el centro de salud donde se labora (público o privado); como de orden judicial tanto para el reconocimiento forense o arbitrajes penales. La historia clínica de acuerdo con las normas generales de la ciencia de la salud, es el resultado del trabajo medico en el paciente, la realización de la fase cognoscitiva de la relación médico – paciente, el cual tendrán un análisis o síntesis que será conocido como diagnóstico y tratamiento.

ENFERMEDAD ACTUAL.

Se puede definir como un conjunto de signos y síntomas que presenta el paciente en el momento de realizar la historia clínica, determinando si el paciente presenta evolución desde la enfermedad, de cómo han variado los síntomas y si ha recibido tratamientos anteriores que en ocasiones sirven tanto de agravantes como de atenuantes de la enfermedad. Se debe conocer si el motivo de consulta del paciente ha sido por recurrencia de la enfermedad. Se aconseja anotar la fecha aproximada y modo de aparición, si la persona conoce el origen pudiendo ser infeccioso, traumático, operatorio o espontáneo. El paciente debe referir en este caso los cambios de textura, forma, color y sintomatología, describiendo el tipo de dolor y que medios uso para exacerbarlo.

MOTIVO DE CONSULTA

Es él porque el paciente acude a una institución de salud tanto publica como privada. En el motivo de consulta el paciente narra de forma real, objetiva o sugerencial cual es su afección, lo que impide de alguna manera tener un buen estado de salud tanto física, emocional y psicológica. Para ello el profesional deberá ser perspicaz para obtener de manera certera el motivo real del paciente en la consulta.

ANAMNESIS

La historia clínica comprende de una entrevista (**anamnesis**), el examen clínico, pruebas complementarias, síntesis, conclusiones en el diagnóstico, pronóstico y su consecuencia inmediata, la actitud y decisión terapéutica. Es de gran significado antropológico la anamnesis realizada al

paciente debido a su importancia técnica y práctica, basándose en la delimitación patográfico, contenido del conocimiento del paciente y su enfermedad, en correlación con su geografía e interpretación de los procesos patológicos y algunos aspectos de su personalidad. La anamnesis es la secuencia sistemática acumulativa de hechos consistentes que se agrupan para facilitar un diagnóstico correcto y con el examen clínico bucal complementando un plan de tratamiento adecuado. En sí, la anamnesis refleja el historial medico del paciente y de sus familiares.

Este cuestionario debe abarcar en sí un panorama general del paciente como los siguientes items.

**DATOS
EPIDEMIOLOGICOS**

Nombres y apellidos
Edad
Sexo y raza
Estado civil
Lugar y fecha de nacimiento
Lugar de procedencia
Religión
Profesión
Cambios de residencias
Niñez
Educación
Trabajo
Enfermedades y accidentes
Vida sexual
Historia familiar (médico-odontológica)
Hábitos e intereses
Actitud para con la familia
Actitud ante la enfermedad
Otros

Luego de obtener todos los datos epidemiológicos requeridos, se procede a la exploración física.

EXPLORACIÓN FÍSICA

El profesional en el área de salud odontológica, miembros de un equipo multidisciplinario que vela por el bienestar de la comunidad, debe entender y reconocer las enfermedades del diente y de sus tejidos adyacentes como enfermedades de la cavidad bucal además del área peribucal. Todos estos se basan en la estructura de la cabeza, cara, cuello y cavidad bucal, siendo estas áreas fáciles de inspeccionar. . En algunos casos las alteraciones en los tejidos se pueden detectar con rapidez tan solo a simple vista, mientras que otras no. Para ello se emplearán métodos, técnicas y pruebas específicas. La exploración deberá ser:

- Sistemática.
- Planeada
- Ordenada.

Debe ser un requisito en cada consulta, el orden específico y este dependerá de cada profesional y su propio método. Es recomendable comenzar siempre por el mismo lugar como así lo ordenó y planeó. La secuencia lógica como base, para de esta manera establecer el orden será:

EXTRABUCALMENTE

- Aspecto del paciente.
- Cara.
- Ganglios
- Articulación Temporo- Mandibular (ATM)
- Orejas
- Región tiroidea o tiroidea.

INTRABUCALMENTE

- Labios y comisura labial.
- Carrillos.
- Encías y maxilares
- Dientes y oclusión
- Paladar duro y blando
- Pared posterior bucal.
- Lengua
- Piso de boca

EXPLORACIÓN EXTRABUCAL:

Aspecto general del paciente: Hay que estar atento, ya que desde la entrada del paciente a la consulta hasta que se ubica en el sillón dental, podemos obtener datos sobre su actitud, problemas físicos que son obvios a la simple vista.

Al observar y palpar la cara, el operador podrá apreciar si el paciente presenta asimetría facial producto de patologías infecciosas, de ganglios edematosos, hiper o hipotonía muscular, traumatismo. En el caso de cara y orejas es importante observar la presencia de lesiones pigmentadas (máculas, pápulas o placas), la presencia de úlceras, eritemas, nódulos, quistes y cicatrices.

La presencia de ganglios edematosos, es señal evidente en procesos inflamatorios, infecciosos y tumorales. En algunos casos puede presentarse de forma dolorosa o asintomáticas a la palpación, siendo móviles o fijos a los tejidos adyacentes. Para su exploración se recomienda la palpación bimanual, es importante practicar la inspección completa sin obviar alguna.

Con respecto a la articulación temporo-mandibular. Uno ubica los dedos por delante del orificio auricular, mientras se le pide al paciente que realice apertura y cierre de manera muy lenta, de esta manera podemos identificar ruidos articulares que no son normales, y si nos ubicamos por delante del paciente pidiendo que repita los movimientos, observaremos las posibles desviaciones que el

paciente posee. En algunos casos estos son producto de disfunciones del ATM, traumatismos, iatrogénias profesionales.

Una parte importante que a la mayoría siempre pasamos por alto, es la palpación de la región tiroidea. Podemos palparle colocando la mano en la línea media del cuello, se pide que el paciente deglute, esta glándula se desplaza hacia abajo.

EXPLORACIÓN INTRABUCAL.

Unos de los reparos anatómicos mas traumatizados por así decirlos, son los labios. En este momento a la exploración clínica uno busca la presencia de cicatrices, esto indica traumatismo. Pacientes con antecedentes de Labio leporino. Se debe de observar tanto labio húmedo como seco, se deben de palpar para descartar la presencia de quistes o nódulos de implantación superficial o profunda, úlceras como aftas, además de vesículas, úlceras y costras como es en el caso de Gingivostomatitis herpética o Herpes simple, entre otros. Para realizar la exploración se le pide al paciente que abra la boca y relajé los labios, estos con una gasa húmeda se estiran. Las comisuras labiales deben tener continuidad, ya que la presencia de escamas o erosiones nos evidencia la presencia de enfermedades oportunista como candidiasis, deficiencias vitamínicas en caso de anemias o disminución de la dimensión vertical. Los carrillos deben estirarse de la misma manera con la ayuda de un espejo bucal, se aprecia la coloración y texturas de los mismos. Al fondo de estos podemos apreciar en algunos pacientes una serie de pápulas de color amarillentas en formar de racimos o individuales, estas son de carácter benigno conocidas como Gránulos de Fordyce. Es importante verificar el cambio de coloración, forma, tamaño y textura de las encías, las características no normales nos indican procesos gingivales y periodontales letales en la permanencia del diente en boca. De igual manera la inspección de los maxilares, los cuales a la palpación deberán tener continuidad, descartando las asimetrías de los mismos, siendo los casos de exostosis el único indicador de normalidad en ellos. Con respecto a los tan apreciados dientes descartamos las patologías comunes como perdida de sustancia descalcifica, anomalías en tamaño, forma y numero, oclusión. Para el paladar duro y blanco, la inspección directa o indirecta es viable, con la ayuda de un espejo bucal observamos, en la porción anterior las rugas palatinas y papila incisiva, los conductos excretores de glándulas salivales, exostosis óseas conocidos como Torus palatinos. Existe de igual manera exostosis a nivel del maxilar inferior, estos ubicados a nivel lingual se les diagnostica como Torus mandibular En el paladar blando se visualiza la úvula, en esta zona existen tejidos amigdalinos, tejido linfoide. Podemos apreciar la inserción muscular de la zona que conforman los pilares posteriores de la cavidad bucal. La zona amigdalina conocida también como la pared posterior bucal, se aprecian las amígdalas menores que no pueden visualizarse en todos los pacientes. Las amígdalas mayores son de mayor tamaño situadas a ambos lados del pliego palatogloso y palatofaríngeo. El aumento excesivo de las amígdalas palatinas se debe por procesos de reactividad o tumoraciones. Otras amígdalas que se encuentran son las accesorias que suelen ubicarse por detrás de la úvula y son semejantes a fibromas, Si desplazamos la lengua hacia delante y abajo, pidiéndole al paciente que diga ah!!!, Podemos facilitar la exploración. Con una gasa húmeda podemos estirar y así observar la lengua, es vital observar todas las caras como ventral y dorsal, estas están tapizadas de papilas filiformes, fungiformes, circunvaladas, foláceas. Si el paciente levanta la lengua podremos observar los pliegues sublinguales o carúnculas que forman un "V" que apunta hacia los dientes anteriores, terminando en una elevación de tejido, acá es donde se ubica el conducto excretor de Wharton. En el caso de pacientes edentulos, la mayoría presenta este piso de boca edematoso.

RECOMENDACIONES

Elabore una historia clínica sencilla en la cual Ud., incluya datos epidemiológicos básicos del paciente.

No sé de él lujo de contar con su memoria. Lo escrito perdura.

El interrogatorio aporta mas del 50% de la información referente al paciente. Los antecedentes médicos – odontológicos tanto del paciente y sus familiares, nos ahorran mucho tiempo al momento del diagnóstico.

Como examen complementario, una radiografía panorámica por año, es clave en el diagnóstico de patologías en tejidos duros. (maxilares, diente, ATM, senos paranasales y frontales)

Explore de manera meticulosa los tejidos circundantes a los dientes, hay patologías que pueden quedar como base de una(s) prótesis bucales muy bien confeccionadas.

En muchos casos, los odontólogos no nos sentimos capacitados en el tratamiento de ciertas entidades. Confiemos en otros que si lo están.

Muchas enfermedades tienen aparición primaria en boca, así que este atento.

RADIOLOGÍA

Ningún invento científico por si solo ha contribuido tanto a mejorar la salud dental, como el descubrimiento de las asombrosas propiedades de los RAYOS X, por el profesor alemán Welhem Konrad Von Roentgen el 8 de noviembre de 1895. este hecho sucedió en el laboratorio del físico en la universidad de Würzburg, Alemania. Muchos fueron los que comprendieron las posibilidades diagnósticas y pronto se aplico en medicina y odontología esta nueva posibilidad de observar internamente el cuerpo humano.

La radiología es la ciencia que estudia las radiaciones, en especial los rayos X. La radiografía, es la producción de una imagen fotográfica de un objeto mediante el uso de los RAYOS X. En odontología se utiliza para proporcionar información sobre los tejidos bucales profundos no visibles a simple vista. La radiología es una ciencia y arte.

En la época actual la aplicación de los RAYOS X se extiende no únicamente en el área de la medicina derivándose a varias ramas.

- Radiología médica Diagnóstica o Radiodiagnóstico
- Radiología médica Terapéutica o Radioterapia
- Radiología Industrial
- Radiología Artística
- Espectroscopia
- Radiobiología
- Cristalografía
- Esterilización

TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE LA CAVIDAD BUCAL

Una parte importante de la odontología es el estudio de los tumores de la cavidad bucal y de las estructuras adyacentes, ya que el dentista desempeña un papel importante en el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones. Aunque los tumores solo constituyen una pequeña minoría de las entidades patológicas que el odontólogo ve, son de gran importancia porque poseen una potente capacidad que ponen en peligro la salud y la longevidad del paciente.

Por definición, un tumor es simplemente un abultamiento de tejido; en sentido estricto, la palabra no implica un proceso neoplásico. Muchas de las lesiones que examinamos se denominan tumores únicamente porque se manifiestan con abultamientos; de hecho, no están relacionados con las neoplasias verdaderas.

La neoplasia es un fenómeno biológico mal entendido, en ocasiones no se puede diferenciar claramente de otros procesos o reacciones tisulares. Aunque no hay una definición precisa de neoplasia, sin excepción, con frecuencia se le considera como un crecimiento nuevo de tejido independiente, no coordinado, el cual potencialmente es capaz de proliferar sin limitaciones y no retrocede una vez que desaparece el estímulo que produjo la lesión.

1. NEOPLASIAS Y OTROS TUMORES RELACIONADOS CON EL APARATO ODONTOGENICO

A. BENIGNOS

1. AMELOBLASTOMA

(Adamantinoma; adamantoblastoma; quiste multilocular)

El ameloblastoma es una neoplasia verdadera que se origina en el tejido tipo órgano del esmalte el cual no sufre diferenciación sino hasta el punto de formar esmalte. Robinson lo describió, como un "crecimiento por lo regular unicéntrico, no funcional, intermitente, anatómicamente benigno y clínicamente persistente".

El término "ameloblastoma", fue sugerido para reemplazar el término de "adamantinoma", ya que este último implica la formación de tejido duro, y dicho material no está presente en esta lesión.

En la actualidad la mayoría de las autoridades consideran que el ameloblastoma tiene un origen variado, aunque se desconoce el proceso inicial del estímulo. De esta manera el tumor puede derivar de:

- 1) Restos celulares del órgano del esmalte, ya sea remanentes de la lámina dental o restos epiteliales de Malessez.
- 2) Epitelio de quistes odontógenos, en particular el dentígero (en la pared de un quiste dentígero y se han reconocido numerosos casos que se han desarrollado de esa manera) y odontomas.
- 3) Alteraciones del órgano del esmalte en desarrollo.
- 4) Células basales del epitelio de los maxilares.
- 5) Epitelio heterotópico localizado en otras partes del cuerpo, en especial en la hipófisis.

Stanley y Dihel, al revisar 641 casos de ameloblastoma, encontraron que 108 de esos tumores, cerca de 17%, estaban en definitiva asociados con un diente impactado o con un quiste folicular (dentígero). También señalaron una notable reducción del desarrollo de estas lesiones después de los 30 años de edad, posiblemente a causa de la pérdida del potencial ameloblastomatoso del epitelio odontógeno en folículos dentales y en quistes foliculares como en los pacientes de edad. Este importante dato subraya el gran peligro del quiste dentígero y la necesidad de realizar un cuidadoso examen microscópico de cada lesión. Como se puede desarrollar un quiste dentígero asociado con un odontoma o con un diente impactado, se sugiere que estos casos también sean analizados por el patólogo. (Fig. 1.1 y 1.2 Pag. 42)

2. TUMOR ODONTOGENO CALCIFICANTE EPITELIAL

(Tumor de Pindborg)

Fue descrito por primera vez por Pindborg en 1956. Aunque sin duda alguna tiene origen odontógeno, presenta poca similitud microscópica con el ameloblastoma característico, y estas dos lesiones se pueden separar.

Aspectos clínicos: En una muestra de 113 casos realizada en 1976 se observó, que este tumor es

más frecuente en la edad mediana. La edad promedio en el momento del diagnóstico fue de 40 años tanto en hombres como en mujeres, con una variación desde ocho a 92 años. No existe una diferencia importante respecto a la frecuencia con que se presenta entre los sexos, ya que 49% de los casos se presentaron en hombres y 51% en mujeres.

Este tumor se presenta con más frecuencia en la mandíbula que en el maxilar superior, en una proporción de 2:1 y el predominio de la región molar es tres veces mayor que en los premolares, mientras que otros sitios de los maxilares hay una distribución relativamente igual. En cuanto a edad y sitio, el tumor de Pindborg es similar al ameloblastoma.

La mayoría de los pacientes con esta lesión son asintomáticos, y solo manifiestan una hinchazón insensible. Sin embargo, es de interés que 52% de los casos estudiados estén definitivamente asociados con un diente no erupcionado o impactado.

Según la revisión realizada por Wertheimer y asociados (1977) también se sabe que aparece un tumor odontógeno epitelial calcificante extraóseo, pero es bastante raro, con la presentación de solo ocho casos publicados. La edad promedio en que esta lesión ocurre es a los 35 años. Con una distribución semejante en ambos sexos. Excepto una lesión equívoca que se presentó en el labio superior, todos los casos aparecieron en la encía, cinco fueron mandibulares y dos maxilares; casi invariablemente ocurre en el segmento anterior. Histológicamente la lesión extraósea es idéntica a la intraósea. (Fig 2.1 Pag. 42)

Aspectos radiográficos: El tumor puede mostrar una considerable variación radiográfica. En algunos casos aparece como un área radiolúcida unilocular difusa o circunscrita, mientras que en otros aparece como un patrón combinado de radiolucencia y radiopacidad con muchos espacios trabeculados óseos irregulares pequeños que cruzan el área radiolúcida en muchas direcciones y produciendo un patrón multilocular o alineal. Los puntos dispersos de calcificación que se observan a través de la radiolucencia han dado lugar al término descriptivo de un aspecto "de nieve espesa". En ocasiones es totalmente radiolúcida y está asociada con un diente impactado, originando de esta manera un diagnóstico clínico equivocado de quiste dentígero. (Fig 2.2 Pag. 42)

Aspectos histológicos: Esta compuesto de células epiteliales poliédricas, a veces estrechamente

empacadas en grandes láminas, pero otras consiste principalmente en pequeñas pilas de células diseminadas en un estroma blando de tejido conectivo fibroso. En ocasiones, las células se ordenan en cordones o en filas. Semejantes a un adenocarcinoma. Las células tumorales tienen un borde celular exterior y bien definido, con un citoplasma eosinófilo finamente granular, y los puentes intercelulares con frecuencia son prominentes. A menudo los núcleos son pleomórficos, siendo bastante comunes los núcleos gigantes y la multinucleación, pero es rara la mitosis. Las células tumorales en algunas lesiones se caracterizan por la extrema variación morfológica con graves anomalías celulares semejantes a las que se observan en algunas neoplasias altamente malignas, mientras que otros casos de tumor odontógeno calcificante epitelial se componen de células tumorales monomórficas de aspecto inocuo; no obstante, biológicamente no hay diferencias entre las dos.

