

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

FACULTAD DE ODONTOLÓGIA

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

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

TUMORES DE ORIGEN ODONTOGENO

ELIZABETH CONTRERAS

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

MOBELIS, MICHOACAN 1973

111

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TUMORES DE ORIGEN ODONTOGENO

T E S I S

**QUE PARA OBTENER
EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A**

ELIZABETH CONTRERAS PANIAGUA

ASESOR DE TESIS:

DR. LAURO VIVEROS CHAVEZ

MORELIA, MICHOACAN.

1973.

S U M A R I O

INTRODUCCION

- I. TEORIA SOBRE EL ORIGEN DE LOS TUMORES ODONTOGENOS Y CARACTERES COMUNES DE LOS MISMOS.
- II. CLASIFICACION DE LOS TUMORES ODONTOGENOS.
- III. TUMORES ODONTOGENOS DE ORIGEN ECTODERMICO.
1. ADAMANTINOMA
 2. AMELOBLASTOMA
 3. ADENOMELOBLASTOMA
 4. MELANOAMELOBLASTOMA
- IV. TUMORES ODONTOGENOS DE ORIGEN MESODERMICO
1. MIXOMA ODONTOGENO
 2. FIBROMA ODONTOGENO
 3. FIBROSARCOMA ODONTOGENO
- V. TUMORES ODONTOGENOS DE ORIGEN MIXTO.
1. FIBROMA AMELOBLASTICO
 2. HEMANGIOMA AMELOBLASTICO
 3. NEURINOMA AMELOBLASTICO
 4. ODONTOMA AMELOBLASTICO, ODONTOBLASTOMA
 5. ODONTOMA
 6. SARCOMA AMELOBLASTICO
- VI. CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

LA Odontología en el mundo y principalmente en México, se incrementa y perfecciona más cada día, ya que constantemente se mejoran los métodos, técnicas y los equipos de trabajo, gracias a la investigación que en forma permanente se viene haciendo en nuestro tiempo, lo que indudablemente ha contribuido de manera sobresaliente y benéfica para el desarrollo que en la actualidad ha alcanzado.

El tema de los Tumores de Origen Odontogénico tiene una importante amplitud y todavía quedan horizontes por explorar, en virtud de que no está agotado su estudio, y, como en todas las materias, a medida que más se investigue se descubrirán datos desconocidos hasta el momento.

Sabemos que las alteraciones odontogénicas producen cambios en las estructuras de los tejidos dentarios, los cuales originan indudablemente problemas y afecciones al ser humano, por lo que, en estos casos el Odontólogo debe preocuparse por hacer un diagnóstico correcto y preciso, para estar en condiciones de dar con-

sejos atinados y valiosos a los pacientes e inducirlos a la debida atención médica.

Manifiesto que en la elaboración de este modesto trabajo puse todo mi esfuerzo, capacidad y dedicación, a fin de corresponder al Director, Maestros y a mi Facultad, el afán y empeño que generosamente ponen de su parte para crear en nosotros un espíritu de servicio a la sociedad en que vivimos, así como en nuestra formación de profesionales responsables y capaces, con lo que no sólo honraremos nuestra Escuela, sino también a la histórica Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Espero que este trabajo se traduzca en alguna utilidad, aunque sea mínima, a los que nos preocupamos por el mayor conocimiento de la Odontología, de ser así habré logrado realizar unos de mis más caros anhelos.

Morelia, Mich., diciembre de 1973.

CAPITULO I

TEORIAS SOBRE EL ORIGEN DE LOS TUMORES ODONTOGENOS Y CARACTERES COMUNES DE LOS MISMOS

Los tumores de origen Odontógeno son formaciones de los folículos dentarios y de los restos epiteliales parodontarios, que abarcan una parte importante dentro de la Patología Oral y las anomalías dentarias.

Los Tumores Odontógenos se desarrollan en cualquier edad, sexo y raza; no obstante que cada uno de los procesos tiene su cuadro propio de evolución y perturba las funciones fisiológicas.

Pueden estar formados por uno o por todos los tejidos que integran los dientes normales, o bien contener células del germen dentario en cualquiera de las fases de su desarrollo; algunos tumores se derivan de células epiteliales ectodérmicas, por lo que se llaman tumores de origen ectodérmico y otros de origen mesodérmico cuando son derivados de células mesenquimatosas. Los odontomas que están constituídos por derivados epiteliales ectodérmicos y mesodérmicos son Tumores Odontógenos Mixtos.

Considero conveniente hacer un bosquejo de los conocimientos embriológicos del germen dentario.

En la sexta semana de vida embrionaria la capa basal del revestimiento epitelial de la cavidad bucal prolifera rápidamente y forma una estructura en banda o lámina den-

tal, sobre la región de los maxilares superior e inferior, esta lámina origina invaginaciones que se introducen en el mesénquima subyacente y son los primordios de los componentes ectodérmicos de los dientes.

De la cara profunda de la banda o lámina se desprende un tallo epitelial llamado Muro Adamantógeno, en la profundidad de éste crecen unas ramificaciones epiteliales formadas por unas celdillas poliédricas, redondas y cúbicas que en conjunto constituyen las Yemas Adamantinas, formadoras de los gérmenes de la 1a. y 2a. dentición; además de estos dos gérmenes el cordón epitelial emite Yemas irregulares representando gérmenes de dientes de reemplazo, que en el hombre se atrofian y quedan incluidos en el alveolo dentario formando los restos epiteliales de Malassez.

Los Primordios se presentan en número de 10 para cada maxilar, estos se profundizan en el maxilar y la superficie profunda de cada uno de los brotes se invagina llegando al período de Caperuza o Casquete del desarrollo dentario.

El Casquete consta de una parte externa, "epitelio dental externo" o túnica externa, una capa interna, "epitelio dental interno" o túnica interna y centro de tejido laxo o "retículo estrellado"

El mesénquima situado en la concavidad limita el epitelio dental interno, prolifera y se condensa formando así la papila dental.

En la época de desarrollo del diente, el órgano adamantino está constituido por una capa de celdillas alargadas, cilíndricas que descansan sobre la papila y que forman la membrana del esmalte, llevando en su alrededor un grupo de celdillas poligonales anastomosadas unas entre otras, constituyendo la pulpa del esmalte rodeada también de celdillas aplanadas formadoras de la membrana de Nasmvth. La pulpa y la membrana se reabsorben y cuando algunas partes de ellas persisten constituyen los llamados Restos Epiteliales Parodontales.

Al crecer el Casquete dental y profundizarse la escotadura del diente adquiere aspecto de campana por lo que se

le denomina período de Campana; de la papila adyacente a la capa dental interna las células mesenquimales por diferenciación se convierten en Odontoblastos que forman la preentina y al calcificarse se transforma en dentina. En la formación de los odontoblastos, como se realiza de afuera hacia dentro deja en la dentina unas prolongaciones citoplasmáticas finas que son llamadas "Fibras Dentinarias", las demás células de la papila dental forman la pulpa del diente.