La forma bien reconocida de esta neoplasia es la *variante de células claras*. En este tipo, las células tumorales poseen un citoplasma vacuolado claro en vez de uno eosinófilo. El núcleo puede permanecer redondo u ovalado en el centro de las células o estar aplanado contra la membrana celular. (Fig 2.3 Pag. 43)

En algunos tumores, las células claras forman el total de las células tumorales, en tanto en otros contienen solo algunos focos diseminados. Como varios tipos de tumores tanto primarios (por ejemplo, el carcinoma mucoceludermode), como metastásicos (por ejemplo, el hipernefoma), pueden mostrar células claras, se debe tener mucho cuidado para su interpretación y diagnóstico.

Uno de los aspectos microscópicos característicos de este tumor es la presencia de una sustancia homogénea eosinofílica. Al menos en algunas ocasiones parece que se forma extracelularmente y que después se expulsa dentro del compartimiento extracelular como resultado de la secreción o degeneración celular, puede estar presente en cantidades grandes o muy limitadas. Esta compuesto por lo menos de tres tipos diferentes de fibrillas, pero tiene un tamaño más pequeño que las fibras del amiloide "convencional".

Otro aspecto característico del tumor de Pindborg es la calcificación, algunas veces en grandes cantidades, y con frecuencia en forma de anillos de Liesegang. Parece presentarse a veces en forma de glóbulos de material parecido al amiloide, muchos de los cuales se han fusionado y transformado de una coloración negativa PAS

(periódica ácida de Schiff), hacia una coloración positiva PAS durante el proceso de calcificación.

Tratamiento y pronóstico: Por lo general se concuerda en que este tumor es de lento crecimiento y que es invasivo parcialmente, aunque Krolls y Pindborg establecieron que parece no extenderse dentro de los espacios intertrabeculares como lo hace el ameloblastoma. Desafortunadamente, los métodos de tratamiento realizados han sido muy variables, desde una simple enucleación hasta la resección radical, de manera que han sido difíciles de evaluar los resultados finales. El índice de recurrencia conocida es solo de 14%; sin embargo, la recurrencia de esta lesión puede no manifestarse por muchos años. Los datos de recidiva y el comportamiento biológico conocido del tumor sugeriría que no esta garantizado un tratamiento quirúrgico radical.

3. FIBROMA AMELOBLASTICO

(Tumor odontógeno mixto blando; odontoma mixto blando; fibroadamantoblastoma)

Neoplasia relativamente poco frecuente de origen odontógeno que se caracteriza por la proliferación simultánea de tejido epitelial y mesenquimal sin la formación de esmalte o de dentina. Se le puede considerar como un ejemplo de tumor mixto verdadero.

Aspectos clínicos: Aparece con mas frecuencia en la región molar de la mandíbula es similar en su localización al ameloblastoma simple. Casi 75% de los 55 casos examinados por Slootweg se presentaron en este sitio. Sin embargo, existe una considerable diferencia en los grupos de edad de los pacientes afectados con más frecuencia. Según Small y Waldron el ameloblastoma simple se presenta característicamente en personas de mediana edad, siendo la edad promedio de los pacientes en el momento del descubrimiento de 33 años; el fibroma ameloblastico se presenta en personas mucho más jóvenes. Al examinar 55 casos, Slootweg encontró que la edad promedio de quienes presentaban fibroma ameloblastico era de 14.6 años, con 40% de pacientes menores de 10. También observo una muy ligera predilección por el sexo masculino.

Este tumor tiene un crecimiento clínico algo más lento que el ameloblastoma simple y no tiende a infiltrarse en el trabeculado del hueso, por el contrario se agranda por expansión gradual, y por consiguiente la periferia de la lesión con

frecuencia permanece lisa. Muchas veces no ocasiona molestias al paciente y se ha descubierto accidentalmente durante el examen radiográfico. Sin embargo, el dolor, insensibilidad al tacto o hinchazón moderada del maxilar inducen al paciente a solicitar la ayuda del dentista.

Aspectos radiográficos: No se encontraron signos con diferencias importantes constantes entre la apariencia del ameloblastoma simple y la del fibroma ameloblástico. Este último se manifiesta como una lesión radiolúcida multilocular o unilocular, la cual tiene un contorno más bien liso, a menudo con un borde esclerótico y la cual puede o no producir una convexidad evidente del hueso. Gran parte de las lesiones están asociadas con dientes no erupcionados. Se encuentra una considerable variación radiográfica en el tamaño de las lesiones, desde 1 a 8.5cm de diámetro. (Fig. 3-1 Pag. 43)

Aspectos histológicos: La apariencia microscópica de esta neoplasia odontógena es característica. La porción ectodermal tiene islotes diseminados de células epiteliales presentes en una variedad de patrones, que incluyen rosetas, bandas largas parecidas a dedos, y nidos y cordones. Estas células por lo regular son de tipo cuboidal o columnar y guardan una estrecha semejanza con el epitelio odontógeno primitivo. No es común la actividad mitótica.

La semejanza con la lámina dental es bastante más evidente en esta lesión que en ameloblastoma simple. (Fig. 3-2 Pag. 43)

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento del fibroma ameloblástico ha sido algo más conservador que el del ameloblastoma simple, ya que parece no infiltrar el hueso tan activa o tan ampliamente como el ameloblastoma. También tiende a separarse del hueso con más rapidez. Parecería que una extirpación quirúrgica un poco más agresiva seria más conveniente para esta lesión que un simple raspado.

4. TUMOR ODONTOGENICO ADENOMATOIDE

(Adenoameloblastoma; tumor adenomatoide ameloblástico)

Este tumor es un tipo histológico poco común que se caracteriza por la formación de estructuras parecidas a los conductos por el componente epitelial de la lesión. No se sabe si representa una neoplasia verdadera, debido a que es incierta la histogénesis. Mientras algunos investigadores lo

consideran como una neoplasia benigna, otros lo han categorizado como una formación hamartomatosa o como un quiste odontógeno. (Fig 4-1 Pag. 43)

Aspectos clínicos: Hay más de 100 casos de tumores odontógenos adenomatoideos publicados en la literatura después de 1970, de acuerdo con la revisión de Giansanti y colaboradores, y más de 150 en 1975, de acuerdo con Courtney y Kerr. La edad promedio de los pacientes fue de aproximadamente 18 años, con una variación de 5 a 53 años. Sin embargo, 73% de los individuos eran menores de 20 años de edad. Existe una marcada predilección por presentarse en mujeres, 64% en comparación con 36% que se desarrolló en varones. El sitio de frecuencia es mayor en el maxilar superior (65%) que en la mandíbula (35%). En cambio, el ameloblastoma es mucho más frecuente en la parte anterior de los maxilares con 76% desarrollándose en la parte anterior al canino en el maxilar superior y la mandíbula. Solo muy rara vez la lesión es distal al área premolar. Al menos en 74% de los casos, los tumores estuvieron asociados con un diente no erupcionado, y en más de las dos terceras partes este diente fue el canino maxilar o mandibular.

La gran mayoría de las lesiones medían entre 1.5 y 3.0 cm, aunque se señalan lesiones más grandes que excedieron los 7 cm.

Giansanti y colaboradores señalan que un alto porcentaje de estas lesiones están asociadas con dientes no erupcionados y se presentan como quistes dentígero que sugieren poderosamente que están relacionados con alguna alteración tardía en la odontogénesis. Como ninguno de los dientes asociados se describe como morfológicamente defectuosos, la alteración debe ocurrir después de completar la odontogénesis.

Aspectos radiográficos: La radiografía dental revela una lesión destructiva del maxilar, que puede o no estar bien circunscrita, pero en la mayoría de los casos se asemeja a un quiste dentígero. Sin embargo, en dichos casos se extiende en sentido apical y no hacia la unión cemento-esmalte. Las lesiones casi invariablemente se presentan como radioluscencias uniloculares, pero pueden contener focos radiopacos mal definidos y hasta densos. Con frecuencia hay separación de las raíces o desalajo de los dientes adyacentes. La resorción radicular es rara.

Aspectos histológicos: Esta formado por células epiteliales, que por lo regular presentan solo un estroma estrecho de tejido conectivo. Estas células

epiteliales, que con frecuencia presentan una forma poliédrica o incluso fusiforme, varían en patrón desde nidos, espadas o cordones, hasta células de una variedad definida columnar o coloidal ordenadas en una modalidad adenomatoide o en forma de conductos. Es poco común la actividad mitótica. Las luces de estas estructuras parecidas a conductos tienen algunas veces un coágulo eosinófilo.

A menudo los focos de calcificación se diseminan a través del tumor y algunos investigadores los han interpretado como un intento de formación del esmalte, pero otros como un intento de formación de dentina e incluso de cemento. Por último, invariablemente la lesión se encuentra encapsulada, y por tanto impide cualquier invasión local.

Se han realizado varios estudios ultraestructurales para aclarar el origen de este tumor. Casi todos los investigadores están de acuerdo con la similitud que presentan las estructuras de la lesión con el órgano del esmalte normal. Schlosnagie y Sameren en un estudio al microscopio electrónico, establecieron que las células que revisten las estructuras parecidas a los de los conductos se asemejan a las células del epitelio del esmalte interno, tal y como se desarrollan a través de la etapa de ameloblasto. También concluyeron que las células fusiformes del tumor, constituyen otro componente importante, ultraestructuralmente semejante a las células del retículo estrellado o del estrato intermedio. Estos datos coinciden con los de otros investigadores, como Smith y colaboradores. Además, Hatakeyama y Suzuki describieron células en el tumor que eran similares a las células del epitelio externo del esmalte, mientras que Khan y colaboradores describieron células parecidas a los odontoblastos. La identificación de ambos tipos celulares aguarda una confirmación posterior.

Tratamiento y pronóstico: La mayoría de estos tumores ha sido tratada mediante excisión quirúrgica conservadora, y la recurrencia, si es que alguna vez se presenta, es sumamente rara.

5. QUISTE ODONTOGENICO CALCIFICANTE

Aspectos histológicos: Lesión quística no neoplásica cuyo revestimiento epitelial presenta una capa basal bien definida de células cilíndricas, sobre la cual se dispone otra capa constituida con frecuencia por muchas células superpuestas y que pueden parecerse al retículo

estrellado, así como masas de células epiteliales (fantasmas) que pueden situarse en la barrera quística epitelial o en la cápsula fibrosa. Estas células (fantasmas) pueden calcificarse. Cerca de la capa basal del epitelio puede depositarse dentina displásica.

Aspectos radiográfico: En la radiografía la lesión aparece como una zona radiolúcida bien definida que contiene cantidades variables de material radiopaco. La lesión suele ser intraósea, aunque también puede desarrollarse en los tejidos blandos de la zona de implantación de los dientes. Puede asociarse a un odontoma complejo o a un tejido semejante al del fibro-odontoma-ameloblástico. Es frecuente que en algunas zonas de la lesión se parezcan extraordinariamente al ameloblastoma y hasta hace poco tiempo la mayor parte de los casos se diagnosticaban de ameloblastoma atípicos. Las células epiteliales (Fantasmas) frecuentemente calcificadas, como las que se observan en el epiteloma calcificante de Malherbe, son una de las características más destacadas del quiste odontogénico calcificante, aunque no hay que olvidar que esas células pueden así mismo observarse en el ameloblastoma y en algunas otras lesiones.

Existe una rara variante del quiste odontogénico calcificante con formación de melanina en el epitelio.

6. DENTINOMA

Neoplasia muy poco frecuente formada por epitelio odontogénico y tejido conjuntivo inmaduro, que se caracteriza por la formación de dentina displásica.

Aspectos radiográfico: En la radiografía la lesión aparece como una zona radiolúcida bien delimitada en cuyo interior se observan cantidades más o menos grandes de material radiopaco.

Aspectos histológicos: El epitelio suele adoptar la forma de finos cordones constituidos por una o dos capas de células redondeadas o cúbicas. El tejido conjuntivo puede parecerse al de las papilas dentarias, así como el aspecto general puede ser semejante al de ciertos fibromas ameloblasticos. Además se observa un depósito de dentina escasamente organizada con la que se asocian estrechamente los cordones de epitelio odontogénico, muchos de los cuales llegan incluso a incorporarse a ella. Es frecuente que la dentina

este mal mineralizada y que en su interior, además del epitelio incluido, se observen células mesenquimatosas. En los márgenes de las masas de dentina en formación se observan con frecuencia gruesos haces fibrosos dispuestos radialmente, con células alargadas situadas entre ellos y dispuestas paralelamente a su dirección. Es muy raro que se observe una dentina tubular relativamente bien constituida. En algunas lesiones que parecen pertenecer al grupo del dentinoma puede ser imperceptible el epitelio; lo más probable es que en estos casos haya habido epitelio, pero que esté degenerado.

La mayor parte de los dentinomas se desarrollan en el hueso, un pequeño número fuera de éste; en ciertos casos el tejido epitelial puede proceder directamente de la mucosa oral.

7. FIBROMA

Este tumor de tejido conectivo es la neoplasia benigna de tejido blando más común que se presenta en la cavidad bucal. Está íntimamente relacionado con la hiperplasia fibrosa, y en muchas ocasiones no se distingue histológicamente. A veces se ha informado de un fibroma central de hueso, tanto en el maxilar superior como en la mandíbula, pero nunca se ha separado claramente del fibroma odontógeno.

Aspecto clínico: El fibroma aparece como una lesión elevada, de color normal, con una superficie lisa y una base sésil, u ocasionalmente pedunculada. El tumor puede ser pequeño, o en ocasiones medirá varios centímetros de diámetro. Proyectado sobre la superficie, a veces se irrita o se inflama, y puede incluso mostrar una ulceración superficial. Casi siempre es una lesión de crecimiento lento, bien definida, que se presenta a cualquier edad, pero que es más común en la tercera, cuarta y quinta décadas. Aunque aparece en diferentes sitios, es más frecuente en encía, mucosa bucal, lengua, labios y paladar. Como la consistencia del fibroma puede ser firme y resistente o suave y esponjosa, en ocasiones se usan los términos clínicos "fibroma duro" y "fibroma suave".

Aspectos histológicos: El fibroma está compuesto de atados de fibras colágenas entrelazadas y mezcladas con diversos fibroblastos y fibrocitos y pequeños vasos sanguíneos. La superficie de la lesión está cubierta por una capa de epitelio escamoso estratificado. Si se presenta

traumatismo en el tejido, puede encontrarse vasodilatación, edema e infiltración de células inflamatorias. En algunos fibromas hay áreas de calcificación difusa o cocal e incluso osificación, principalmente en aquellos que se presentan en encía; algunas veces se le ha llamado “fibroma osificante periférico”, “épulis fibroideosificante”, “fibroma cementante periférico” o “fibroma odontógeno periférico”. Es interesante que el fibroma, una neoplasia verdadera de origen de conectivo, sea microscópicamente similar a la hiperplasia inflamatoria, un aumento en el volumen del tejido conectivo que se forma como parte de una reacción inflamatoria.

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento del fibroma o hiperplasia inflamatoria focal, según el caso, es la extirpación quirúrgica tradicional. Rara vez recurre la lesión. (Fig. 7-1 Pag. 44)

8. ODONTOMA AMELOBLASTICO

(*Odontoameloblastoma; adamantodontoma; odontoma blando y calcificado*)

Es una neoplasia odontógena caracterizada por la presencia simultánea de un ameloblastoma y de un odontoma compuesto. Es una entidad clínica rara. No se debe pensar que este tumor representa dos neoplasias separadas que crecen al unísono; más bien existe una proliferación peculiar de tejido del aparato odontógeno en un patrón no limitado, incluyendo la morfodiferenciación completa, así como la posición e incluso la calcificación. Puede mostrar recurrencia después de una extirpación inadecuada.

Aspectos clínicos: El odontoma ameloblástico al parecer se presenta a cualquier edad, pero con más frecuencia en los niños, y es poco más común en la mandíbula que en el maxilar. Es una lesión del hueso que se expande con lentitud y produce una considerable deformidad o asimetría facial si no se trata. Como es una lesión central, se presenta una considerable destrucción de hueso. Puede haber dolor leve, así como erupción retardada de los dientes.

Aspectos radiográficos: La destrucción central del hueso con expansión de las placas corticales es muy extensa. El aspecto característico es la presencia dentro de la lesión de numerosas masas radiopacas, las cuales pueden o no guardar una semejanza con los dientes formados, aunque en miniatura. En otras ocasiones solo existe una masa radiopaca irregular de tejido calcificado. De esta manera el aspecto radiográfico del odontoma

ameloblástico es de una manera o de otra idéntico al del odontoma compuesto. (Fig. 8-1 Pag. 44)

Aspectos histológicos: La apariencia microscópica de este tumor es poco usual. Consiste en una gran variedad de células y de tejidos en una distribución compleja, que incluye células epiteliales columnares, escamosas e indiferenciadas, así como ameloblastos, esmalte, dentina, osteodentina, material dentinoide y osteoide, tejido parecido al retículo estrellado, papila dental, hueso y cemento, así como tejido conectivo estromal. Se pueden encontrar muchas estructuras semejantes a los gérmenes dentales normales o atípicos con o sin apreciación de tejidos dentales calcificados. Además, una característica notable es la presencia de hojas de ameloblastoma típicas de uno o de otro de los tipos reconocidos, por lo regular del tipo de células basal, folicular o plexiforme. Hay poca mitosis, a pesar de que son obvias las tendencias proliferativas de células epiteliales.

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento del odontoma ameloblástico es dudoso, probablemente debido a que existen pocos casos publicados. Algunos investigadores creen que la recurrencia, asociada con la continua destrucción del tejido, es común después de realizado el raspado conservador o la enucleación y que es necesario una aproximación más radical. La resección del maxilar, si es posible preservando el borde inferior de la mandíbula, cuando esta área no esta lesionada, dará como resultado una cura permanente. El comportamiento general de esta lesión es el mismo que el del componente del ameloblastoma y por eso también se aplicaría aquí la misma filosofía del manejo que para el ameloblastoma.

Tipo y frecuencia aproximada de tumores de partes blandas cervicofaciales

Tejido	Tumor Benigno	Tumor maligno
Adiposo	Lipoma (27%)	Liposarcoma (8%)
Conjuntivo	Fibroma (2%)	Fibrosarcoma (10%)
Fibroso	Fascitis nodular (15%)	Fibrohistiocitoma(20%) Dermatofibrosarcoma P.
Nervios	Neurofibroma(7%) Schwanoma(4%)	Sarcoma Neurogeno(1%) Schwanoma maligno (10%)
Vascular	Hemangioma (11%) Paraganglioma(1%) Linfangioma	Hemangiosarcoma(7%)
Músculo liso	Leiomioma	Leiomiomasarcoma
Músculo estriado	Rabdomioma	Rabdomyosarcoma
Sinovial	Tumor de células gigantes	Sarcoma sinovial

9. ODONTOMA

El término “odontoma”, por la sola definición se refiere a cualquier tumor de origen odontógeno. Sin embargo, a través de su uso ha significado un crecimiento, en el cual tanto las células epiteliales como las mesenquimatosas muestran diferenciación completa, con el resulta de que los ameloblastos y odontoblastos funcionales forman esmalte y dentina. Este esmalte y esta dentina yacen abajo en un patrón anormal debido a que la organización de las células odontógenas no pueden alcanzar un estado normal de morfodiferenciación.

El odontoma representa una malformación hamartomatosa en vez de una neoplasia. Esta lesión se compone de más de un tipo de tejido, y por esta razón ha sido llamado odontoma compuesto. En algunos odontomas compuestos el esmalte y la dentina conservan una modalidad tal que las estructuras guardan una considerable semejanza anatómica con el diente normal, excepto que son con frecuencia más pequeños que los dientes normales. Se les ha denominado odontomas mixtos compuestos cuando al menos existe una similitud anatómica superficial con los dientes normales. Por otra parte cuando los tejidos dentales calcificados son simplemente una masa irregular que no guarda similitud morfológica, incluso con dientes rudimentarios, se usa el término de odontoma compuesto complejo. La forma compuesta del odontoma es menos común que el tipo compuesto.

Etiología: La etiología del odontoma se desconoce. Se ha sugerido que el traumatismo o la infección puede llegar a originar dicha lesión. Hitchin sugirió que los odontomas se heredan o son causados por un gen mutante o por una interferencia, posiblemente postnatal con el control genético del desarrollo dental. Por otra parte, Levy informó sobre la producción experimental de esta lesión en las ratas por lesión dental.

Aspectos clínicos: Se puede descubrir a cualquier edad y en cualquier sitio del arco dental, maxilar o mandibular. Budnick reunió un análisis de 149 casos de odontoma (76 complejos y 73 compuestos) de la literatura (65 casos) y de los archivos de la Emory University (84). Como se puede descubrir a cualquier edad, desde los muy jóvenes hasta los muy ancianos, encontró que la edad promedio en la cual se detecto era de 14.8 años, siendo la edad mas predominante para el diagnóstico y tratamiento la segunda década de la

vida. También encontró una ligera predilección por presentarse en el sexo masculino (59%) comparado con el femenino (41%).

De todos los odontomas combinados, 67% se presento en el maxilar y 33% en la mandíbula. El odontoma compuesto tuvo predilección en este estudio por presentarse en la parte anterior del maxilar (61%), mientras que el 34% del odontoma complejo se presento allí. En general, los odontomas complejos tuvieron preferencia por la parte posterior de los maxilares (59%) y por ultimo en el área premolar (7%). Es un hecho interesante que ambos tipos de odontomas se han presentado con más frecuencia en el lado derecho de los maxilares que en el lado izquierdo (compuesto 62%; complejo 68%). El odontoma por lo regular es pequeño, excede, solo en ocasiones el diámetro de la masa de un diente. A veces se hace más grande y produce la expansión del hueso con la consecuente asimetría facial. Esto es en particular cierto, si se desarrollo un quiste dentígero al rededor del odontoma.

La mayor parte de los odontomas son asintomáticos, aunque pueden aparecer signos y síntomas ocasionales relacionados con su presencia. Por lo general estos consisten de dientes no erupcionados o impactados, dientes deciduos detenidos, hinchazón e infección.

Aspectos radiográficos: La apariencia radiográfica del odontoma es característica. Debido a que la mayor parte de los odontomas son clínicamente asintomáticos y se descubren mediante el examen radiográfico de rutina, el dentista debe de estar familiarizado con su apariencia. A menudo están situados entre las raíces de los dientes y aparecen como una masa irregular de material calcificado, rodeados de una banda radiolúcida angosta con una periferia externa lisa o con diversas estructuras parecidas a los dientes con el mismo contorno periférico. Este último tipo de odontoma puede contener solo algunas estructuras semejantes a los dientes o varias docenas. Ambas formas de odontoma se encuentran con frecuencia asociadas con los dientes no erupcionados. Es interesante que la mayor parte de los odontomas que se encuentran en los segmentos anteriores de los maxilares sean del tipo compuesto, mientras que gran parte de los que se localizan en las áreas posteriores sean de tipo compuesto complejo. (Fig. 9-1 y 9-2 Pag. 45) Este último tipo también aparece como una masa calcificada que cubre a la corona de un diente no erupcionado o impactado. Se puede descubrir un odontoma en desarrollo mediante la radiografía de

rutina y presentarse dificultad en el desarrollo debido a la falta de calcificación.

Aspectos histológicos: La apariencia histológica del odontoma no es espectacular. Unos hallazgos son el esmalte o la matriz de esmalte dentina, tejido pulpar y cemento de apariencia normal, los cuales pueden mostrar una relación normal entre sí. Existe una semejanza morfológica con los dientes, las estructuras por lo regular son de una sola raíz. La cápsula de tejido conectivo que se encuentra alrededor del odontoma es similar en todos los aspectos al folículo que rodea un diente normal. (Fig. 9-3 Pag. 45)

Un aspecto adicional interesante es la presencia de células “fantasmas” en los odontomas.

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento del odontoma es la extirpación quirúrgica, y no se esperan recurrencias. Debido a que tanto el odontoma como el fibroodontoma ameloblasticos guardan una gran semejanza con el odontoma común, en particular en la radiografía, se sugiere que todos los odontomas sean enviados a un patólogo bucal calificado para examen microscópico.

10. ODONTOMA COMPUESTO

Mal formación en la que están representados todos los tejidos dentarios pero con más orden que en el odontoma complejo, por lo cual la lesión esta formada por numerosas estructuras semejantes a las del diente. La mayor parte de estas estructuras no se parecen morfológicamente a los dientes de la dentición normal, pero en cada una de ellas el esmalte, la dentina, el cemento y la pulpa están dispuestos como en el diente.

Entre el odontoma compuesto y el complejo existe solo una diferencia relativa, basada en el predominio de dentículos bien organizados o en el de tejidos dentarios desorganizados.

11. FIBROMA ODONTOGENO CENTRAL

Es un tumor central de los maxilares, tan infrecuente que se conoce muy poco de esta neoplásia.

De todos los tumores odontógenos, esta lesión es la que tiene los parámetros mas mal definidos.

Tres conceptos han existido respecto a este tumor:

1) que es una lesión al rededor de la corona de un diente no erupcionado, semejante a un quiste dentígero pequeño, aunque la mayoría de los investigadores lo ven como un folículo dental hiperplásico y no como un tumor odontógeno.

2) es una lesión de tejido conectivo fibroso, con islotes diseminados de epitelio odontógeno que guardan alguna semejanza con el folículo dental, pero debido a su tamaño parece una neoplásia; y

3) es una neoplásia que ha sido descrita por la OMS como una neoplásia fibroblastica que contiene cantidades variables de epitelio odontógeno y que en algunos casos presenta material calcificado parecido a la dentina displásica o al material parecido al cemento; de esta manera, excepto por su localización, es histológicamente idéntico al fibroma odontógeno periférico que fue descrito por el grupo de la OMS. (Fig. 11-1 Pag. 45)

Aspectos clínicos: Parece presentarse con más frecuencia en niños y adultos jóvenes, aunque se han publicado algunos casos en personas mayores y tiene preferencia por la mandíbula. Por lo general es asintomático, excepto cuando hay inflamación en el maxilar.

Aspectos radiológicos: A veces este tumor produce una radiolusencia expansiva, multilocular similar a la del ameloblastoma.

Aspectos histológicos: El simple se caracteriza por una masa tumoral formada de fibras colágenas maduras diseminadas por lo regular en los fibroblastos entremezclados gruesos que son muy uniformes en su colocación y tienden a ser equidistantes unos con otros.

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento de esta neoplásia es la excisión quirúrgica. Se conoce muy poco acerca de la recurrencia.

12. MIXOMA ODONTOGENO

(Fibromixoma o mixofibroma odontógeno)

Es un tumor de los maxilares que aparentemente surge de la porción mesenquimal del germen dental, ya sea de la papila dental, del folículo o del ligamento periodontal.

Datos pertinentes acerca de más de 90 individuos y series de casos de mixoma odontógeno de los maxilares. Una prueba absoluta del origen a partir

del aparato odontógeno es la falta de esta lesión, pero es más probable que aparezca con la presencia de tal lesión en los maxilares y la casi ausencia universal en cualquier hueso del esqueleto. Por ejemplo, en un estudio realizado por McClure y Dahlin, de 6000 casos de tumores después de 1976, no se encontraron casos que afectaran a otros huesos además de los maxilares.

Aspectos clínicos: Es más frecuente en la segunda o tercera década de la vida; la edad promedio de las varias series fue de 23 a 30 años. Rara vez se presenta antes de los 10 años o después de los 50. No existe una predilección particular por sexo, y si una ligera preferencia por presentarse en la mandíbula. Algunos casos se presentan fuera de las áreas dentales; se han señalado varios casos en el condilo y en el cuello de éste. En la serie de Thoma y Godman casi todos los casos estuvieron asociados con dientes faltantes o impactados. Sin embargo, en muchas ocasiones éste no fue el caso.

Es una lesión de los maxilares que expande el hueso y causa la destrucción de la corteza. No es una lesión que crezca rápidamente, y el dolor puede o no ser una característica.

Aspectos radiográficos: En algunos casos la radiografía tiene aspecto moteado o de panel e miel en el hueso, mientras que en otros puede aparecer como una radiolucencia destructiva expandida, la cual a veces tiene un patrón multilocular. El desplazamiento de los dientes causado por la masa tumoral es un hallazgo relativamente común, siendo menos frecuente la resorción radicular. A menudo se extiende el tumor antes que se descubra y hay invasión del antro en las lesiones del maxilar superior.

Aspectos histológicos: Esta formado por células estrelladas (astrocitos) fusiformes que están ordenadas de modo impreciso, muchas de las cuales tienen largos procesos fibrilares que tienden a formar mallas. El tejido disperso no están celular, y las células presentes no muestran evidencia de actividad importante (pleomorfismo, nucleolos prominentes o mitosis). Las células del mixoma no son un fibroblasto característico, que existe un intento en la fibrilogénesis de la colágena con poco éxito final y que la actividad secretoria predominante dentro de las células tumorales parece que da como resultado un exceso en la producción en la matriz del ácido mucopolisacárido.

Desde el punto de vista histológico hay que tener cuidado para distinguir al mixoma odontógeno de

otras lesiones mixoides, que incluyen neurofibroma mixoide, liposarcoma mixoide y condrosarcoma mixoide. (Fig. 12-1 Pag. 46)

Tratamiento y pronóstico: Es la excisión quirúrgica por cauterización. Las lesiones extensas pueden recurrir de resección para erradicar el tumor. Aunque es una neoplasia benigna, con frecuencia muestra una invasión local caprichosa, haciendo que sea difícil su excisión completa, por tener naturaleza floja y gelatinosa del propio tejido. El pronóstico es bueno a pesar de que la recurrencia no es pronosticable. El tumor es insensible a la radiación.

Se conoce una forma maligna de este tumor: un mixosarcoma odontógeno pero es sumamente rara.

13. CEMENTOMAS

a. CEMENTOBLASTOMA BENIGNO (Cementoma verdadero)

Es probablemente una neoplasia verdadera de los cementoblastos funcionales que forman una gran masa de cemento o de tejido parecido al cemento sobre la raíz dental. Es bastante distintiva pero es relativamente poco común, aunque hasta 1979 se notificaron 55 casos de acuerdo con Farman y colaboradores.

Aspectos clínicos: Se presenta con más frecuencia en menores de 25 años, sin que exista una predilección importante por sexo. Más de la mitad de los tumores han aparecido en personas menores de 20 años aunque varía entre las de 10 y 72 años. La mandíbula se afecta 3 veces más que el maxilar superior. El primer molar permanente mandibular es el diente que se ve afectado con más frecuencia. Solo se ha sabido de un caso que ha afectado a la dentición decidua. Los primeros molares mandibulares forman aproximadamente 50% de todos los casos. Otros dientes afectados han incluido a los premolares, segundos y terceros molares mandibulares, premolares, primeros, segundos y terceros molares maxilares. El diente asociado es vital, a menos que este afectado. La lesión es de lento crecimiento y puede causar expansión de los planos corticales del hueso, pero por lo regular es asintomática. Se ha informado de dolor, pero este puede estar relacionado con caries y no con la lesión. (Fig. 13-1 Pag. 46)

Aspectos radiográficos: La masa tumoral se encuentra adherida a la raíz dental y aparece como una masa radiopaca densa circunscrita, a menudo rodeada por una línea radiolúcida uniforme delgada. El contorno de la raíz afectada por lo general por lo general esta obliterado a causa de resorción radicular y la fusión de la masa al diente.

Aspectos histológicos: El volumen principal de la masa tumoral esta compuesto de hojas de tejido parecido al cemento, algunas veces semejante al cemento celular secundario, pero otras se deposita en un patrón globular parecido a los cementículos gigantes. Existe un componente variable de tejido blando que consta de elementos fibrilares, vasculares y celulares. Mucho del trabeculado cemental de las áreas de actividad se encuentra rodeado por capas de cementoblasto.

La masa calcificada se encontrara unida a la raíz dental a través de la obliteración del ligamento periodontal, la resorción de la porción de la raíz y el reemplazo por tejido tumoral. La periferia del tumor muestra una capa celular de tejido blando parecida a una cápsula. En esta periferia, el trabeculado cemental esta casi invariablemente ordenado en ángulos derechos.

Tratamiento y pronóstico: Debido a la tendencia del maxilar a expandirse, se cree que es justificada la extracción del diente, aunque es vital la pulpa. Se debe tener cuidado de identificar esta lesión de la hipercementosis grave o de la osteomielitis esclerosante focal crónica (es decir osteítis condensante), con las cuales puede tener similitud superficial. Al parecer no recurre esta lesión.

b. OSTEOFIBROMA PERIFERICO
(Fibroma odontógeno periférico; fibroma cementante periférico; épulis fibroide calcificante y occipitante; fibroma periférico con calcificación)

Los términos que con más frecuencia se usaron fueron “osteofibroma periférico” y “fibroma odontógeno periférico”. Como el último término se ha usado para designar a una lesión descrita por la Organización Mundial de la Salud en su clasificación de tumores odontógenos como una entidad totalmente diferente, el termino de osteofibroma periférico se empleará aquí para designar esta lesión individual relativamente común, misma que se caracteriza por un alto grado de celularidad; la cual por lo regular muestra formación ósea, aunque a veces se

encuentra en su lugar material parecido al cemento o rara vez calcificación distrófica. No obstante, algunos investigadores creen que la lesión es de origen odontógeno, derivado del ligamento periodontal, en especial porque solo se presenta en la encía y contiene oxitalano. Sin embargo, en la actualidad es incierta su derivación exacta. Debido a la similitud en la terminología, se considera que no es la contra parte extraósea del osteofibroma central.