Al mismo tiempo las células epiteliales dentales internas se convierten por proliferación en Ameloblastos que son las células formadoras del esmalte, colocándose sobre la dentina en forma de largos prismas de esmalte, la capa de unión del esmalte-dentina recibe el nombre de Amelodentaria.

La raíz del diente comienza a formarse poco después de brotar la corona, las capas epiteliales internas y externas adosadas en la región del diente, se introducen más profundamente en el mesénquima subyacente y forman la vaina Radicular Epitelial de Herwig. Las células de la papila que están en contacto con esta vaina se convierten por diferenciación en Odontoblastos, que depositan una capa de dentina que continúa con la corona, al acumularse más dentina en el interior de la capa ya formada, la cavidad pulpar se estrecha y finalmente forma un conducto por el cual pasan los vasos sanguíneos y los nervios de la pieza dentaria.

Las células que se encuentran en contacto con la dentina de la raíz son células mesenquimatosas que proliferan y se diferencian en Cementoblastos que originan el ligamento Periodontal, las fibras del mismo están introducidas en un extremo en el cemento y por otro en la pared ósea del alveolo, este ligamento actúa como amortiguador y mantiene en posición firme la pieza dentaria.

Una vez constituido el germen dentario, el tejido mesodérmico situado a su alrededor es rechazado excéntricamente por el desarrollo del propio germen, formándosele a expensas de la licuefacción de la pulpa del esmalte una espe

cie de saco que, en conjunto viene a constituir el folículo dentario.

Al hacer erupción la corona perfora el techo de su folículo, quedando así libre de dicha envoltura que viene a ocupar a la postre el cuello del diente. El resto de la pared folicular correspondiente a la raíz persiste y más tarde constituye el ligamento dentario, conteniendo en su interior grupos epiteliales de diversas alturas de desarrollo, que a su vez son los restos epiteliales de Malassez.

Las células de la capa interna de la vaina epitelial son semejantes a los ameloblastos no diferenciados, por lo que no son formadores de esmalte, aunque al parecer tengan la propiedad inherente de la diferenciación morfológica y bioquímica; en ocasiones se encuentran residuos de la vaina epitelial dentro de la membrana Periodontal llamados restos de Malassez; igualmente pueden persistir estos epiteliales de la lámina.

Algunas veces un pequeño grupo de estas células forman una gota de esmalte en la parte radicular del diente llamada Perla de Esmalte o Adamantinoma.

Con estos conocimientos podemos explicar perfectamente el hecho de que aumente o disminuya el número de los gérmenes dentarios y estar influido su desarrollo por causas intrínsecas o extrínsecas.

Este fenómeno de la retención de los restos epiteliales es característico de las estructuras epiteliales transitorias. dichos restos pueden convertirse en el factor de incitación en la formación de los quistes de origen Odontógeno

TEORIAS DEL ORIGEN DE LOS TUMORES ODONTOGENOS.

La Teoría de LERICHE Y COTTE

Indica que los tumores epiteliales pueden considerarse como enclavados dentarios quísticos. Se trata de un proce-

so de inclusión embrionaria, cuyo origen puede ser del folículo, de los restos epiteliales o del epitelio gingival.

Louis Charles Malassez. — Hombre a quien podemos considerar como ejemplo de la enseñanza, de la ciencia y de la investigación, en el trabajo que realizó sobre el "Origen Epitelial de los Tumores" aporta la Teoría de la Etiopatogenia de los Tumores de los Maxilares.

TEORIA FOLICULAR DE BROCA.—Esta hace una agrupación de todos los tumores de origen dentario denominándolos Odontomas, señala textualmente: "Todos los tumores de origen dentario son debidos a trastornos producidos sobre el germen dentario, en épocas distintas de su desarrollo y las diferencias que existen entre ellas, radican precisamente en esta variedad de las épocas".

TEORIA DE LA ETIOPATOGENIA DE LOS TUMORES DE LOS MAXILARES.—Malassez dirigió sus estudios en el sentido de encontrar el origen de las formaciones epiteliales, a las cuales les dió el nombre de "restos epiteliales paradentarios o Parodontarium" los que bajo la influencia de ciertos irritantes pueden diferenciarse y proliferar.

Los factores que deben considerarse en el desarrollo neoplástico son, Proliferación; Organización y Diferenciación de las células, ya que de éstos depende el desarrollo normal del germen dentario.

En el tumor Odontógeno, la **PROLIFERACION** de las células se encuentra en relación con la cantidad de tejido producido y el tiempo en que continúa creciendo; la **ORGANIZACION** del tejido es incompleta, formando masas de tejido irregulares, en lugar del folículo dentario normal, en una organización activa parcialmente el epitelio puede estar dispuesto en cordones ramificados o en un folículo irregular; igualmente, la **DIFERENCIACION** celular puede alcanzar varias o todas las etapas de desarrollo morfológico y fisiológico.

CARACTERES COMUNES DE LOS TUMORES ODONTOGENOS

Los Adamantinomas, Odontomas, Fibromas, Fibromiomas, Adamantinomas Odontoblásticos, Dentomas Extradentarios, etc., por lo general se presentan en adultos jóvenes de una edad media; estos tumores son de un desarrollo lento, su sintomatología no presenta dolor en los primeros períodos de evolución, los síntomas a la palpación se presentan como de un tumor duro y maxilar tumefacto de Pergamino; también presentan el fenómeno de fluctuación, con relación a los tejidos vecinos al tumor presenta a los dientes móviles; en el estado dentario puede faltar una pieza o estar retenida; por lo general los ganglios linfáticos no presentan alteraciones. La terapéutica indicada es la extirpación total o conservadora y aplicación de Radium postoperatorio. Su pronóstico es de un tumor benigno.

PERIODOS CLINICOS DE LOS TUMORES ODONTOGENOS

Los Tumores Odontógenos tienen una evolución análoga, por lo cual todos pueden presentar los períodos que en seguida se mencionan, aunque en los Tratados de los Tumores Odontógenos se dice que solo son "formas anatómicas muy poco diferenciadas, dependiendo de un proceso patológico idéntico", consecuentemente tumores que parecían a simple vista distintos como los adamantinomas y odontomas no son más que "dos períodos de evolución de los tumores mitos de origen dentario o paradentario".

1o.—PERIODO DE INICIACION. No presenta ninguna sintomatología clínica y es en este período cuando se origina el tumor en el maxilar.

2o.—PERIODO DE DEFORMACION. El tumor aumenta de volumen a expensas del hueso donde está alojado, atrofiándolo por compresión, sin hacerlo formar parte del mismo. Las tablas óseas son rechazadas por el tumor que está unido de un crecimiento extraordinario, la tabla externa en

general es deformada, la bóveda palatina por lo general da muestras prematuras de los tumores odontógenos que alberga.