Aspectos clínicos: Esta enfermedad, puede presentarse a cualquier edad, aunque parece más común en niños y en adultos jóvenes. Casi todos los casos estudiados mostraron predilección por el sexo femenino, en una proporción que varia de dos a uno hasta tres a dos. Además, las lesiones se dividen aproximadamente igual entre el maxilar superior y la mandíbula. La apariencia clínica de la lesión es característica, pero no patognomónica. Es una masa focal bien delimitada de tejido localizado en la encía, con base sésil o pedunculada; tiene el mismo color que la mucosa normal o esta ligeramente enrojecida. La superficie puede estar intacta o ulcerada. A menudo parece originarse a partir de una papila interdental.

Aspectos radiográficos: en gran parte de los casos no se lesiona el hueso subyacente visible en la radiografía. Sin embargo, en raras ocasiones se aprecia una erosión superficial del hueso.

Aspectos histológicos: La superficie del osteofibroma periférico muestra una capa intacta o con más frecuencia una capa ulcerada de epitelio escamoso estratificado. El volumen de la lesión esta compuesta de una gran masa celular de tejido conectivo que comprende grandes cantidades de fibroblastos proliferantes gruesos que se entremezclan a través de un estroma fibrilar muy delicado. La lesión es bastante característica en su alto grado de celularidad en contraste con el fibroma simple usual. Además, la vascularidad no es un aspecto tan importante de esta lesión como en el caso del granuloma piógeno. Se presentan en ella diversas formas de calcificación, las cuales varían según el caso. La calcificación puede ser trabeculada, ósea u osteoide, interconectada, múltiple o individual (ya sea hueso laminar maduro o hueso celular inmaduro), aunque se pueden encontrar con menos frecuencia glóbulos de material calcificado que se asemejan mucho al cemento celular o a una calcificación distrófica granular difusa. Esto es importante, porque el grado de celularidad de las lesiones por lo regular

es mayor en las áreas de calcificación, de cemento o de hueso.

En ocasiones se encontraran áreas que contienen células gigantes multinucleadas, las cuales, junto con el tejido celular circundante, tienen una considerable semejanza con algunas áreas del granuloma periférico de células gigantes.

Tratamiento y pronóstico: Se deben quitar las lesiones mediante cirugía y someterlas a examen microscópico para confirmar el diagnóstico. Rara vez es necesario realizar la extracción de los dientes adyacentes. Sin embargo, las lesiones recurren con alguna frecuencia, y de hecho no son raras las recurrencias repetidas. (Fig.13-2 Pag. 47)

c. DISPLASIA DEL CEMENTO PERIAPICAL (Cementoma; osteofibroma periapical. Osteofibrosis; fibroma cementificante; fibroosteoma localizado; cementoblastoma; displasia fibrosa periapical)

Es una lesión que se presenta con cierta frecuencia, pero que aun es difícil para los investigadores que han intentado explicar su naturaleza. Algunos se apegan a la teoría de que su origen proviene del tejido odontógeno, el cemento, mientras que otros piensan que solo es una reacción poco usual de hueso periapical. No se considera como una neoplasia en el sentido usual del término.

Etiología: Se desconoce su etiología, aunque se ha sugerido que se presenta como resultado de traumatismo crónico moderado, tal vez por la oclusión traumatógena.

La verdadera naturaleza de la enfermedad a pesar de que es relativamente común, es todavía en la actualidad tan desconocida como hace 50 años.

Aspectos clínicos: Los pacientes casi siempre son mayores de 20 años de edad, y parece que las mujeres son afectadas con mayor frecuencia que los hombres. En algunas series, las lesiones se han presentado predominantemente en la raza negra. La lesión aparece dentro y cerca del ligamento periodontal, al rededor del ápice de un diente, por lo regular en un incisivo mandibular. Rara vez el cementoma se localiza en el maxilar superior. Pocas veces existen manifestaciones clínicas de la lesión. (Fig. 13-3 Pag. 47)

Aspectos radiográficos: Muchas veces se descubre accidentalmente durante el examen

radiográfico intrabucal de rutina, ya que la lesión es casi invariablemente asintomática. Las lesiones ocasionales que se localizan cerca del agujero mentoniano parecen dañar al nervio mentoniano y producen dolor, parestesia o incluso insensibilidad. Se puede presentar un cuadro radiográfico variado dependiendo de la etapa en la cual se descubrió.

La etapa más temprana en su desarrollo es la formación de un área circunscrita de fibrosis periapical acompañada por destrucción localizada del hueso. Este paso inicial ha sido llamado etapa *osteolítica*. Como existe pérdida de sustancia ósea y reemplazo de tejido conectivo, la lesión aparece radiolúcida en la radiografía. De esta manera guarda una estrecha semejanza con las lesiones periapicales, como el granuloma o el quiste que se presenta como resultado de la muerte de la pulpa a través de la infección o del traumatismo. No es raro que muchos dientes hayan sido extraídos innecesariamente porque el dentista no puede reconocer la naturaleza no infecciosa de la enfermedad. A menos que los dientes estén afectados por caries o traumatismo, son vitales aún cuando sufran una displasia cemental periapical.

La segunda etapa del desarrollo es el comienzo de la calcificación en el área radiolúcida de la fibrosis. Esto ha sido descrito como actividad cementoblástica aumentada con deposición de aguja de cemento o cementículos, misma que ha sido denominada *etapa cementoblástica*. No se ha determinado el estímulo para la formación de este material calcificado.

La tercera etapa en la historia natural de tal lesión es la llamada *etapa madura*, en la cual se deposita una cantidad excesiva de material calcificado en el área focal y aparece en la radiografía como una radiopacidad bien definida, la cual por lo regular esta bordeada por una línea o banda radiolúcida delgada. De esta manera existe una considerable similitud radiográfica entre la etapa madura y la displasia cemental periapical y la llamada osteitis condensante u osteomielitis esclerosante focal crónica, una reacción periapical del hueso que en general se produce en respuesta a la infección.

Tratamiento y pronóstico: Como la enfermedad no es perjudicial, el tratamiento consiste simplemente en el reconocimiento de la misma y en la observación periódica. Bajo ninguna circunstancia se extrae el diente, sino que se instituye un procedimiento ya sea endodóntico o de otro tipo, a menos que existan razones que no estén relacionadas con la alteración. En ocasiones debido a la dificultad que existe para distinguir

radiográficamente entre esta enfermedad y un granuloma periapical, se subraya la necesidad de realizar pruebas de vitalidad pulpar.

d. CEMENTOMA GIGANTIFORME

Masa lobulada de cemento denso, intensamente calcificado y casi acelular que aparece característicamente en varios sectores de los maxilares.

Aspectos radiográficos: Se observan masas densas que a veces se disponen en el maxilar de una forma más o menos simétrica, lo cual apoya la opinión de que esta lesión es un tipo de displasia o de anomalía del desarrollo. Sin embargo, puede alcanzar un tamaño considerable y provocar la deformación de la mandíbula.

Debe advertirse que en ciertos casos de enfermedad de Paget se pueden formar en los maxilares masas semejantes a las del cementoma gigantiforme.

14. TUMOR MELANOTICO NEUROECTODERMICO DE LA INFANCIA (Ameloblastoma pigmentado, melanomeloblastoma, ameloblastoma melanótico; tumor retinal del primordio; progonoma melanótico)

Es una lesión con una larga y discutida historia acerca de su naturaleza.

Tres teorías principales han sugerido que deriva del primordio pigmentado de la retina del ojo, que es de origen odontógeno, o que el tumor representa un atavismo del desarrollo neuroectodérmico sensitivo, y de ahí el término de "progonoma melanótico". En la actualidad toda la información disponible indica que el tumor tiene origen en la cresta neural y el término de "tumor melanótico neuroectodérmico de la infancia" es el que se ha aceptado con más amplitud.

Dooling y colaboradores llaman la atención acerca de la similitud que hay en la apariencia microscópica entre este tumor y el de la glándula pineal en desarrollo, y han sugerido que el pineo fetal, una derivación de la cresta neural en sí, puede ser el precursor del tumor.

Aspectos clínicos: Casi todos los casos se presentaron en lactantes menores de seis meses, con una distribución aproximadamente igual en

cuanto al sexo. Aunque casi todos los tumores se presentaron en los maxilares, principalmente en el superior, y se han encontrado algunos en la mandíbula y el cráneo, así como en la región del hombro, paladar, mediastino, cerebro, piel, epidermis y útero. (Fig. 14-1 Pag. 47)

La mayor parte, de los casos publicados han sido lesiones muy pigmentadas, de rápido crecimiento, no ulceradas, las cuales dan un aspecto radiográfico de neoplasia maligna invasiva. Sin embargo, se han encontrado pocas recurrencias de esta lesión, incluso después de excisiones quirúrgicas muy conservadoras.

Aspectos histológicos: La apariencia microscópica de este tumor es característica. Por lo regular es una masa tumoral no encapsulada, infiltrante, de células que están ordenadas en un patrón de espacios parecidos al alvéolo revestido por células cuboidales, mucha de las cuales contienen melanina. Las porciones centrales de los espacios alveolares contienen muchas células redondas parecidas a los neuroblastos, las cuales muestran poco citoplasma y un núcleo redondo teñido profundamente.

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento parece ser la excisión quirúrgica conservadora debido a que la posibilidad de que se presente una recurrencia es baja en extremo y es bastante rara.

B. MALIGNOS

1. CARCINOMAS

a. AMELOBLASTOMA MALIGNO

Neoplasia que presenta las características del ameloblastoma tanto en la lesión maxilar primitiva como en la metástasis.

La expresión "ameloblastoma maligno" no debe aplicarse a un ameloblastoma ordinario que ponga en peligro la vida del paciente por afectar a órganos vitales a causa de su crecimiento directo. Conviene prestar especial atención al diagnóstico diferencial entre el ameloblastoma maligno y los tumores maxilares originados en las glándulas salivales.

Además del raro ameloblastoma metastático, en las que las metástasis presentan la misma estructura que el tumor primitivo, a veces se observa la asociación de un ameloblastoma con un carcinoma espinocelular. En estos casos puede

ser imposible determinar si éste se ha desarrollado a partir del ameloblastoma o si se trata de dos tumores distintos que se ha entremezclado.

b. CARCINOMA EPIDERMOIDE PRIMARIO INTRAALVEOLAR

(Carcinoma intraóseo primario)

El carcinoma epidermoide primario intraalveola de los maxilares se ha descrito como una entidad definitiva, aunque es una enfermedad poco común. Los carcinomas se pueden encontrar dentro de los maxilares en una gran variedad de situaciones, invadiendo desde los tejidos blandos que lo cubren; a través de la transformación maligna del revestimiento epitelial de los quistes odontogénicos o no odontogénicos; a través de la transformación maligna de los ameloblastomas; por las metástasis provenientes de los diferentes sitios, o, como en los casos del maxilar, a partir de tumores primarios del seno maxilar. Sin embargo esta lesión representa un carcinoma primario que se desarrolla dentro del hueso a partir de restos epiteliales odontogénicos, o del epitelio incrustado a lo largo de la línea de los procesos embrionarios.

Aspectos clínicos: Existe un amplio rasgo respecto a la edad, aunque la mayoría de los pacientes estuvieron entre la sexta y séptima década al momento de hacer el diagnóstico. Parece que la enfermedad es dos veces más frecuente en hombres que en mujeres. Además, casi 90% se presentaron en la mandíbula; rara vez se afectó el maxilar superior. Los primeros síntomas de este carcinoma son el abultamiento del maxilar, dolor e inmovilidad de los dientes antes de la ulceración.

Se deben recalcar las dificultades para diagnosticar esta rara pero peligrosa lesión, al confundir los principales síntomas iniciales con un problema dental sin sospechar la naturaleza verdadera de la enfermedad durante un considerable periodo.

Aspectos histológicos: Por lo general tiene un patrón alveolar o plexiforme con células periféricas de la masa tumoral que muestran palidez, y se parecen de esta manera a un epitelio odontogénico. El tumor por lo general no queratinizado, es el tipo de células basales, aunque en ocasiones se pueden encontrar células espinosas. Las células tumorales muestran pleomorfismo nuclear e hiperchromatismo, la actividad mitótica varía según el caso.

Tratamiento y pronóstico: Por lo general son tratados mediante resección quirúrgica, en vez de radioterapia. A menudo hay metástasis del tumor hacia ganglios linfáticos regionales, así como metástasis distantes. El índice total de supervivencia durante cinco años en los casos estudiados es entre 30 y 40%. Sin embargo, la presencia de metástasis desde el momento del tratamiento le confiere un pronóstico mucho más grave.

c. Otros carcinomas originados en el epitelio odontogénico, incluso los que se originan en quistes odontogénicos.

• CARCINOMA INTRAEPITELIAL

(Carcinoma in situ)

El carcinoma intraepitelial es una alteración que a menudo aparece en la piel, pero también puede manifestarse en las mucosas, incluyendo las de la cavidad bucal. Como Chandler Smith expuso en un análisis el concepto del término carcinoma in situ "no revela si la lesión es un cáncer, pero que no se ha vuelto invasivo, o, si no es un cáncer al momento, si lo será en un periodo posterior". La *enfermedad de Bowen* es una forma especial de carcinoma intraepitelial frecuente en la piel. En raras ocasiones, como lo señaló Gorlin, la enfermedad de Bowen se puede presentar en la cavidad bucal.

Aspectos clínicos: En el estudio de 82 lesiones de carcinoma in situ en 77 pacientes estudiados por Shafer, se encontró que la apariencia clínica era la de una leucoplasia en 45% de los casos; la de eritroplasia en 16% de las lesiones, una combinación de leucoplasia y eritroplasia en 9%; el de lesión ulcerada en 5%, y el de lesión ulcerada y roja en 1%, y en 11% no se estableció. Se ha dicho que estas lesiones se presentan en todos los lugares intrabucales, pero en el estudio de Shafer los más comunes fueron el piso de la boca (23%), la lengua (22%), y los labios en el sexo masculino (20%).

Aspectos histológicos: El carcinoma intraepitelial se caracteriza por una notable variación en la apariencia histológica. Puede o no encontrarse queratina en la superficie de la lesión; pero si está

presente es más probable que sea paraqueratina y no ortoqueratina. La queratinización individual de células y la formación de perlas de queratina o epiteliales es sumamente rara. Esto parece ser una notable transformación del carcinoma in situ en carcinoma invasivo, de manera que si se encuentran dichos aspectos se debe realizar una investigación ulterior para determinar una invasión carcinomatosa. También se pueden presentar ciertas alteraciones citológicas. A veces se observa un aumento en la relación núcleo/citoplasma e hiper cromatismo nuclear. Una de las alteraciones más visibles y consistentes es la pérdida de su polaridad normal. Así mismo, se ha encontrado que en ocasiones se extiende una línea aguda que divide el epitelio normal y el alterado desde la superficie hacia el tejido conectivo, y no se presenta una mezcla de cambios epiteliales. También no es raro encontrar múltiples áreas de carcinoma in situ diseminadas básicamente por epitelio de apariencia normal que produce carcinoma in situ multifocal. Todos los cambios anteriores aparecen dentro del epitelio superficial, el cual permanece confinado por la membrana basal.

Tratamiento y pronóstico: No hay un tratamiento uniformemente aceptado para el carcinoma intraepitelial. Se han eliminado las lesiones mediante cirugía, irradiación, cauterización e incluso exposición a dióxido de carbono sólido. Si no se trata la enfermedad se piensa que ocurre invasión carcinomatosa. En ciertos lugares se presenta regresión espontánea del carcinoma in situ sin que se haya realizado tratamiento alguno en un número importante de casos. Sin embargo todavía hay duda de que esto suceda en la cavidad bucal, aunque en ocasiones la evolución hasta la forma de cáncer invasivo puede tomar años y en otros se desarrolla aparentemente en un lapso de meses.

- **CARINOMA EPIDERMOIDE**

(Carcinoma de células escamosas)

El carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna más común de la cavidad bucal. Aunque se puede presentar en cualquier sitio dentro de la boca, ciertos lugares son afectados con más frecuencia que otros. (Cuadro 1.1 Pagina 52)

Etiología: Generalmente el carcinoma epidermoide en la cavidad bucal aparece en las últimas décadas de la vida. Sin embargo se ha

encontrado en todas las edades, incluso en niños. En una serie de 4775 casos de cáncer bucal estudiada por Krolls y Hoffman, fue interesante encontrar que alrededor 32% de los pacientes estaban en la séptima década de la vida, mientras que la gran mayoría, casi 87%, tenían entre 40 y 80 años de edad. En años recientes esta tendencia del carcinoma bucal a presentarse en personas más jóvenes fue confirmada por los estudios de White y colaboradores, así como otros investigadores, aunque su causa se desconoce. Se sospecha que los factores etiológicos externos más frecuentes en el desarrollo del carcinoma bucal son:

- 1) Tabaco
- 2) Alcohol
- 3) Sífilis
- 4) Deficiencias nutricionales
- 5) Luz solar (en caso de cáncer labial)
- 6) Diversos factores que incluyen calor (en particular el proveniente de la boquilla de la pipa en el caso del cáncer de labio), traumatismo, sepsis e irritación por bordes afilados de los dientes o de las prótesis. Así mismo, cuando se evalúan los factores etiológicos debe considerarse el problema de las lesiones múltiples del carcinoma bucal, ya que si un área de la cavidad bucal esta predispuesta a desarrollar un proceso maligno, tal predisposición también puede presentarse en otros sitios. En la actualidad se cuenta con suficientes pruebas para confirmar que de hecho se presenta un “campo de cancerización”, y que muchos pacientes de cáncer bucal tienen lesiones múltiples separadas anatómicamente o en diversos intervalos.

Aspectos histológicos: Se presenta una considerable variación histológica, aunque en general tienden a ser neoplasias moderadamente bien diferenciadas que presentan alguna queratinización. El carcinoma epidermoide bien diferenciado esta compuesto de láminas y nidos de células con origen en el epitelio escamoso. Por lo general, estas células son grandes y muestran una membrana celular distinta, aunque con frecuencia no se puede demostrar la presencia de puentes intercelulares o tonofibrillas. Los núcleos de las células neoplásicas son grandes y demuestran una buena capacidad de variabilidad en la intensidad de la reacción de coloración. En las lesiones bien diferenciadas se encuentran mitosis, pero no muy numerosas. La mayor parte de estas mitosis son atípicas. Uno de los aspectos más característicos del carcinoma epidermoide bien diferenciado es la presencia de queratinización individual de la célula y la

formación de numerosas perlas de tamaño variable de queratina o epiteliales. En una lesión típica se encuentran grupos de estas células malignas que invaden activamente el tejido conectivo en un patrón caprichoso. El reconocimiento de que se presentan diferentes grados de diferenciación en el carcinoma epidermoide originó que Broders sugiriera un sistema de tumores graduados, en el cual una lesión grado I era altamente diferenciada (sus células estaban produciendo mucha queratina), mientras que el grado IV estaba muy mal diferenciado (células muy anaplásicas y prácticamente no mostraban formación de queratina). El hecho de que el mismo tumor presente diferentes grados de diferenciación en distintas áreas favoreció que se discontinuara el sistema graduado. Las metástasis provenientes del carcinoma intrabucal en diferentes sitios afectan principalmente los ganglios linfáticos submaxilares y cervicales superiores y profundos. (Fig. 15-2 Pag. 48 y 15-3 Pag.48) En ocasiones pueden afectarse otros ganglios, como el submental. El preauricular y el posauricular, además del supraclavicular. (Fig. 15-1 Pag 48)

Etapas clínicas del cáncer bucal: El sistema de etapas que se usa aquí es el más conocido y desarrollado por The American Joint Committee for Cancer Staging and End Results Reporting (AJCCS). Este sistema se conoce como sistema TGM (T-tumor primario; G-ganglios linfáticos regionales; M-metástasis distantes) y fue adoptado para usarse en la cavidad bucal en 1967.

(Cuadros 1.2Pag 52 1.3 Pag. 53)

• **CARCINOMA DE LA LENGUA**

El cáncer de la lengua comprende de 25 a 50% de todos los cánceres intrabucales. Es menos común en mujeres que en varones, excepto en ciertas zonas geográficas, principalmente en países escandinavos, donde la frecuencia de todos los carcinomas intrabucales en la mujer es alta debido a la elevada frecuencia del síndrome Plummer-Vinson preexistente. Se estableció que es esencialmente una enfermedad de la vejez, pero se puede presentar en personas relativamente jóvenes.

Etiología: Se han sugerido varias causas de cáncer de la lengua, pero a la fecha no se ha hecho una declaración precisa. Sin embargo, parece haber una relación definitiva entre el cáncer de la lengua

y otros trastornos. Muchos investigadores han encontrado sífilis. La relación se explica con base en la glositis crónica producida por la sífilis, una irritación crónica que se ha reconocido durante mucho tiempo como carcinógena en ciertas circunstancias. Esta explicación implica un efecto local de la sífilis más que un efecto generalizado o sistemático. La leucoplasia es una lesión común de la lengua que muchas veces esta asociada con le cáncer bucal. Otros factores que se ha pensado contribuyen al desarrollo del carcinoma lingual incluyen mala higiene bucal, traumatismo crónico, alcoholismo y tabaquismo. Estos dos últimos y la mala higiene son tan predominantes que casi impiden la posibilidad de sacar conclusiones acerca de una posible relación causa y efecto.

Aspectos clínicos: El signo más común de carcinoma de la lengua es una masa o úlcera no dolorosa, aunque en la mayoría de los pacientes la lesión finalmente se hace dolorosa, en especial cuando se infecta de manera secundaria. El tumor puede empezar como una úlcera indurada en forma superficial con bordes ligeramente elevados y proceder ya sea a desarrollar una masa exofítica o infiltrarse a capas más profundas de la lengua, y producir fijación e induración sin mucho cambio superficial. La lesión típica se desarrolla en el borde lateral o en la superficie ventral de la lengua. En casos raros en los que el carcinoma se presenta en el dorso de la lengua, es común que sea un paciente con antecedentes de glositis sífilítica o quizá en ese momento la presente. Las lesiones que están cerca de la base de la lengua son particularmente engañosas, ya que pueden ser asintomáticas hasta que estén bastante avanzadas. Incluso solo presentan manifestaciones, como por ejemplo, una garganta ulcerada y disfagia. El sitio específico del desarrollo de estos tumores tiene gran importancia porque las lesiones localizadas en la porción posterior de la lengua en general tienen un grado más alto de malignidad, forman metástasis más temprano y ofrecen un pronóstico bastante malo, en especial por su inaccesibilidad al tratamiento. Las metástasis se presentan con mayor frecuencia en los casos de cáncer lingual. Las lesiones metastásicas pueden ser ipsilaterales, bilaterales o, debido al drenaje linfático cruzado, contralaterales respecto a la lesión de la lengua.

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento de esta afección es un problema difícil. E incluso en la actualidad no se pueden hacer declaraciones específicas acerca de la eficacia de la cirugía en comparación con la de radiación. Como en otras áreas, probablemente se encontrara que la

combinación juiciosa de ambos procesos proporcionará un beneficio mayor para el paciente. Los nódulos metastásicos son factores altamente complicados, pero es inútil tratarlos sin controlar la lesión primaria. El pronóstico del cáncer en este lugar no es bueno. Aunque las estadísticas varían, el índice de curaciones en 5 años por lo general es menor de 25%. El factor más importante que afecta el pronóstico de estos pacientes es la presencia o ausencia de metástasis cervicales. Por tanto, la necesidad del diagnóstico temprano es obvia, y el papel del dentista para reconocer las lesiones cancerosas es, por supuesto, de vital importancia.

CARCINOMA DEL PISO DE LA BOCA

El carcinoma del piso de la boca representa aproximadamente el 15% de todos los casos de cáncer intrabucal y se presenta en el mismo grupo de edad como los otros cánceres bucales. Algunos investigadores han considerado que fumar, en especial pipa o cigarrillo, tiene importancia en la etiología del cáncer localizado en este lugar. Sin embargo, se han reunido pocas pruebas que sugieran una relación causa y efecto obvia respecto al tabaco o a otros factores como el alcohol, la higiene bucal o la irritación dental. La leucoplasia se presenta en este sitio y hay signos que indican que la displasia epitelial y la transformación maligna en la leucoplasia se presentan aquí con una mayor frecuencia que en otros lugares bucales.

Aspectos clínicos: El típico carcinoma en el piso de la boca es una úlcera indurada de tamaño variable, situado en un lado de la línea media, puede o no ser dolorosa. Esta neoplasia se presenta con bastante más frecuencia en la porción anterior del piso que en el área posterior. Por su posición, con mucha frecuencia ocurre extensión temprana dentro de la mucosa lingual de la mandíbula y dentro de la propia mandíbula así como dentro de la lengua. El carcinoma del piso de la boca puede invadir a los tejidos más profundos e incluso extenderse dentro de las glándulas submaxilares y sublinguales. La proximidad de este tumor a la lengua, que produce alguna limitación en el movimiento del órgano, a menudo induce a un engrosamiento peculiar o hablar farfullante. Las metástasis del piso de la boca se encuentran con más frecuencia en los ganglios linfáticos del grupo submaxilar, y debido

a que la lesión primaria a menudo se presenta cerca de la línea media donde hay un drenaje linfático cruzado, a menudo se presentan metástasis contralaterales. Por fortuna las metástasis distantes son raras.

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento del piso de la boca es difícil y con demasiada frecuencia no tiene éxito. Las lesiones grandes, debido a la anatomía de la región, por lo regular no son un problema quirúrgico. Incluso los tumores pequeños pueden recurrir después de la extirpación quirúrgica. Por esta razón la radiación y el uso de radio proporcionan con frecuencia resultados bastante mejores que la cirugía. Sin embargo, el problema se complica si hay lesión concomitante de la mandíbula. El pronóstico para los pacientes de carcinoma del piso de la boca es moderado.

CARCINOMA DE LA ENCÍA

El carcinoma de la encía constituye un grupo muy importante de neoplasias. La similitud de las lesiones cancerosas tempranas con las infecciones dentales comunes de la encía con frecuencia han retrasado el diagnóstico e incluso lo han equivocado. De ahí que la institución del tratamiento se retrase y de que el último pronóstico del paciente sea malo. Esta es una enfermedad esencialmente de los ancianos, ya que solo 2% de los tumores se presentara en pacientes menores de 40 años. En el mismo grupo 82% fueron varones y 18% fueron mujeres. Esto es similar a la distribución por sexos que se encuentra en el cáncer bucal.

Etiología: Su origen parece no ser más específico o definido que el cáncer que se presenta en otras áreas de la cavidad bucal. En este caso, la sífilis parece no ser tan importante como lo es en el carcinoma de la lengua, y es imprecisa la relación entre éste y el consumo de tabaco; como la encía, debido a la formación de cálculos y microorganismos, es en casi todas las personas el sitio de una irritación crónica y de una inflamación que dura muchos años, el dentista especula acerca de la participación de la irritación crónica en el desarrollo del cáncer de la encía. En ocasiones parece que el carcinoma gingival se origina después de la extracción de un diente. Sin embargo, si se examinan con cuidado dichos casos, habitualmente se descubre que el diente fue extraído a causa de una lesión gingival, una enfermedad o porque el diente estaba flojo. De hecho, el diente fue extraído debido al tumor, el

cual, en el momento de la cirugía no había sido descubierto o diagnosticado. Una situación poco usual que surge en ocasiones después de la extracción de un diente, cuando un carcinoma al parecer se desarrolla con rapidez y prolifera fuera del alveolo. Estos casos que posiblemente representan dicho fenómeno quizá se deban a que el carcinoma de la encía esta creciendo a lo largo del ligamento parodontal y prolifera repentinamente después de la extracción.

Aspectos clínicos: Generalmente hay acuerdo en cuanto a que el carcinoma de la encía mandibular es más común que el de la maxilar, aunque la distribución de los casos varía considerablemente en las diferentes series. El carcinoma se manifiesta inicialmente como un área de ulceración, la cual puede ser una lesión puramente erosiva o mostrar un tipo de crecimiento exofítico, granular o verrugoso. Muchas veces no tiene la apariencia clínica de una neoplasia maligna, y puede o no ser dolorosa. Estos tumores se presentan con más frecuencia en áreas edéntulas, aunque pueden desarrollarse en un sitio donde haya dientes. La encía fija se afecta primariamente con más frecuencia que la libre. La proximidad del periostio y del hueso subyacente por lo regular facilitan la lesión temprana de estas estructuras, aunque muchos casos muestran una invasión irregular e infiltración del hueso, a veces presenta una erosión superficial, que aparentemente se origina como un fenómeno de presión. En el maxilar superior, el carcinoma gingival a menudo invade el seno maxilar, o se extiende sobre el paladar o dentro de los pilares palatinos. En la mandíbula es muy común que se extienda dentro del piso de la boca o lateralmente dentro de los carrillos, así como en sentido profundo hacia los huesos. En el último ejemplo, en ocasiones se presentan fracturas patológicas. La metástasis es una secuela común del carcinoma gingival. El cáncer de la encía mandibular forma metástasis con más frecuencia que el de la maxilar. En la mayor parte de casos hubo metástasis tanto en los ganglios linfáticos submaxilares como cervicales en más de 50% de los pacientes, sin importar si la lesión era mandibular o maxilar.

Tratamiento y pronóstico: La radiación esta llena de peligros a causa del efecto nocivo sobre el hueso. En general el tratamiento del carcinoma localizado en este lugar es un problema quirúrgico. El pronóstico no es particularmente bueno. En una serie de 105 casos estudiados por Martin, solo 26% de los pacientes vivieron sin la enfermedad durante cinco años después del

tratamiento. Es de gran importancia el que en esta misma serie no hubo sobrevivientes de cinco años cuando el paciente presentó metástasis de los ganglios linfáticos en el momento de la admisión. Nuevamente esto ilustra la gran necesidad de un diagnóstico temprano para dichas neoplasias.

2. SARCOMAS ODONTOGENICOS

a. FIBROSARCOMA AMELOBLASTICO (Sarcoma ameloblástico)

El fibrosarcoma ameloblástico es la contraparte maligna del fibroma ameloblastico en el cual el elemento mesenquimal se ha vuelto maligno. El tumor es sumamente raro, aunque según la revisión de Lieder y colaboradores, se han publicado 17 casos, mientras que 5 casos adicionales fueron examinados por Howel y Burkes, quienes añadieron dos nuevos originados por fibroodontomas.

Aspectos clínicos: Se presenta con más frecuencia en adultos jóvenes, como ocurre con su contraparte benigna, aunque esta última se observa incluso en edad más temprana. La edad promedio es de 30 años, sin que exista predilección por algún sexo. La lesión es más frecuente en la mandíbula y en el maxilar.

El tumor produce un dolor casi constante, por lo general crece con rapidez y causa la destrucción del hueso con aflojamiento de los dientes. Además, se ha informado de ulceración y sangrado de la mucosa que la cubre.

Aspectos radiográficos: La apariencia radiográfica de esta neoplasia es en general de una destrucción ósea, con bordes irregulares y mal definidos. También puede haber una gran expansión y adelgazamiento del hueso cortical. En las lesiones maxilares se puede lesionar el antro. De esta manera, el cuadro es inespecífico y solo se asemeja al de cualquier neoplasia maligna destructora.

Aspectos histológicos: Gran parte de los casos surgen a través de la transformación maligna de un fibroma ameloblástico benigno preexistente. No hay cambio notable aparente en el epitelio odontógeno en el tumor maligno y mantiene su apariencia benigna. En algunas lesiones disminuye en cantidad, aparentemente como resultado del sobrecrecimiento de la porción mesenquimal maligna de la lesión.

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento del fibrosarcoma ameloblástico es la resección radical. Como sucede en la mayor parte de los sarcomas, se espera que la recurrencia y el pronóstico sean relativamente vagos. De los casos conocidos, al rededor de la mitad de los pacientes tuvieron una o más recurrencia, aunque en varios de ellos no se continuó el periodo de vigilancia. Se sabe que seis pacientes murieron por esta enfermedad.

b. ODONTOSARCOMA AMELOBLASTICO

Neoplasia muy rara, semejante al sarcoma ameloblástico pero en la que se forman pequeñas cantidades de dentina displásica y de esmalte.

A pesar de que el componente mesodérmico es sarcomatoso, las zonas de epitelio odontogénico ejercen una acción estimulante suficiente para que se forme dentina y se deposite después una matriz de esmalte.

II. NEOPLASIAS Y OTROS TUMORES RELACIONADOS CON EL HUESO

A. NEOPLASIAS OSTEOGENICAS

1. FIBROMA ODONTOGENO PERIFERICO (*Fibroma osificante periférico; hamartoma odontogeno gingival epitelial, fibrodentinoma ameloblástico periférico; hamartoma periférico de restos de lamina dental; epulis fibroso calcificante*)

Existen diferentes tipos de lesiones proliferativas focales, las cuales se pueden presentar en la encía, algunas neoplásicas y otras inflamatorias; a veces incluyen entidades como el granuloma periférico de células gigantes, granuloma piógeno, fibroma de células gigantes, fibroma simple y fibroma osificante periférico. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su clasificación de los tumores odontogénicos empleo el término “fibroma odontogeno periférico” para una entidad específica, completamente distinta del fibroma osificante periférico, que Baden y colaboradores habían definido de manera específica como “hamartoma odontogeno gingival epitelial”, y por otros patólogos bucales, entre ellos McKelvy y Cherrick. (Fig. 16-1 Pag. 49)

Aspectos clínicos: Es una lesión rara.