3o.—PERIODO DE EXTERIORIZACION. El hueso llega a desaparecer por la atrofia del desarrollo tumoral, por lo cual el tumor se exterioriza poniéndose en contacto con el medio bucal, en ocasiones separadas de éste por el periestio y tejido gingival. En estos dos períodos el tumor que ha adelgazado las tablas óseas y las ha transformado en papiáceos es reconocido clínicamente por el síntoma de Crepitación Apergaminada (DUPUTREN). Destruído el hueso este síntoma desaparece y el proceso da otra sintomatología, fluctuación o dureza.

4o.—PERIODO DE SUPURACION. La supuración puede presentarse desde el 2o. período, cuando esto sucede se complica la evolución de los tumores. El pus debe drenarse ya sea espontánea o quirúrgicamente y así el tumor adquiere otras características en su sintomatología.

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

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

CAPITULO II

CLASIFICACION DE LOS TUMORES DE ORIGEN DENTARIO

AL hacer la clasificación de los Tumores Odontógenos encontramos que aún no se establece una que sea universal o definitiva, citaré algunos de los autores que han hecho su propia clasificación entre los cuales figuran OMBREDANNE, ROBINSON, BHASKAR Y CABANNE; pero en el presente trabajo tomaré como guía la clasificación que K. H. THOMA nos da en su PATOLOGIA BUCAL, la cual fue aprobada por la ACADEMIA AMERICANA DE PATOLOGIA BUCAL, considero que tiene un buen fundamento embriológico y la expreso en seguida:

TUMORES ODONTOGENOS DE ORIGEN ECTODERMICO

ADAMANTINOMA

AMELOBLASTOMA

- Tipo primitivo
- Tipo plexiforme
- Tipo estrellado
- Tipo folicular
- Tipo de células basales
- Tipo acantoma

ADENOAMELOBLASTOMA
MELANOAMELOBLASTOMA
AMELOBLASTOMA MALIGNO

TUMORES ODONTOGENOS DE ORIGEN MESODERMICO

MIXOMA ODONTOGENO

FIBROMA ODONTOGENO

Cementoblastoma, cementoma

Dentimoblastoma, dentinoma

FIBROSARCOMA ODONTOGENO

TUMORES ODONTOGENOS MIXTOS

FIBROMA AMELOBLASTICO

HEMANGIOMA AMELOBLASTICO

NEURINOMA AMELOBLASTICO

ODONTOMA AMELOBLASTICO, ODONTOBLASTOMA

ODONTOMA

Odontoma germinado

Odontoma compuesto

Odontoma complejo

Odontoma dilatado

Odontoma quístico

SARCOMA AMELOBLASTICO

ODONTOAMELOBLASTOSARCOMA

Formado el Folículo dentario con sus restos epiteliales, puede ser susceptible que el germen o estos restos epiteliales, sufran una proliferación exagerada y en desorden como resultado de una perturbación en el curso de la evolución, pudiéndose formar en cualquier etapa embrionaria del germen y sus anexos, alcanzando la madurez o inmadurez de los tejidos ectodérmico y mesodérmico.

Tumores Odontógenos de origen Ectodérmico. — En la tercera semana de desarrollo embrionario, la hoja germinativa ectodérmica tiene forma de disco aplanado, alargado en la región cefálica, este disco con la formación de la notocorda cambia de forma y origina el Sistema Nervioso Central, el Sistema Nervioso Periférico, el epitelio sensorial de los Organos de los Sentidos, y las estructuras siguientes: la epidermis que incluye uñas, pelo, glándulas subcutáneas hipófisis, capa del esmalte de los dientes y revestimiento epitelial de otros órganos.

Tumores Odontógenos de origen Mesodérmico.—En la etapa inicial las células de la hoja germinativa mesodérmica, forma una lámina delgada de tejido laxo a cada lado de la línea media, después toma una forma de masa engrosada que se le da el nombre de "mesodermo paraxil" en el centro, en tanto que en los lados sigue siendo delgada llamándola "lámina lateral", los derivados principales de esta capa germinativa mesodérmica son: la pulpa dental, tejido conectivo, cartilago, hueso, músculos estriados y lisos, células sanguíneas, linfáticas y paredes del corazón, vasos linfáticos y sanguíneos, riñones, gónadas y conductos correspondientes, porción cortical de la glándula suprarrenal y bazo.

CAPITULO III

TUMORES ODONTOGENOS DE ORIGEN ECTODERMICO

UNA gran variedad de los tumores Odontógenos provienen de las alteraciones del tejido ectodérmico, formador de la capa de esmalte, caracterizados por una hiperplasia desordenada de los tejidos o de sus anexos.

Constituído un folículo dentario con sus restos epiteliales son susceptibles de sufrir una proliferación exagerada con influencias aún desconocidas, pero que constituyen un tumor.

Tenemos como ejemplo el Adamantinoma; el Ameloblastoma con su clasificación histológica: Tipo Primitivo, Tipo Plexiforme, Tipo Estrellado, Tipo Folicular, Tipo de Células Basales y Tipo Acantoma; el Adenoameloblastoma, así como el Melanoameloblastoma.

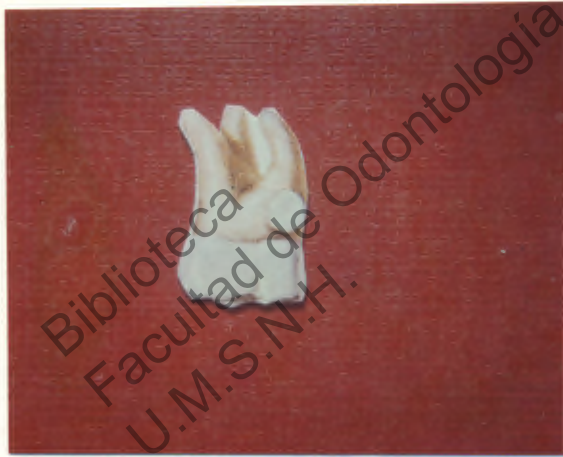
ADAMANTINOMA O PERLAS DE ESMALTE.

Se deriva de las células embrionarias epiteliales que tienen el poder para diferenciarse en epitelio del esmalte.

El término de Adamantinoma fue empleado por Malassez en 1885, procede del griego Adamas que significa "de la dureza de la piedra".

Se encuentran como depósito de esmalte en los lados de las raíces de los dientes, algunas veces se presentan como estructuras aisladas, se presentan más frecuentemente

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



Adamantinoma o Perla de Esmalte

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

en el maxilar superior que en el inferior. Son gotas de esmalte que se diferencian de los pequeños dientes supernumerarios por carecer de dentina y pulpa

Localización.—Se encuentran entre las raíces de los molares y en el borde cervical de los dientes monorradiculares, con mayor frecuencia están adheridos a la bifurcación de los molares y premolares.

En estudios Histológicos se ha observado que estos tumores se encuentran formados por células del Epitelio del esmalte exclusivamente, de ahí su nombre.

AMELOBLASTOMA.

Es un tumor constituido en su mayor parte por elementos epiteliales que no han terminado su evolución adamantina, por lo tanto, no han dado nacimiento a esmalte maduro o adulto.

Reune un conjunto de particularidades clínicas que son muy parecidas y en ocasiones no es fácil distinguir, pueden transformarse en malignos por ejemplo en Ameloblastoma Carcinomatoso.

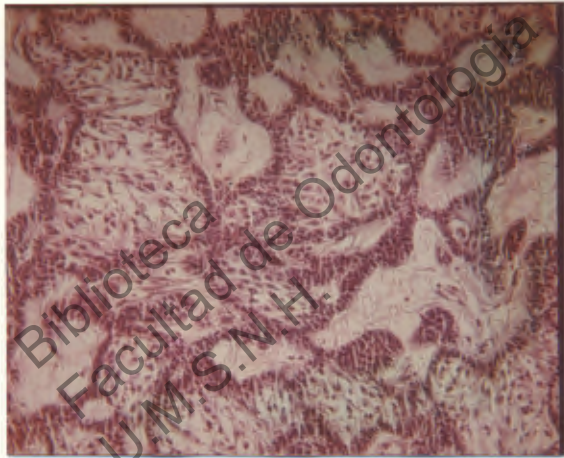
El ameloblastoma es un tumor que produce invasión del alvéolo alrededor de las raíces de los dientes y en ciertos casos reabsorben sus ápices, crecen por extensión de los tejidos adyacentes y a veces perforan el hueso que los cubre.

PATOGENIA

Está formado por células embrionarias o que ya se han diferenciado, variando así el desarrollo del tumor, se caracteriza por la proliferación de células epiteliales que parecen ameloblastos y retículo estrellado, a semejanza de la morfología del esmalte.

Broca dice que se deben a la consecuencia de la falta de un diente que no ha hecho erupción, formándose de este modo el tumor a expensas del folículo, aunque se han encontrado incluidos en el tumor.

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



Ameloblastoma X 100

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

Los factores que originan estos tumores son:

- 1.— Alteraciones genéticas del órgano del esmalte o del tejido que lo forma, según la Teoría Folicular de Broca.
- 2.— Alteraciones de los restos paradontarios de Malassez (Teoría del propio Malassez).
- 3.— Del epitelio de los quistes odontógenos.
- 4.— Del epitelio de la mucosa bucal.
- 5.— Del epitelio desplazado de otras partes del cuerpo.

Explicaré de manera breve los puntos anteriores.

1.— Alteraciones genéticas del órgano del esmalte o del tejido que lo forma.— Se constituyen los ameloblastomas de la lámina dental de los brotes que se desprenden para formar el órgano del esmalte, por lo que se cree que estos tumores se forman en las primeras etapas de la vida, influidos por algún traumatismo, infección de piezas caducas, mala nutrición o una extracción de dientes.

2.— Alteraciones de los restos paradontarios epiteliales de Malassez.— Puede encontrarse en el folículo dental antes que haga erupción. Malassez encuentra para todos los tumores Odontógenos una fuente común, las primeras fases del desarrollo del tumor aparecen después de las afecciones dentarias irritativas que producen una actividad en los restos epiteliales paradontarios.

3.— Del epitelio de los quistes odontógenos.— Los quistes Odontógenos originan proliferación epitelial, formando ameloblastomas que en ocasiones degeneran hasta los carcinomas epidermoides.

4.— Del epitelio de la mucosa bucal.— Hay un crecimiento de la capa basal de la mucosa bucal, la capa periférica está constituida por células largas en forma de columnas semejando la fase inicial del ameloblasto por lo que se puede diferenciar del carcinoma de células escamosas; sin embargo, no se ha comprobado aún.

5.— Del epitelio desplazado de otras partes del cuerpo. Puede originar epiteliomas ameloblásticos y éstos son ameloblastomas extraorales, la literatura médica cita varios casos importantes:

Ameloblastoma en la hipófisis. CRYTCHLEY e IBOON-SIDE.

Ameloblastoma pituitario. PEET M.M.

Ameloblastoma del ovario. ZAJEWLOSCHIN M.N.

Ameloblastoma en la faringe. FEINBRUNN.

Ameloblastoma en la tibia. FISCHER, RICHTER, BAKER Y HAWKSLEY, RYRIE, HOLDEN Y GRAY, MEFFLEY Y NORTHRUP.

Sintomatología.—En las primeras fases del desarrollo, el tumor suele ser asintomático y muchas veces se encuentra en los estudios radiográficos, es más común en el maxilar inferior que en el superior, un 70% de ellos se desarrollan en la zona de los molares, premolares, ángulo de la rama y sínfisis del maxilar, los que afectan al maxilar superior se presentan en un 50% en la zona molar, el resto afecta el seno maxilar, el piso de la nariz y la zona premo-lar. En los estudios realizados por Bercker dice que gran número de los ameloblastomas del maxilar superior pasan inadvertidos porque se desarrollan hacia el seno del maxilar por lo que no presentan sintomatología.

Es más frecuente en el hombre que en la mujer, a una edad promedio de 30 a 40 años, según las estadísticas realizadas; no obstante, se han dado casos en niños de meses, así como en personas seniles.

Por lo general el ameloblastoma crece lentamente y puede estar presente algún tiempo antes de que el enfermo se dé cuenta de su existencia; en los tumores de tamaño moderado se palpa en la exploración una masa ósea, dura y no dolorosa; se encuentra aumentada la superficie bucovestibular, los dientes de esta zona pueden encontrarse

móviles y mal alineados; los tumores ameloblásticos dilatan el alvéolo o todo el maxilar, cuando son demasiado grandes, (a veces alcanzan el tamaño de la cabeza de un niño), dilatan los tejidos hasta quedar rodeados por una capa ósea delgada como pergamino y cruje a la presión. Cuando el tumor es de un gran tamaño hay asimetría y son dolorosos a la palpación por la presión causada en los nervios, la mucosa modifica su coloración a un rojo vino, la piel tensa en ocasiones, puede haber ulceraciones por la dilatación.

CALVIN hace resaltar el hecho de que la mayor parte de los ameloblastomas crecen lentamente y dilatan el maxilar más de lo que destruyen.

Los períodos clínicos del ameloblastoma son:

1.—Período silencioso.—No presenta ninguna sintomatología.

2.—Período de exteriorización.—Es muy variable, pues el crecimiento de estos tumores son de años, las trabéculas y los espacios medulares están remplazados por el tumor expansivo y no hay señales de destrucción o expansión de las tablas óseas.

3.—Puede presentarse en dos formas clínicas:

Unilocular o monoquistico.

Multilocular o multiquistico.