No hay predilección en cuanto a sexo en todos estos casos, mientras que la edad de los pacientes

varió entre cinco y 65 años, con diferencia de varias décadas. Al parecer no hay preferencia para presentarse en la mandíbula, sitio donde ocurrieron 11 casos, en comparación con solo cuatro que se presentaron en el maxilar superior.

Las lesiones son de lento crecimiento y con frecuencia duran varios años. Por lo general se han descrito como una masa gingival firmemente adherida, sólida, que algunas veces surge entre los dientes y otras los desplaza.

Al practicar cirugía se encuentran lesiones que contienen un pedúnculo calcificado u otro material calcificado que se observan como manchas radiopacas en la radiografía.

Aspectos histológicos: El fibroma odontogeno periférico esta compuesto de un parénquima de tejido conectivo fibroso sumamente (no de estroma colágeno acelular usualmente blando de muchos tumores) con islotes no neoplásico, bandas y cordones de células columnares cuboidales y en ocasiones con epitelio odontogeno vacuolado que varia desde muy escaso hasta muy abundante. Cuando es excesivo el fibroma odontogeno periférico se ha confundido con el ameloblastoma periférico. Este epitelio por lo regular se profundiza dentro de la lesión, fuera del epitelio superficial y algunas veces se encuentran calcificaciones “cuffing”. Tejido calcificado puede o no encontrarse en el fibroma odontogeno periférico. Si lo hay se asemeja al hueso trabeculado u osteoide, a la dentina o a la osteodentina (alguna vez descrita como dentina displásica), o al material parecido al cemento. Hay un estroma de tejido conectivo o fibroso maduro que algunas veces está altamente vascularizado, en particular en áreas menos celulares. También se pueden encontrar cambios mixomatosos dentro del estroma, y la presencia de inflamación es variable.

Tratamiento: Se trata la lesión mediante excisión quirúrgica. En la serie estudiada por Farman, no se supo que recurriera la lesión.

B. LESIONES OSEAS NO NEOPLASICAS

1. DISPLASIA FIBROSA

Lesión benigna de crecimiento limitado y no encapsulada que afecta sobre todo a personas jóvenes, se suele localizar en el maxilar superior y se manifiesta por la sustitución del hueso normal por un tejido fibroso celular con islotes de trabéculas de hueso metaplásico.

Aspectos radiográficos: La imagen radiográfica depende de la etapa evolutiva de la lesión. La fase osteolítica consiste en un espacio radiolúcido mal definido, mientras que en fases posteriores, al depositarse progresivamente el tejido óseo alterado, adopta un aspecto de vidrio esmerilado. No se encuentra una línea de demarcación neta entre el tejido de la lesión y el hueso adyacente.

Aspectos histológicos: Varía según la antigüedad y la fase de desarrollo. Al principio el tejido es fibroblástico, rico en células y con frecuencia presenta un aspecto arremolinado, la proporción de tejido óseo puede ser escasa. Esta va aumentando a medida que la lesión progresa, al par que disminuye gradualmente la cantidad de tejido fibroso y su riqueza celular. En la periferia, el tejido óseo neoforado se fusiona directamente con el hueso adyacente, por lo que, salvo en zonas muy limitadas, no se encuentra ni cápsula ni línea de demarcación. Pueden formarse quistes y en algunas fases los osteoclastos pueden ser bastante numerosos, pero no es frecuente ver cantidades importantes de células gigantes multinucleadas, aparte de las directamente relacionadas con las trabéculas óseas. Puede depositarse cierta cantidad de tejido parecido al cemento, pero el tejido cartilaginoso es raro o inexistente.

2. QUERUBINISMO

Proceso benigno de crecimiento limitado constituido por una proliferación de tejido fibroso vascular más o menos rico en células gigantes multinucleadas de distribución difusa o focal.

Las lesiones aparecen en la infancia, a veces en la primera infancia, y pueden presentar una tendencia familiar. Afecta a uno o más cuadrantes de los maxilares.

Aspectos radiográficos: Aparece como zonas radiolúcidas pseudoquisticas y provocando aumento del tamaño del hueso.

Las lesiones óseas son más activas en los sujetos más jóvenes; hacia los doce años de edad la actividad suele disminuir y, por último, las lesiones se inactivan.

Aspectos histológicos: Las lesiones más activas son celulares, ricas en células gigantes y pueden presentar múltiples focos de sangre extravasada. En ciertos casos alrededor de los vaos se observa un manguito de material acidófilo.

Al ir disminuyendo la actividad de la lesión, su tejido se va haciendo cada vez más fibroso, disminuye el número de células gigantes y se deposita nuevo tejido óseo.

3. GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES Y TUMOR DEL HUESO DE CELULAS GIGANTES

En años recientes pocas lesiones óseas han provocado tanta controversia como el tumor y el granuloma centrales de las células gigantes, así como su relación, si se encuentra. Se ha desarrollado un interés general sobre la fisiología y patología del hueso, así como numerosos intentos recientes para clasificar y explicar muchos de los cambios poco usuales que se presentan en el hueso, tanto neoplásicos como reactivos. En años anteriores el diagnóstico del tumor central de células gigantes del hueso era común y se aplicaba por lo general a cualquier lesión del hueso que contuviese células gigantes. La confusión se generó al reconocerse que los pacientes que sufrían de hipertiroidismo presentaban con frecuencia lesiones óseas (es decir, la enfermedad de Recklighausen) las cuales en ocasiones se caracterizaban por la presencia de numerosas células gigantes multinucleadas, y por tanto eran histológicamente similares, si no idénticas, con las lesiones no relacionadas y no endocrinas. De este modo, a pesar de los esfuerzos concentrados en estudiar las lesiones centrales de células gigantes provenientes de un punto de vista patogénico, todavía se presentan muchas dudas acerca de esta lesión en los maxilares.

La reevaluación de las lesiones que con anterioridad se clasificaron como tumores dentales de células gigantes de los maxilares, colocaron a muchos de estos en otras categorías de enfermedades. Que en la actualidad son reconocidas. Una de dichas lesiones se interpreta como una respuesta al daño y fue designada por Jaffe como un granuloma reparativo central de células gigantes. Hace poco se borro de la

terminología la palabra “reparativo”, porque se noto que muchas de estas lesiones son mas “destructivas” que “reparativas”.

Cuando se clasifican de manera apropiada las lesiones que contienen células gigantes del hueso, como las del hiperparatiroidismo, displasia fibrosa, granuloma de células gigantes y una lesión relacionada que es el quiste aneurismal del hueso, se conserva un grupo muy agresivo de lesiones, y estas se han clasificado como tumores verdaderos de células gigantes (neoplasia) del hueso, con reconocimiento tanto de una forma benigna como de una maligna.

En años recientes se han publicado muchas ediciones y análisis de casos de los tumores “verdaderos” de células gigantes.

También es extraño que un “granuloma de células gigantes” nunca se hubiese encontrado en ningún hueso del esqueleto que no fuera de los maxilares. En otras palabras, aunque muchas enfermedades reactivas y neoplásicas óseas se presentan en varios huesos del esqueleto, así como en los maxilares, en esta ocasión parecía que hay una lesión odontógena de los maxilares (granuloma de células gigantes), la cual no aparece en otros huesos y a su vez, se encuentra un tumor mas bien común del resto de los huesos (tumor de células gigantes) que rara vez se encuentra en los maxilares, lo cual es una situación muy extraña. Por tanto, se presenta alguna controversia a cerca de si el tumor benigno de células gigantes del hueso y el granuloma de células gigantes de los maxilares representan la misma enfermedad o son dos procesos diferentes.

Se ha informado de lesiones ocasionales parecidas a tumores de células gigantes (benignas) localizadas en los maxilares. Sin embargo, se conocen muy pocos casos que puedan caracterizar adecuadamente los aspectos clínicos y radiográficos. Muchas veces, los hallazgos microscópicos han orientado a los investigadores para diagnosticar un tumor de células gigantes en vez de un granuloma de células gigantes. Estos datos incluyen células gigantes más grandes con más núcleos y el hecho de que dichas células estaban dispersas de modo mas uniforme. Estas diferencias observadas en las células gigantes entre el granuloma y el tumor llevaron a Abrams y a Shear a comparar el tamaño total y el número de núcleos de las células gigantes en una serie de casos de granulomas de células gigantes en una serie de tumores de células gigantes de los huesos largos. Asimismo encontraron que las células gigantes de los tumores de huesos largos fueron

más grandes que las de los granulomas de los maxilares, y que las células gigantes de las lesiones maxilares contenían menos núcleos. Sin embargo, descubrieron un traslado importante y concluyeron que las células de ambos sitios no se podían distinguir morfológicamente.

Cabe señalar también que el tumor de células gigantes en los huesos largos se reconoció recientemente como una complicación poco frecuente de la osteítis deformante (enfermedad de Paget). Goldstein y Laskin notificaron dicho caso en el maxilar superior; ambos examinaron también la literatura acerca de esta asociación.

El tumor maligno de células gigantes del hueso se considera una modalidad maligna, y por lo general no hay dificultad en distinguir entre una lesión benigna y maligna. Sin embargo, el criterio para establecer el diagnóstico es muy estricto, por ello hay una gran serie de casos basados en dicha norma. Si bien se han notificado varios casos de los llamados tumores malignos de células gigantes del hueso en los maxilares, el primer caso primario maligno documentado fue el diagnosticado de acuerdo con el criterio establecido por Dahlin y colaboradores y publicado por Mintz y su grupo de investigadores.

Por tanto, si se admitiera su incidencia, la rareza de los tumores de células gigantes de los maxilares, tanto benignos como malignos, seria tal que impediría aquí su ulterior consideración. Por eso el siguiente análisis estará relacionado con el granuloma central de células gigantes de los maxilares, que es relativamente común.

Aspectos clínicos: Según las series estudiadas, el granuloma central de células gigantes predomina en los niños o en los adultos jóvenes y es más común en el sexo femenino. Pueden estar afectados cualquiera de los maxilares, y lesionarse con más frecuencia la mandíbula. Austin y colaboradores al estudiar 34 casos respaldaron este hallazgo. En este estudio, más de 60% de los casos se presentaron antes de los 30 años de edad. La distribución por sexo de 38 casos investigados por Waldrom y Shafer fue de aproximadamente de 2 a 1, superando el sexo femenino al masculino. Además, 60% de sus casos fueron de menores de 20 años de edad. Las dos terceras partes de sus casos se presentaron en la mandíbula y el resto en el maxilar superior. Las lesiones son más comunes en los segmentos anteriores de los maxilares y, no es raro, en el cruce de la línea media.

El dolor no es una característica sobresaliente de esta lesión, aunque se presenta comúnmente alguna incomodidad local. La convexidad ligera a moderada de los maxilares se debe a la expansión de los planos corticales que se presentan en el área afectada, dependiendo de la extensión de hueso afectada. La lesión puede no presentar signos o síntomas y descubrirse de manera accidental. Pocas veces se encuentran antecedentes de traumatismo. (Fig. 17-1 Pag.49)

Aspectos radiográficos: El granuloma central de células gigantes es esencialmente una lesión destructiva que produce un área radiolúcida con bordes relativamente lisos o asperos, y que algunas veces muestra un trabeculado mal definido. A menudo se encuentran lobulaciones definidas, en especial en las lesiones más grandes. Los planos corticales del hueso muchas veces se adelgazan y se expanden y pueden ser perforadas por la masa. Con alguna frecuencia se observa desplazamiento de los dientes. El aspecto del granuloma de células gigantes no es patognomónico y se confunde con otras lesiones de los maxilares, tanto neoplásicas como no neoplásicas. (Fig. 17-2 Pag. 49)

Aspectos histológicos: El granuloma central de células gigantes esta formado por un estroma de tejido conectivo fibrilar flojo con muchos fibroblastos proliferantes diseminados y pequeños capilares. Las fibras de colágena en general no se agrupan; sin embargo con frecuencia presentan un aspecto de espiral. Las células gigantes multinucleadas a través del tejido conectivo son prominentes, pero no necesariamente son abundantes. Dichas células varían en tamaño según el caso y contienen de unos pocos a varias docenas de núcleos. Además, se encuentran numerosos focos de sangre extravasada vieja asociada con pigmento de hemosiderina, estando algunos de ellos fagocitados por macrófagos. Así mismo es frecuente encontrar focos de trabeculado osteoide o de hueso nuevo, particularmente en la periferia de la lesión.

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento del granuloma de células gigantes es el raspado a la excisión quirúrgica. En ambos tratamientos las lesiones casi invariablemente se llenaran con hueso nuevo y sanaran sin dificultad. En ocasiones recurren, por ello se justifica que se opte por procedimientos más radicales. La radioterapia esta contraindicada.

4. QUISTE OSEO ANEURISMATICO

El quiste aneurismal del hueso es una interesante lesión ósea aislada, y separada como entidad distinta en 1942 por Jaffe y Lichtenstein. Por su originalidad se han publicado muchos casos en la literatura, aunque los primeros que se presentaron en los maxilares se describieron en 1958.

Aspectos clínicos: Por lo general, el quiste aneurismal del hueso es una lesión que se presenta en las personas jóvenes, principalmente en menores de 20 años, sin que haya predilección importante en cuanto al sexo. No obstante, de acuerdo con el examen que realizo Lichtenstein de 50 casos la lesión también se presenta en adultos. Con frecuencia se puede obtener información a cerca de una lesión traumática que precede al desarrollo de la lesión.

Se ha observado casos de quistes aneurismal de hueso en casi todo el esqueleto, aunque más del 50% se presenta en los huesos largos de la columna vertebral, y con frecuencia en la clavícula, costillas, hueso inominado, cráneo y huesos de manos y pies, así como en otros sitios.

Las lesiones son sensibles al tacto o dolorosas, particularmente al moverse, y esto puede afectar el movimiento del hueso afectado. También es común la inflamación sobre dicha área lesionada.

Los datos microscópicos de la operación son característicos. Al tocar la lesión hay sangrado hay sangrado excesivo del tejido. Se ha descrito que este se semeja a una esponja empapada de sangre con grandes poros que representan los espacios cavernosos de la lesión. En los estudios manométricos realizados por Biesecker y colaboradores, algunos de los quistes tuvieron presiones vasculares tan altas como los niveles exteriorales.

Manifestaciones bucales: El quiste aneurismal del hueso se presenta con alguna frecuencia en los maxilares, aunque es muy probable que se confunda con otras lesiones óseas. Al revisar la literatura, Neumann-Jensen y Praetorius encontraron 26 casos en ambos maxilares, 17 en la mandíbula y nueve en el maxilar superior. En estos la edad promedio fue de 18 años con variación entre los seis a los 69 años, y solo dos pacientes fueron mayores de 22 años. Se observó una ligera predilección en el sexo femenino, de 14 a nueve, donde el sexo era conocido. (Fig. 18-1 Pag. 49)

Aspectos radiográficos: Con frecuencia el cuadro radiográfico de la lesión es distintivo. En muchos casos el hueso esta expandido, aparece quístico

con aspecto de panal de miel o de burbuja de jabón, y tiene excéntrica forma de globo. El hueso cortical puede estar destruido y manifestarse una reacción perióstica.

Aspectos histológicos: El quiste aneurismal del hueso esta compuesto de un estroma de tejido conectivo fibroso que contiene muchos espacios o sinusoidales llenos de sangre. Estos espacios pueden o no presentar trombosis. Al igual que las células gigantes multinucleadas, con una distribución en forma de placas similares a las que se observan en el granuloma de células gigantes; los fibroblastos jóvenes son numerosos en el estroma de tejido conectivo, pero en el granuloma no hay espacio cavernoso. Están presentes cantidades variables de hemosiderina, e invariablemente la formación de nuevo osteoide y hueso.

Patogénia: Aunque se han estudiado y publicado muchos casos, la naturaleza de esta lesión todavía esta sujeta a controversias. Lichtenstein propuso que el quiste aneurismal del hueso es resultado de la alteración local persistente en la hemodinámica, y conduce a aumento de la presión venosa y el subsecuente desarrollo de un lecho vascular ingurgitado en el área ósea lesionada. En este caso se presenta resorción ósea, la cual se relaciona con las células gigantes, y esto es remplazado por tejido conectivo osteoide y hueso nuevo.

Una explicación optativa de la lesión es que representa un gran intento de reparación de un hematoma del hueso, similar al del granuloma central de células gigantes. En el caso del quiste aneurismal del hueso se piensa que el hematoma mantiene conexión circulatoria con los vasos dañados. Esto produciría una irrigación lenta a través de la lesión e influiría en el sangrado cuando llega a dicha lesión. Por tanto, la única diferencia entre este quiste aneurismal y el granuloma de células gigantes es que en la ultima lesión los vasos sanguíneos dañados no conservan una conexión circulatoria con la lesión.

Es un hecho muy importante el que Biesecker y colaboradores señalaron que 32% de sus series sobre quistes aneurismales del hueso presentaron una lesión primaria benigna del hueso concomitante. Basándose en esto propusieron una nueva hipótesis para la etiología y la patogénesis de esta lesión; la denominaron lesión primaria del hueso que se inicia como una fístula ósea, arteriovenosa y que mediante sus fuerzas hemodinámicas crean la lesión reactiva secundaria ósea: el quiste aneurismal del hueso.