En este período se forman fístulas en la vecindad del tumor por las cuales fluye pus característico. Manifestándose por fiebre, anorexia y decaimiento en el estado general paciente.

Pronóstico.—Clínicamente es un tumor benigno pero de gravedad clínica, presenta recidiva después del tratamiento quirúrgico diferente al original. Se dan casos en que se ha encontrado metástasis en los pulmones, se cree que por inhalación el tumor es aspirado por el pulmón o bien por la vía sanguínea, también se han encontrado metástasis en los ganglios linfáticos. Debe cuidarse el desa-

rrollo del tumor, ya que un crecimiento lento puede volverlo maligno y entonces crece rápidamente.

Examen radiográfico.—En la radiografía no existe un signo característico constante del ameloblastoma por ello no basta la radiografía por sí sola para poder hacer un diagnóstico diferencial, más bien dependen de la duración, localización y expansión de la degeneración física que ha ocurrido en el interior de la masa tumoral.

Debemos tener presente que el tipo monoquístico no es fácil de diferenciar de un quiste odontógeno y solamente tenemos unos cuantos signos del ameloblastoma.

1.—Es una zona radiotransparente con borde periférico bien definido, pero carece de margen hiperostético. Si el tumor es sólido, la imagen radiográfica presenta contornos netos, la densidad está dada por la destrucción del hueso.

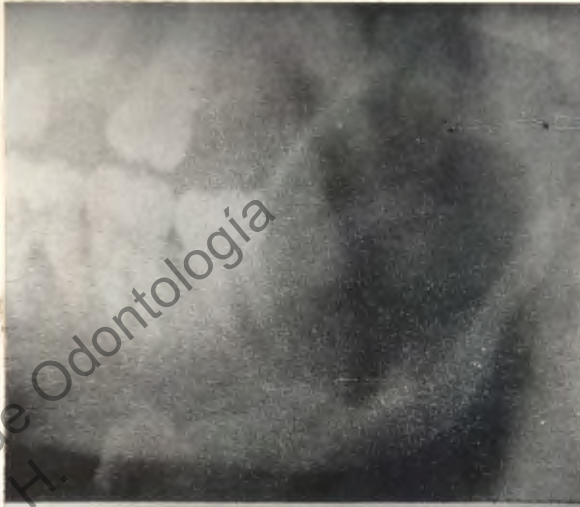
2.—Se presenta en el hueso una muesca en la pared del quiste o quistes accesorios muy pequeños.

3.—Presenta en ocasiones dientes completamente incluidos en el tejido, pero no desplazados, el quiste desplaza los dientes vecinos.

4.—La desnudación completa de las raíces por el fenómeno de reabsorción alveolar sustituida por el tumor, en el periostio siempre se encuentra respetado.

En el tipo poliquístico se ven pequeñas sombras circulares, si el tumor ha tenido una larga duración, las sombras radiotransparentes aumentan a semejanza de un racimo de uvas y se ve como un panal de miel, cada departamento está parcialmente separado por delgados tabiques óseos, el borde periférico en ocasiones se encuentra mal definido y difuso.

HISTOPATOLOGIA.—Hay dos tipos, el Monoquístico, formado por una masa tumoral sólida.



Ameloblastoma monocístico derivado del epitelio del esmalte
con autorización del doctor W. H. Hyde, Brooklyn.

Ameloblastoma Monoquístico derivado del Epitelio del Esmalte de un tercer molar.



Radiografía de un Ameloblastoma Poliquístico

El Poliquistico contiene quistes pequeños o grandes con líquido amarillo claro y amarillo obscuro, filante, con cristales de colesterina.

Estos dos pueden transformarse, evolucionar el sólido por el quístico y el quístico a sólido, por la alternación que sufre el folículo o los restos paradentales.

El sólido es blanco de consistencia granular fina y siempre va encapsulado. En el quístico se observan compartimientos llenos de tejidos sólido y la cavidad se encuentra revestida por una membrana lisa del epitelio, contienen líquido claro amarillo mucoso en ocasiones coloidal, el hueso se reabsorbe originando su adelgazamiento sin invadir el periostio.

Pueden distinguirse las siguientes variaciones Histológicas, el epitelio crece en cordones de los que se desprenden brotes y se forma el órgano del esmalte con distribución plexiforme, a veces se forman masas de células parcialmente diferenciadas y desarrollan folículos irregulares, sin producir reacción al mesénquima adyacente de estas masas de células cilíndricas que recubren la periferia, los tipos centrales con una distribución estrellada, hay también tipo de células escamosas.

HISTOLOGICAMENTE LOS AMELOBLASTOMAS SON:

Tipo primitivo

Tipo plexiforme

Tipo estrellado

Tipo folicular

Tipo de células cilíndricas

Tipo de células basales

Tipo acantona

Tipo Primitivo.—Está compuesto de células epiteliales poco diferenciadas que crecen en cordones en un estro-

ma fibroso laxo, con gran poder de infiltración cuando penetra al hueso esponjoso por medio de los canales de Havers.

En la periferia los cordones tienen tendencia a formar yemas epiteliales originando órganos del esmalte, ocasionalmente se ven órganos primitivos de esmalte.

Cuando el mesénquima toma características neoplásticas, el tumor toma el nombre de AMELOBLASTOFIBROMA.

Tipo Plexiforme.—Este se compone de largos cordones con ramificaciones irregulares y una diferenciación celular mayor al Primitivo.

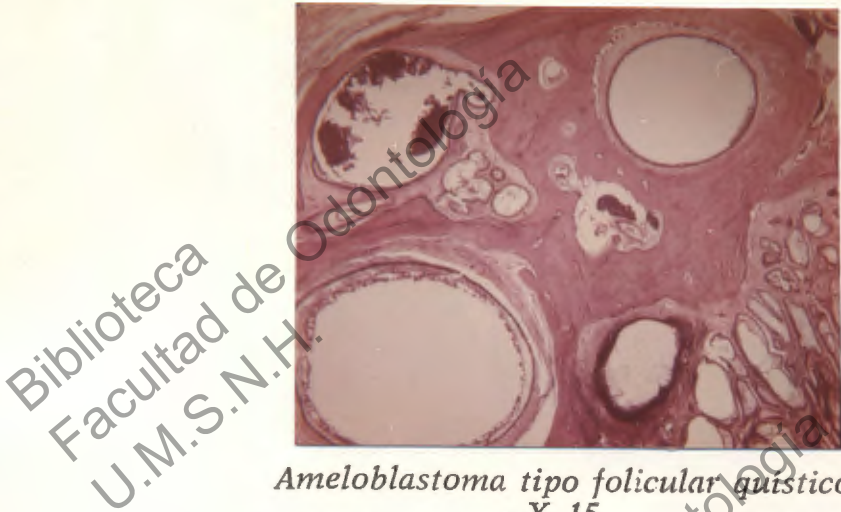
Tipo Estrellado.—Consta en su mayor parte de células epiteliales que tienen forma de estrella, se observan en el órgano del esmalte, estas células crecen en vainas o pequeños folículos que se encuentran rodeados de células cuboides que se diferencian en la segunda etapa del desarrollo dental.

Tipo Folicular.—Forma folículos constituidos por células de la tercera fase del germen dentario, las células de la periferia son de forma cilíndrica, pareciéndose a la morfología de los ameloblastos, pero sin alcanzar su fisiología.

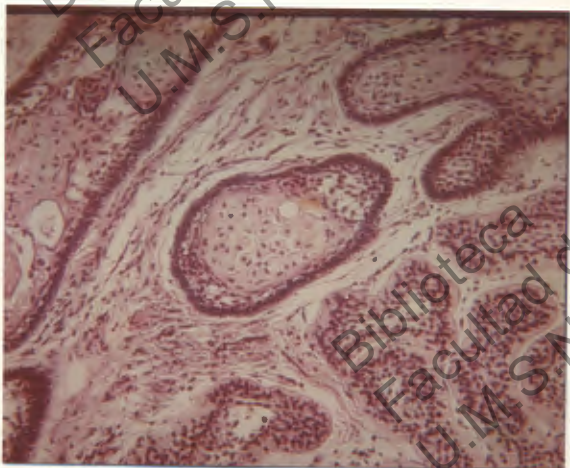
La parte central del folículo puede sufrir degeneración por lo que es importante su diferenciación, ya que las estructuras de los folículos verdaderos contienen células epiteliales estrelladas y no capilares sanguíneos como se ven en el tejido conectivo de aquéllos.

Tipo de Células Cilíndricas.— De morfología semejante a los ameloblastos, pero con sus funciones reducidas, es una zona homogénea, considerándose como una zona de esmalte prematura, sin llegar a formarlo por consiguiente carece de su estructura.

Para diferenciar el estroma del retículo epitelial, se basa en los núcleos de las células del tumor, están alejadas



Ameloblastoma tipo folicular quístico
X 15



Tipo plexiforme de Ameloblastoma
X 100

del estroma y la zona homogénea se encuentra en la periferia del folículo, las células están separadas entre sí por tejido conectivo fibroso.

Tipo de Células Basales.— El tejido del tumor se parece al del carcinoma de células basales, con la diferencia de que las células periféricas tienden a diferenciarse a la forma ameloblástica.

Tipo Acantoma.— Este tumor presenta la diferenciación de las células escamosas o espinosas en el folículo. Las células se acumulan en el centro separándose de la periferia por unas cuantas células y con una gran inclinación a formar perlas epiteliales.

ADENOAMELOBLASTOMA

Es una variedad morfológica en donde el epitelio en su diferenciación hay tendencia a la estructura glandular, debido a que el epitelio bucal tiene gran capacidad potencial para formar estructuras dentales y glandulares.

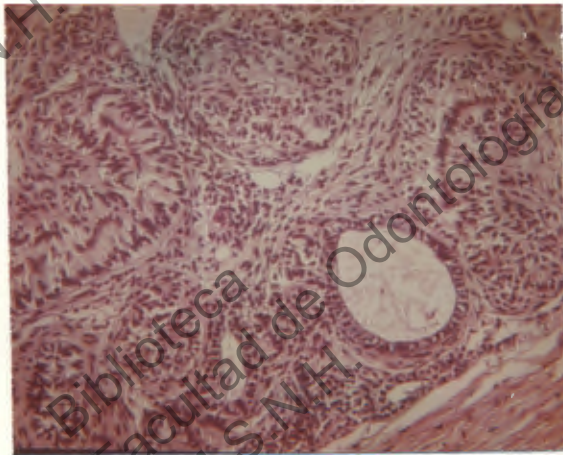
Histológicamente esta compuesto por estructuras canaliculares formadas por células epiteliales cuboides columnares que revisten los espacios circulares y los núcleos se encuentran en sus bases constituidos por epitelio glandular y esmalte.

Se presenta con mayor frecuencia en la mujer que en el hombre, localizándose más del 50% en el maxilar superior, generalmente en la región anterior, asociado con un diente incluido o un quiste primordial.

Son lesiones de crecimiento lento por lo que pasan inadvertidas por el enfermo.

El Adenoameloblastoma se manifiesta radiológicamente por una zona transparente, homogénea, localizada en las lesiones muy grandes, hay expansión de la tabla ósea, se pueden encontrar zonas de calcificación dentro del tumor.

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



Adenoameloblastoma.

X 100

Sección que muestra el componente adenomatoso. En otras partes del tumor predomina el tejido ameloblastomatoso.

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

MELANOAMELOBLASTOMA

Neoplasia rara, formada por pequeños nódulos de células redondas que contienen melanina, en el centro del tumor se encuentra una coloración negra azulada.

El tumor es de crecimiento rápido, situado en el surco alveolar causa dificultades a la masticación y la deglución. Únicamente se ha visto que se presentan en niños.

En la exploración radiográfica, el tumor se muestra como una zona radiotransparente, poco definida, irregular con adelgazamiento y expansión de las tablas óseas, no hay tendencias malignas.

TRATAMIENTO

El tratamiento de los Ameloblastomas es esencialmente quirúrgico, ya que es el único medio de eliminarlo, evitando el aumento de volumen de la lesión y prevenir las recidivas.

Las técnicas quirúrgicas dependen del tumor, de su volumen, de su situación, de su tipo clínico, de su Histología, del estado general del paciente, pues las recidivas es regla en ellos, con características graves.

El estudio radiográfico es de suma importancia para determinar si es posible evitar la resección ósea.

Las técnicas quirúrgicas más utilizadas son las siguientes:

1.—Eliminación total del tumor por medio del raspado.

2.— Extirpación radical del tumor y de las partes vecinas.

3.— Resección de la hemimaxilar asiento de la infección, llevándola hasta tejidos sanos y en casos que sea necesario auxiliándose con la radioterapia.

CAPITULO IV

TUMORES ODONTOGENOS DE ORIGEN MESODERMICO

Los tumores odontógenos de origen mesodérmico son derivaciones del germen, de la papila y del folículo dentarios, así como de la membrana mesodérmica periodontal.

Las neoplasias de origen mesodérmico central de la mandíbula y del maxilar superior son de diferentes tipos histológicos, estos tumores son los mixomas y fibromas que pueden desarrollar estructuras intercelulares calcificadas del cemento o dentina, produciendo Cementoblastomas o Dentinomas.