La incidencia de esta afección secundaria o asociada con otras lesiones óseas ha sido confirmada por otros investigadores. Por ejemplo, Levy y colaboradores informaron de 57 casos de quiste aneurismal del hueso en los cuales la lesión más comúnmente relacionada fue la del quiste óseo solitario o unicameral (16 casos), el osteoclastoma o tumor benigno de células gigantes (14 casos) y el osteosarcoma (12 casos). Otras lesiones asociadas incluyeron al fibroma no osteogénico, el osteoblastoma benigno, hemangioendotelioma y hemangioma del hueso. Los cinco quistes aneurismales del hueso fueron secundarios a la fractura o a otro traumatismo del mismo.

Hillerup y Hjorting-Hansen resumen las diferentes teorías sobre la etiología y la patogénesis del quiste aneurismal del hueso; del quiste simple del hueso y del granuloma central de células gigantes de los maxilares. Sugieren que estas tres lesiones tienen una etiología disvascular común y que los factores locales del ambiente dentro del hueso diferencian la patogénesis.

Tratamiento y pronóstico: El tratamiento de elección es el raspado quirúrgico o la excisión, aunque también se han empleado bajas dosis de radiación. Sin embargo, la posibilidad de radiar un sarcoma es siempre un peligro potencial, y por ello se ha cuestionado seriamente el tratamiento de las lesiones benignas mediante radiación. Se ha señalado de manera variada la recurrencia en otros huesos diferentes a los de los maxilares entre 21 y 50% de los casos; sin embargo, no se sabe que recurran lesiones en los maxilares.

5. QUISTE OSEO SIMPLE

(Quiste óseo traumático, hemorrágico)

Quiste intraóseo con un fino revestimiento de tejido conjuntivo y sin epitelio.

El quiste óseo simple aparece sobre todo durante las dos primeras décadas de la vida. Su localización más frecuente es el cuerpo del maxilar inferior, en la rama ascendente.

Aspectos radiográficos: La radiografía revela una zona radiolúcida unilocular bien definida, a veces con un borde festoneado de la cavidad, entre las raíces de los premolares y los molares o en zonas alejadas de los dientes.

Aspectos histológicos: Desde el punto de vista histológico se observa que el quiste óseo simple carece de revestimiento epitelial. Las paredes

óseas están cubiertas por una fina capa de tejido fibroso laxo que puede contener células gigantes multinucleadas y gránulos de hemosiderina. Aunque a veces se le ha llamado quiste óseo traumático o hemorrágico, no se conoce la patogenia de esta lesión.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

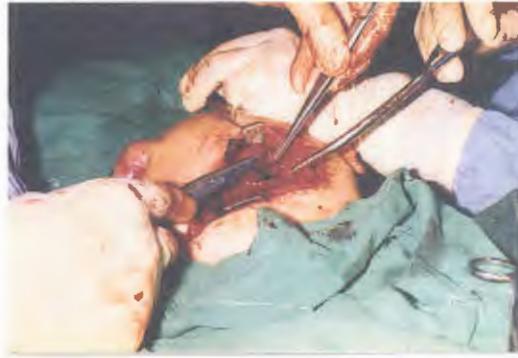
Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Casos clínicos:

Ameloblastoma:

Caso clínico 1

Paciente masculino de 45 años de edad. Refiere operación anterior con diagnóstico de Quiste dentígero. Acude por presentar aumento de volumen en región submandibular, indolora con secreción purulenta, observándose marcada asimetría facial en lado izquierdo de la cara. A la exploración intraoral se observa disminución moderada de apertura bucal, ausencias dentales importantes del mismo lado producto de cirugía anterior en donde el paciente refiere existía un tercer molar incluido en forma horizontal. Actualmente se encuentra cicatrizada el área de la mucosa intra oral. Se toma biopsia del tejido óseo involucrado y la respuesta de histopatología es Ameloblastoma Mandibular. Radiográficamente se observa área radiolúcida desde zona de premolares hasta el borde superior de la rama ascendente, por lo que se solicitan valores hemáticos y tiempos de coagulación. No encontrando antecedentes importantes se programa por Cirujano Maxilofacial para realizar hemimandibulectomía con sustitución de clavo Kisner.





Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.



**Ameloblastoma:
Caso clínico 2**

INTRODUCCIÓN

El ameloblastoma se desarrolla del epitelio que se relaciona con la formación de los dientes: epitelio reducido del esmalte y la cápsula epitelial de quistes odontogénicos, en especial el quiste dentigero, trastornos de órganos del esmalte en desarrollo y de las células basales del epitelio superficial de los maxilares; sin embargo, su origen aún no es claro ya que se desconocen los factores que inician el cambio en estas células epiteliales.

Varios autores han realizado la publicación de casos de ameloblastomas desarrollados a partir del epitelio de revestimiento o de sus restos epiteliales. A pesar de que no es obligatoria la aparición de un ameloblastoma a partir de un quiste dentigero, es importante el conocimiento de este factor de riesgo de formación de esta patología y las características que la identifican como tal, para aplicar el tratamiento más adecuado para el paciente, en el momento preciso.

REPORTE DE CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un paciente de 56 años, sexo femenino la cual asiste al servicio de Cirugía Estomatológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela por presentar un aumento de tamaño en el reborde postero inferior izquierdo con una evolución de un año aproximadamente. Al examen clínico se observa asimetría facial, pérdida de la sensibilidad en la región mentoniana del lado correspondiente a la lesión, dolor a la palpación; de igual forma la misma manifestó que

en el último año le fueron realizadas las exodoncias del 36, 37 y 38 por haber presentado movilidad de los mismos y al examen intrabucal se aprecia la ausencia clínica del 36, 37, 38 y la presencia de halo eritematoso sobre la superficie de la mucosa a nivel de la zona retromolar. Al interrogatorio o anamnesis la paciente no refiere antecedentes tanto familiares como personales de importancia. El examen hematológico determinó todos los valores dentro de niveles normales.

Características radiográficas

En la radiografía panorámica se presenta imagen radiolúcida multilocular de aproximadamente tres centímetros de diámetro en sentido mesio-distal y expansión de las placas corticales en sentido cefalo-caudal. La lesión se extiende desde el cuerpo de la mandíbula hacia la rama mandibular y esta rodeada por un borde hiperostótico lo cual es característico de un hueso reaccional.

Diagnósticos Presuntivos:

- Ameloblastoma
- Granuloma de células gigantes
- Queratoquiste Odontogénico
- Fibroma ameloblástico
- Mixoma odontogénico
- Quiste óseo traumático

Tratamiento y pronóstico

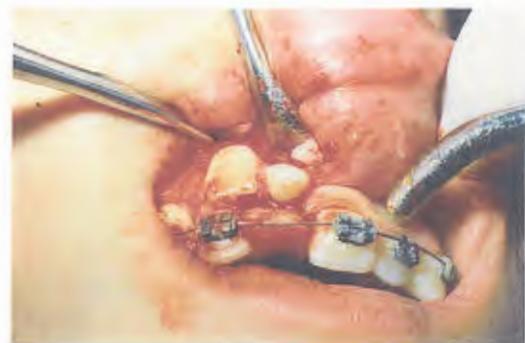
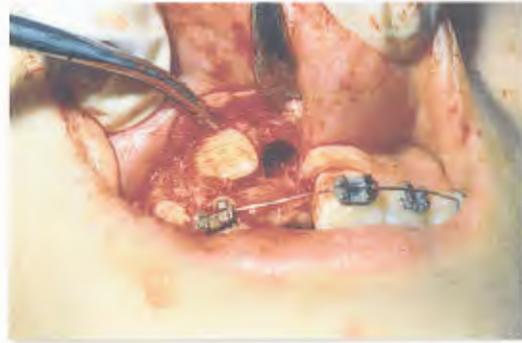
Se realizó punción de la zona sin obtener ningún contenido.

Se planificó la realización de una biopsia incisional bajo anestesia local y la muestra fue colocada en formol al 10% para su respectivo estudio histopatológico. El resultado definitivo fue el de *Ameloblastoma Folicular*.

El pronóstico en este caso es reservado por la agresividad de este tipo de patología, siendo el tratamiento definitivo la resección mandibular del segmento asociado a la lesión tomando márgenes de seguridad de un centímetro aproximadamente en cada extremo de la neoplásia.

Odontoma:
Caso clínico

Paciente masculino de 16 años de edad remitido por ortodoncista para valoración por presentar ausencia de incisivo central superior izquierdo y giroversion con erupción disfuncional del lado derecho. Radiográficamente se observa destrucción radicular del canino no erupcionado y zona radioopaca que lo circunscribe, presentando imágenes similares a dientes pequeños. Se realiza historia clínica no encontrando antecedentes de importancia. Se programa para realizar extracción de diente incluido y enucleación quirúrgica de la lesión enviándola posteriormente a patología, donde se corrobora Diagnóstico de Odontoma Complejo.



Granuloma:
Caso clínico

Paciente femenino de 32 años de edad que acude por presentar sangrados repetitivos en zona molar inferior izquierda donde se observa a la exploración física crecimiento exagerado anormal eritematoso de la mucosa bucal en la zona y que además recubre casi en su totalidad a las piezas dentales posteriores.

Se toma radiografía ortopantomográfica observando que no existe lesión intraósea y se solicitan pruebas de laboratorio pertinentes. Se programa para retirar los molares que además presentan movilidad grado IV y desencadenando hemorragia durante la palpación. Se realiza extracción, exceresis de la lesión y curetaje de procesos alveolares. Se envía muestra a histopatología.

Actualmente presenta zona eritematosa de aproximadamente 3cm que circunscribe la región molar, descrita indolora y fácilmente sangrante. La radiografía periapical muestra la raíz de la pieza involucrada y zona radiolúcida señalando lisis ósea en la periferia de la misma. Después de seguir análisis de rutina se realiza exceresis de la lesión mediante anestesia regional, extracción y curetaje de la zona, aseo quirúrgico, sutura y apósito. Se envía muestra a patología confirmando diagnóstico. Control durante 3 meses, actualmente no existen recidivas.



Granuloma central de células gigantes:
Caso clínico

Paciente masculino de 28 años de edad acude refiriendo dolor y aumento de volumen en región molar posterior a fractura coronaria y abandono de tratamiento odontológico.

Osteoma:

Caso clínico

Paciente femenino de 48 años de edad, acude por presentar aumento de volumen en la región vestibular y tuberosidad del maxilar superior. Dicho aumento es indoloro, la mucosa de coloración similar a la normal. No existe sangrado activo ni secreción purulenta. Ha sido de crecimiento lento, sin embargo en las últimas semanas comienza a manifestarse ocasionalmente asimetría facial. Se toma biopsia con anestesia local obteniendo como Diagnóstico Osteoma y se programa para retirar la lesión bajo anestesia general lo cual se realiza mediante intubación nasotraqueal sin compromiso local y general.



Fibroma Ameloblástico:

Caso clínico

Las causas de la retención dentaria, asociadas con tumefacción facial, suelen ser muchas y muy variadas. Dentro de las mismas, las causas tumorales no son tan tenidas en cuenta como debieran. Es por ello, que decidimos llamar la atención a ese respecto y presentar este caso de retención dentaria y deformidad facial debido a un fibroma ameloblástico.

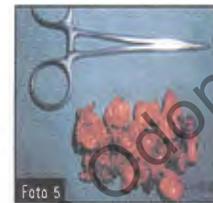
Introducción

En 1946, Thoma y Goldman, denominan fibroameloblastoma al odontoma mixto blando, ya que para ellos es un ameloblastoma sólido con estroma prominente, es semejante histológica y radiográficamente, aunque su evolución es menos agresiva. En el año 1950, Robinson y otros, lo definen como un ameloblastoma de tipo primitivo. Posteriormente, en 1961, Gorlin y colaboradores, analizan 23 casos, estableciendo patrones histológicos, evolutivos y clínicos. De éstos sólo 2 recidivaron por mala enucleación. Trodhal, en

1973, sobre 24 casos estudiados, estableció que el tumor es más agresivo y recidivante. Observó 7 recidivas por mala enucleación y 3 recidivas auténticas.

Caso clínico:

Paciente que concurre a la consulta por deformación facial, que no remite con tratamiento antibiótico-antiinflamatorio instituido por su odontólogo. A la palpación no hay adenopatías ni signos inflamatorios (dolor, rubor, calor). La inspección intrabucal revela tumefacción desde 43 a 47, de consistencia dura con áreas de mucosa erosionada con deformidad de la tabla vestibular. El paciente es desdentado parcial. Las exodoncias del lado afectado le fueron realizadas hace varios años. El estudio por imágenes (Rx. Panorámica), revela una zona radiolúcida de bordes bien definidos. Se decide la resección de la patología en forma conservadora por la vía intrabucal, bajo anestesia general. Se remite el material obtenido para su estudio anátomo-patológico, el cual revela "Fibroma ameloblástico y bordes del tejido libres de lesión". Se controla al paciente cada tres meses durante el primer año, para perderse de la consulta posteriormente.



Con la colaboración del Cirujano Maxilofacial Dr. Miguel Tápiá, los casos clínicos fueron evaluados y atendidos en su consultorio.

Conclusiones

Es importante concientizar al odontólogo general a llevar a cabo un estudio de las distintas patologías que involucran a los tejidos de la cavidad bucal, a estudiar las diversas formas en que estas patologías se presentan, en la falibilidad del conocimiento humano y la importancia de la derivación a los servicios de especialistas para un reconocimiento más profundo de las lesiones de la cavidad bucal.

Todo aumento de volumen en los maxilares debe estudiarse adecuadamente. Resaltemos la importancia de la biopsia y de la biopsia por aspiración, sobre todo en los casos de lesiones radiolúcidas ya que puede tratarse de Hemangiomas intraóseos. Respecto a las lesiones radiopacas, las más frecuentes son los Odontomas de ambos tipos que son lesiones duras bien circunscritas. Es determinante recordar que las neoplasias y quistes odontogénicos están relacionadas con los dientes incluidos por lo que es necesario informar al paciente sobre la evolución de los mismos y los probables riesgos que implica más allá del aspecto estrictamente estético o de oclusión. Y finalmente lo que queremos transmitir con este trabajo es que este tipo de lesiones la mayoría de las veces son asintomáticas hasta que han ocasionado un grado de destrucción de los tejidos adyacentes importante. Por lo que el odontólogo ya no está en condiciones de decir a sus pacientes que esperen a referir alguna molestia sino que debe hacer un diagnóstico preciso. Además buscar la ayuda de especialistas en otras ramas médicas (psicólogos, rehabilitadores físicos, patólogos, etc...) a fin de realizar interconsultas para lograr un tratamiento multidisciplinario ideal para el paciente. Debemos recordar que el odontólogo no es solo un médico, es en muchas ocasiones, confidente, consejero, y tal vez, lo más importante de todo ello, el primero en detectar o reconocer en el paciente enfermedades de diversos tipos. Somos todos seres humanos, convívamos como tales.

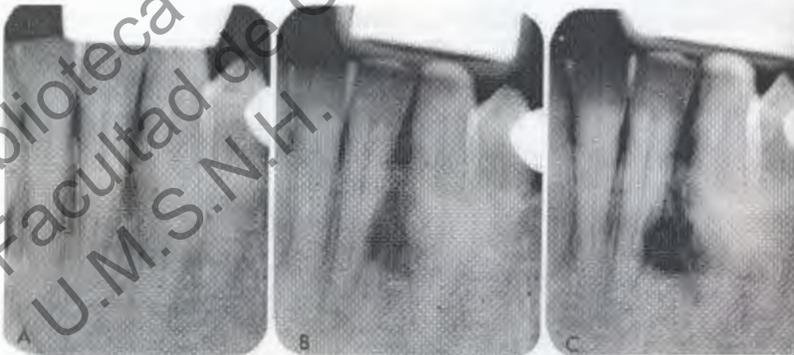
“Para mover una montaña, el hombre empieza por mover piedras pequeñas”.

Marco Arturo Hernández Villalobos.