También son de superficie lisa, crecen por expansión no por infiltración, salvo en casos malignos, se encuentran desplazadas algunas estructuras anatómicas de su sitio, el suelo del alveolo se desplaza hacia dentro y hacia arriba, los dientes se pueden encontrar movidos de su posición normal, las tablas óseas se ensanchan alterando el contorno simétrico del maxilar. Generalmente no presentan sintomatología, por su tamaño pequeño o su localización interior profunda en el hueso, o bien pueden ser demasiado grandes, causan síntomas como abultamiento de la región, casi siempre se presentan unilaterales de contornos definidos, con hiperestesia o dolor a la palpación, debido a la acción irritante traumática o infecciones

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



Mixoma Odontógeno

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

secundarias, algunas veces en el temor se pueden encontrar fístulas rodeadas de tejido inflamado.

MIXOMA ODONTOGENO

Neoplasia benigna característica de los maxilares, no se presenta en otros huesos, se forma a partir de los tejidos mesodérmicos del germen dentario.

La teoría del origen de los Tumores Odontógenos Mesodérmicos se basa en el hecho de que las células fusiformes y estrelladas de la papila dentaria, del folículo y del germen dentario son de tipo primitivo; el tumor se considera como un fibroma derivado de las células embrionarias mesenquimales adultas que sufren una alteración o degeneración evolucionando de fibroma a mixoma.

Se presenta clínicamente como mixofibromas, fibromixomas, condromixomas, pues siempre hay fibras de colágeno. El Mixoma Odontógeno se desarrolla en el maxilar superior o en la mandíbula, con mayor frecuencia en la mujer que en el hombre en casos de pacientes jóvenes-adultos, afectando extensamente el maxilar con predominio de la mandíbula en la región anterior, se desarrollan sin síntomas por lo que se descubren hasta que resulta una deformidad en el maxilar.

Son tumores benignos; no producen metástasis, pero siempre presentan recidivas, su crecimiento es lento como todos los Tumores Odontógenos. El Mixoma está asociado como el Ameloblastoma con dientes que aún no brotan o que faltan.

Cuando son de pequeño tamaño su color es gris claro, pudiendo haber desplazamiento de dientes, cuando se trata de mixomas localizados a la altura del seno maxilar lo invade y no rechaza el andro.

HISTOPATOLOGIA.— La estructura básica es de tejido conjuntivo en proliferización, con desarrollo de neo-

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



Fibromixoma Odontógeno de la mandíbula. Aspecto Típico de panal.

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

formación celular y comprende un estroma mucoide intercelular, en el interior de este se originan una células con forme de aguja, de estrella, redondas y angulares con prolongaciones fibrilares entrelazadas e incluídas en el abundante estroma mucoide; además, puede encontrarse epitelio odontogénico.

En las células es difícil distinguir el citoplasma, ya que se encuentran de diferentes formas alargadas con proyecciones citoplasmáticas que se extienden en todas direcciones, los núcleos son hiper cromáticos con un ligero cambio de forma y de tamaño. Todo el tejido tumoral se encuentra ricamente inervado por finos vasos sanguíneos compuestos por una capa de endotelio; en la punsión no contiene líquido sino que es de consistencia dura.

RADIOGRAFICAMENTE.— Los Mixomas Odontógenos se asemejan a los Ameloblastomas, pues presentan un aspecto de numerosas cavidades de forma elíptica, redonda, exagonal y ovalada que son radiotrasparentes y semejantes al panal de miel de las abejas.

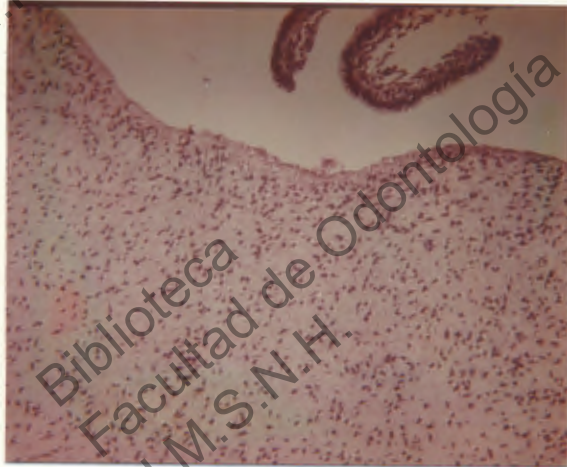
Los bordes están bien definidos y se localiza un desplazamiento de las estructuras anatómicas debido al carácter invasor de estos tumores.

TRATAMIENTO.— La extirpación quirúrgica se debe ampliar hasta encontrar hueso sano, para evitar así las recidivas; igualmente se recomienda hacer la enucleación del tumor cuando es pequeño; no está indicada la resección.

FIBROMA ODONTOGENO.

Se le llama también Odontoma Blando, de igual origen que el Mixoma, de la parte mesenquimal del germen dentario, de la papila dentaria, y de la membrana periodontal, por lo que se encuentra íntimamente relacionado con las raíces de un diente.

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



Fibroma Odontógeno X 100

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

Se distingue del Mixoma Odontógeno por la presencia de cementículos o formaciones de dentina y una diferenciación celular más avanzada.

PATOGENIA.— Se origina de la porción embrionaria del germen, de la papila y del folículo dentario, también de la membrana periodontal, en esta última se desarrolla tanto en la raíz como en la corona; puede formar cemento o dentina en el tejido conectivo que constituye el tumor.

SINTOMATOLOGIA.— Neoplasia que se presenta como un tumor central de la mandíbula, suele descubrirse en la exploración radiográfica, se inicia en la raíz de un diente y su desarrollo es tan grande que no se puede precisar el punto de origen; crece lentamente y sin presentar sintomatología, sólo cuando alcanza un gran tamaño con aumento óseo y desfiguración facial, que se produce por el desplazamiento de las piezas dentarias, además presenta mala oclusión y asimetría.

Se encuentran rodeados por una masa de tejido conjuntivo y solamente se exterioriza cuando ha roto la tabla ósea, venciendo la resistencia de ésta sin llegar a perforar el periostio.

Se desarrolla en un número mayor en la mujer que en el hombre, con mayor frecuencia en la mandíbula que en el maxilar superior.

HISTOPATOGENIA.— El tumor está constituido por células del tejido conjuntivo que producen fibras colágenas, sin que por ello sea característico de este tumor, en ocasiones se encuentra tejido epitelial odontógeno en pequeñas cantidades y es inactivo; la existencia de trabéculas de hueso demuestra presencia de un tumor osteógeno; al encontrarse cementículos es característica odontogénica; sin embargo, se localizan los dos tipos de células en el tumor.

RADIOGRAFICAMENTE.— El estudio radiográfico depende de la fase del tumor, es radiotransparente, son

manchas con bordes nítidos como los quistes, pero mucho menos radiolúcidas, demuestra signos de desplazamiento dental. Hay destrucción de la tabla ósea, ya que el tumor se forma en el hueso esponjoso por lo que destruye las trabéculas.

CEMENTOBLASTOMA

Tumor característico de formación de cemento maduro y no de cementículos o esferoides, como los diferentes tumores odontógenos los cuales siempre se presentan en tejidos que están en desarrollo.