IMAGENES Y CUADROS EXPLICATIVOS:



Fig. 1.1 Ameloblastoma Pag.12

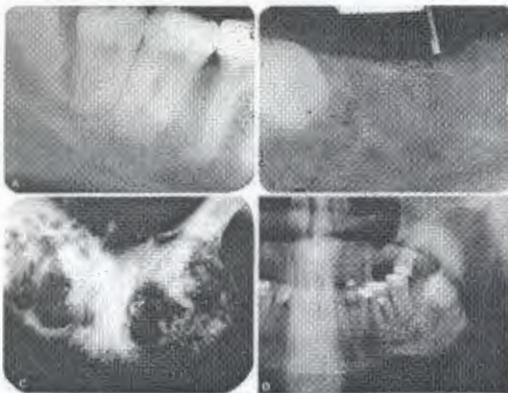


desarrollo pag. 12

Fig. 1.2 Ameloblastoma en



Fig. 2.1 Tumor extraóseo odontógeno epitelial calcificante Pag. 13



Pag. 13

Fig. 2.2 Tumor extraóseo odontógeno epitelial calcificante

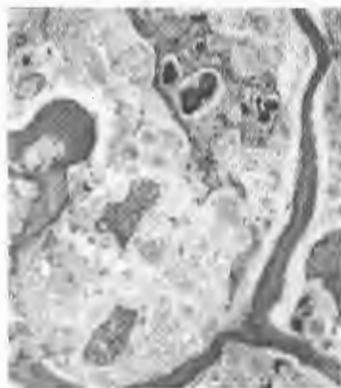


Fig. 2-3 Tumor extraóseo odontógeno epitelial calcificante Pag. 13



Fig. 3-1 Fibroma ameloblástico Aspecto radiográfico Pag. 14



Fig. 3-2 Fibroma ameloblástico. Aspecto microscópico Pag. 14

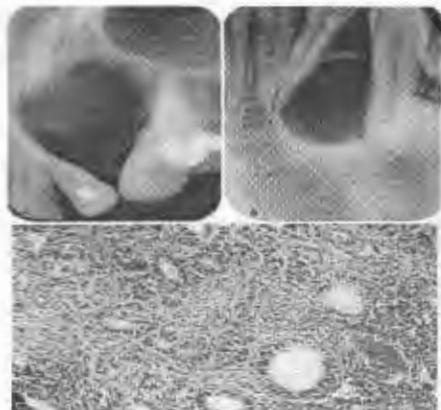


Fig. 4-1 Tumor odontógeno adenomatoide. El tumor (A) se asemeja a un quiste globulomaxilar (B) este estuvo asociado con un diente impactado, se asemeja a un quiste dentífero (C) aspecto radiográfico. Pag. 15

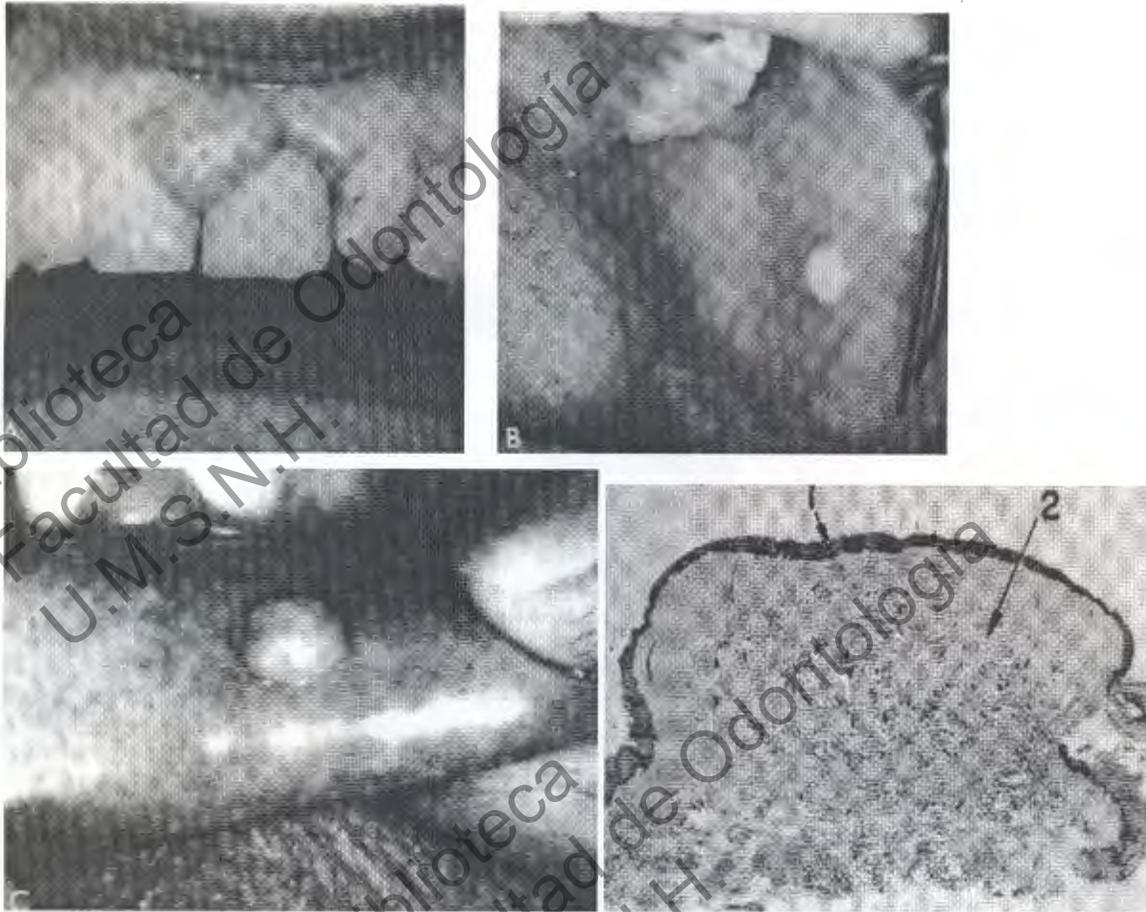


Fig. 7-1 Fibroma. Fibroma de la encía (A) fibroma de la mucosa bucal (B) fibroma del labio (C) Aspecto radiográfico (D) Pag. 17

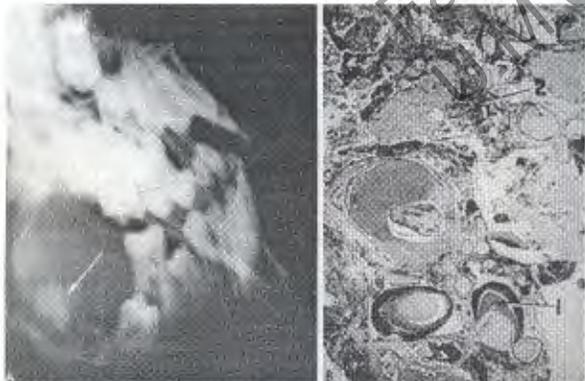


Fig. 8-1 Odontoma ameloblástico. Aspecto radiográfico con numerosas masas calcificadas irregulares pequeñas (A) aspecto microscópico (B). Pag. 17



Fig. 9-1 Odontoma. Odontoma compuesto (A y B) odontoma compuesto complejo (C) Odontoma en paciente pequeño. Pag. 18



Fig. 9-2 Odontoma. Odontoma en desarrollo. Pag. 18



Fig. 9-3 Odontoma. Aspecto microscópico. Pag. 19



Fig.11-1 Fibroma odontógeno central Aspecto clínico (A) aspecto microscópico (B) Pag. 19



Fig. 12-1 *Mixoma odontógeno*. Pag. 20



Fig. 13-1 *Cementoblastoma benigno*. Gran masa calcificada asociada con la raíz distal del primer molar mandibular (A) produce abultamiento de la lamina lingual de la mandíbula (B) aspectos microscópicos (C y D) Pag. 20



Fig. 13-2 Fibroma osificante periférico Pag. 22

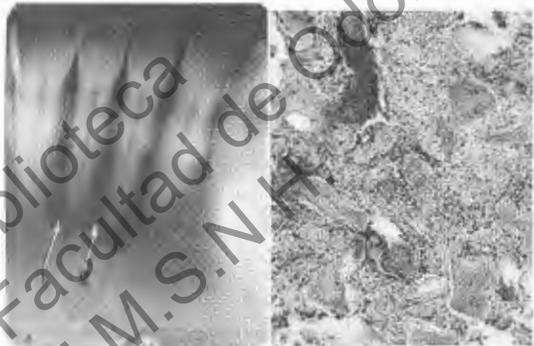


Fig. 13-3 Displasia cemental periapical. (A) Cementoma en etapa temprana u "osteolítica" (1) y tardía o "cementoblástica" (2) (B) sección en la etapa "cementoblástica" Pag. 22



Fig.14-1 Tumor melanótico neuroectodérmico de la infancia. Masa en la porción anterior del maxilar superior (A) la radiografía muestra obstrucción difusa del hueso (B) aspecto microscópico (C) Pag. 23.

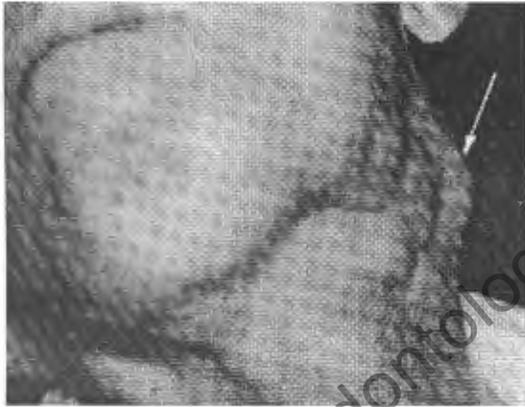


Fig.15-1 Carcinoma epidermoide metastásico. Pag. 26

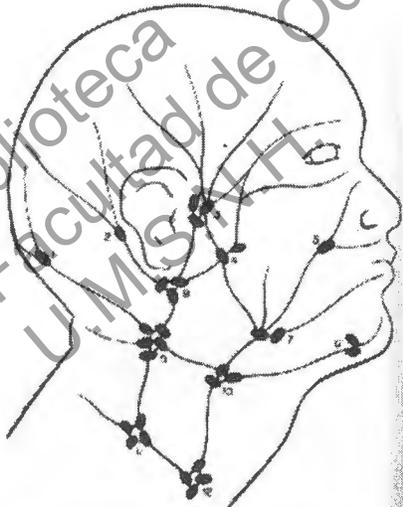


Fig.15-2 Sistema linfático de cabeza y cuello, que muestran los diversos grupos de ganglios linfáticos. Pag. 26

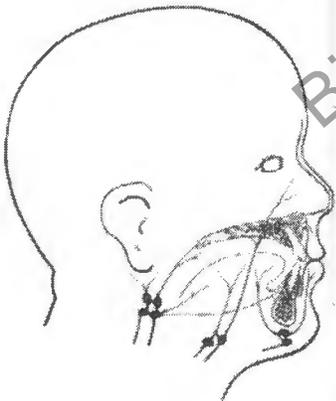


Fig. 15-3 Drenaje linfático regional de las estructuras bucales. Pag. 26

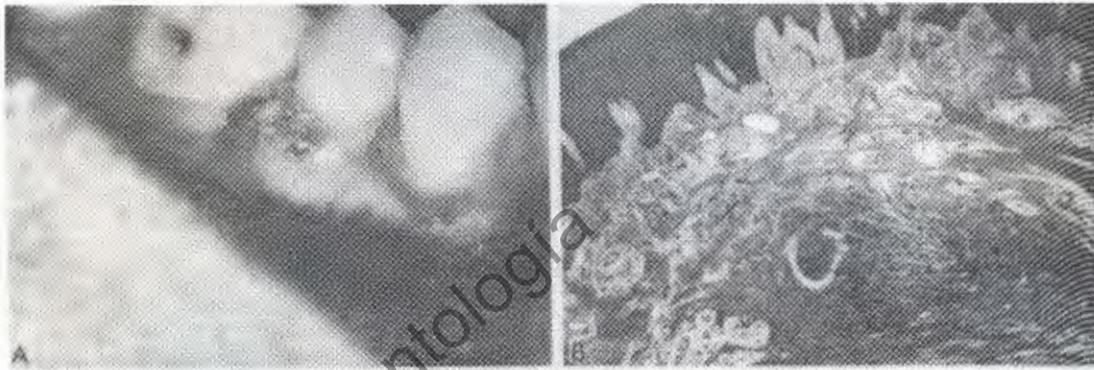


Fig16-1 Fibroma odontógeno periférico Aspecto clínico (A) aspecto microscópico (B) Pag. 29

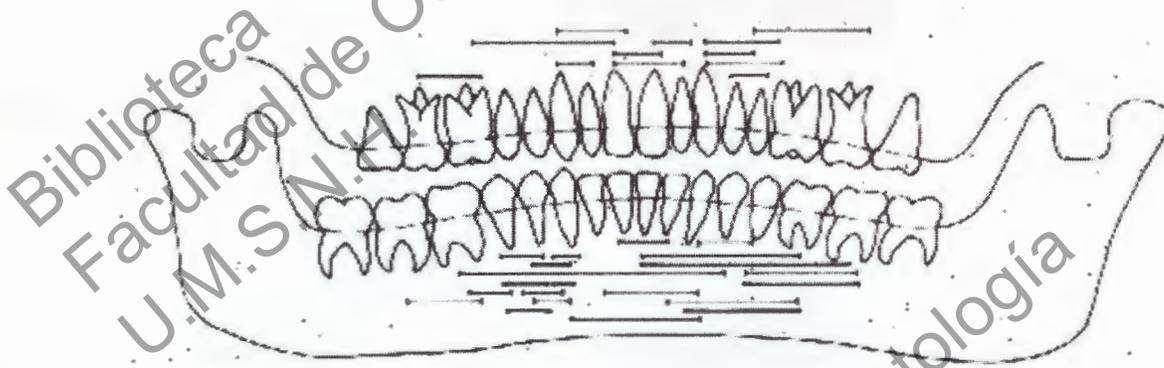
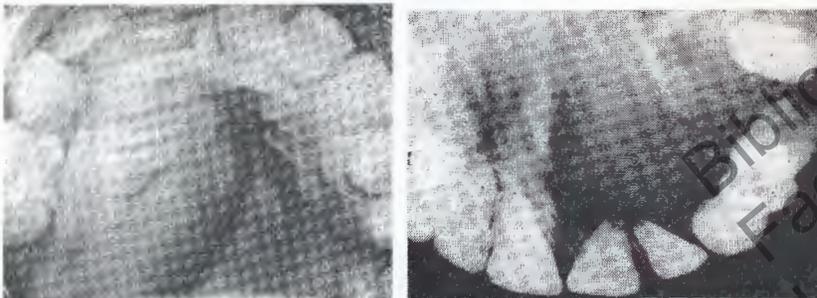


Fig. 17-1 Granuloma central de células Gigantes. Distribución de los sitios donde se localizan las lesiones. Pag. 32



Fig. 17-2 Granuloma central de células gigantes. Los diversos casos muestran la naturaleza radiolúcida, expansiva y multilocular de las lesiones. Pag 32



hueso. Pag. 32

Fig. 18-1 Quiste aneurismal del

LAMINA I



Carcinoma basocelular



Carcinoma Epidermoide del labio



Carcinoma epidermoide de la lengua (ventral)



Carcinoma epidermoide de la lengua (lateral)



Carcinoma epidermoide de la encía



Carcinoma epidermoide del piso de la boca y reborde alveolar



Carcinoma epidermoide del paladar y reborde alveolar

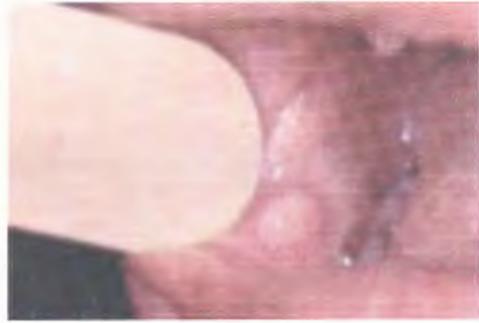


Carcinoma metastásico

LAMINA II



Papiloma



Fibroma



Granuloma periférico de células gigantes



Granuloma periférico de células gigantes



Torus palatino



Neuroma traumático



Leucoplasia (Placa por sustancias inhaladas)



Leucoplasia

Distribución anatómica del carcinoma bucal

Situación primara	Núm. en grupo	% del total en grupo	% del total en grupo (excluyendo labios)
Labio inferior	5 399	38	-
Lengua	1 117	22	38
Piso de la boca	2 479	17	30
Encía	923	6	11
Paladar	756	2,2	9
Angulala	637	5	8
Labio superior	551	4	=
Mucosa bucal	245	2	3
Levía	78	0,5	1
Total	14 251	100	100 (8 301 casos)

1.2 Pag. 26 Definición de las categorías TGM de los tumores malignos relacionados con la cavidad bucal.

T-Tumor Primario

TIS-Carcinoma in situ

T1-Tumor de 2cm o menos en el diámetro mayor.

T2-Tumor mayor de 2cm, pero no mayor de 4cm en el diámetro mayor.

T3-Tumor mayor de 4cm en el diámetro mayor.

G-Ganglios Linfáticos regionales

G0-No hay ganglio(s) linfático(s) cervical(es) clínicamente palpable(s); o ganglio(s) palpable(s); no se sospecha metástasis.

G1-Ganglio(s) linfático(s) cervical(es) homolateral(es) clínicamente palpable(s) que no están fijos; no se sospecha metástasis.

G2-Ganglio(s) linfático(s) cervical(es) contralateral o bilateral clínicamente palpable(s) que no están fijos; se sospecha la metástasis.

G3-Ganglio(s) linfático(s) clínicamente palpable(s) que están fijos; se sospecha metástasis.

M-Metástasis distantes

M0-No hay metástasis distantes.

M1-Otro síntoma clínico o radiográfico, o ambos, de metástasis diferente a los ganglios linfáticos cervicales.

1.3 Pag. 26 Agrupación por etapa clínica del carcinoma de la cavidad bucal

<i>Etapa I:</i>	T1 G0 M0	
<i>Etapa II:</i>	T2 G0 M0	
<i>Etapa III:</i>	T3 G0 M0	
	T1 G1 M0	
	T2 G1 M0	
	T3 G1 M0	
<i>Etapa IV:</i>	T1 G2 M0	T1 G3 M0
	T2 G2 M0	T2 G3 M0
	T3 G2 M0	T3 G3 M0

O cualquier categoría T o G con M1.