Es Cementoblastoma verdadero cuando hay tejido de calcificación y Cementoma cuando está constituido principalmente por cemento, por lo que el Cementoma es una fase final del desarrollo de este tumor encapsulado en una fina capa de tejido conectivo que queda alrededor del cemento calcificado.

Es de crecimiento lento, se origina de los elementos celulares de la membrana periodontal, crece periapicalmente, reemplazando el hueso normal por una masa de tejido fibroso en el cual se encuentran restos de tejido calcificado.

ETIOLOGIA.— Se cree que es debido a factores traumáticos e irritaciones.

PATOLOGIA.— Es una neoformación que se adhiere al diente regularmente desarrollado, originado de la parte apical del folículo dentario y de la membrana periodontal maduros.

SINTOMATOLOGIA.— No produce síntomas subjetivos, es una lesión intraósea de localización periapical, es raro encontrar asimetría o deformaciones del hueso.

Se manifiesta más en la mujer que en el hombre, a una edad promedio de 37 años, según las estadísticas dadas, su evolución pasa inadvertida en los primeros perio-

dos que llegan a contarse por años, se presenta en la región anterior de la mandíbula junto a las raíces de los incisivos y de los caninos, son lesiones múltiples que afectan dos o más raíces.

Se desarrollan por la actividad proliferativa de la célula de tejido conjuntivo de la membrana periodontal, la proliferación fibrosa resultante y la formación de tejido fibroso.

HISTOPATOGENIA.— En los primeros períodos encontramos estroma celular hecha a base de fibroblastos, fibras de colágena y pocos vasos sanguíneos semejando a la membrana periodontal joven.

La masa se encuentra rodeada por una capa de tejido conectivo que forma una cápsula pseudomembranosa, semejante a una membrana periodontal.

Histológicamente el cemento y hueso son muy diferentes; no obstante de esto, es difícil distinguirlos en el tumor. La periferia del Cementoma con frecuencia presenta aposición lo que demuestra el crecimiento del tumor.

CEMENTOMAS MÚLTIPLES.— Se dan casos en que se encuentran al mismo tiempo Cementomas en el maxilar superior e inferior, también se les da el nombre de Cementomatosis.

Radiográficamente los Cementomas son radiopacos dependiendo exclusivamente de la etapa de desarrollo del tumor, en el período inicial es una zona radiolúcida, ovalada y pequeña en las raíces de los dientes, contornos mal definidos y redondeados en el tercio apical de la raíz y hay pérdida de la continuidad de la membrana periapical; no afecta la vitalidad de los dientes.

El segundo período o estadio calcificante, es más característico que el anterior, tiene estructuras calcificantes de distinta densidad, forma y tamaño en el interior de la lesión y es radiotransparente.

Con el tiempo el tumor altera su proporción radiotransparente y la radiopacidad aumenta en forma gradual, o sea que, disminuye la zona radiotransparente y sólo se observa en los bordes periféricos una línea radiotransparente.

En relación con las estructuras Histológicas se distinguen tres períodos radiográficos.

1.—Período Osteolítico. — Cementoma inmaduro, no hay tejido calcificado, formándose el tumor a expensas del hueso, se ve una área radiotransparente a semejanza de un granuloma o quiste radicular, sólo que tenemos como dato la diferenciación de que la pulpa no sufre alteración infecciosa.

2.—Período Cementoblástico.— Tumor en el cual se ha encontrado la iniciación de cemento, el tejido se calcifica por lo que se hace radiopaco, se distingue de la Hiper cementosis por una línea clara que separa el tumor del ápice que es la membrana periodontal, característica existente en el Cementoma y ausente en la Hiper cementosis.

3.—Período de madurez inactiva.— Se manifiesta radiográficamente porque las estructuras calcificadas están rodeadas por una delgada capa oscura, señalando que la parte blanda la constituyen los restos del tejido conectivo.

Tratamiento.— Se indica la extirpación quirúrgica.

DENTINOMA

Tumor raro, de una morfología parecida a los Odontomas.

PATOGENIA.— Las células mesenquimales derivadas de la papila dentinal se transforman en odontoblastos y dentina inmadura.

HISTOPATOLOGIA.— Este tumor se compone por células del tejido conectivo de forma redonda y fusiforme, en las que se encuentran masas irregulares de dentina, con prolongaciones odontoblásticas de los odontoblastos localizados en la periferia. El tumor está ricamente nutrido por medio de numerosos canalículos. La periferia se encuentra cubierta por una cápsula fibrosa de tejido conectivo, en la cual se deposita cemento.

FIBROSARCOMA ODONTOGENO

Neoplasia mesenquimatosa maligna de fibroma odontogeno.

Tumor maligno, se forma de la parte pericoronar del germen dentario, como tumor maligno perfora el hueso y se exterioriza como una masa fulminante extensa en la cavidad oral.

PATOGENIA.— Se forma de las células mesenquimales no maduras del germen dentario, las células no llegan a diferenciarse por lo que la producción de fibras de colágena es muy escasa o en ocasiones llega a faltar. Se encuentran bien diferenciados crecen lentamente por infiltración local.

SINTOMATOLOGIA.— Se presenta más en los hombres que en los mujeres, se manifiesta en zonas que se encuentran cicatrizando, después de un traumatismo físico, o de una exposición de irradiación.

Es invasor y destructor, afecta la cavidad nasal y el seno del maxilar. La metástasis es rara, no se reconoce tempranamente por ser un tumor central, puede producir la fractura patológica.

Se presenta con mayor frecuencia en el maxilar superior. El dolor es intenso, cuando ataca en el maxilar superior el dolor se extiende hacia el ojo y al ala de la nariz.

Si la mandíbula es la afectada el tumor invade el conducto dentario y duele de una manera insoportable.

El dolor puede originarse por dos causas:

La 1a. por la tensión del periostio sobre el tumor.

La 2a. por la presión directa del tumor en los troncos nerviosos o en los nervios.

Cuando un Fibrosarcoma se localiza en la boca, en fases iniciales presenta un cuadro clínico de una masa sólida no dolorosa, ni ulcerada, mal definida y recubierta de una capa de mucosa rosada normal, es frecuente que se confunda con una neoplasia benigna, en fases más avanzadas puede haber dolor intenso o perestesia con movilización y caída de las piezas dentarias, por la infiltración ósea.

HISTOPATOLOGIA.— El tumor está constituido por células mesenquimales no maduras de morfología variada, células redondas, ovaladas y fusiformes. Se encuentran figuras de mitosis, en su estructura hay proliferaciones de células epiteliales derivadas del germen del esmalte.

RADIOGRAFICAMENTE el Fibrosarcoma Odontógeno es osteolítico por su poder infiltrativo, dando un contorno indefinido o un margen osteolítico. Las lesiones más invasoras muestran zonas irregulares de la destrucción ósea, las lesiones localizadas pueden tratarse por medio de la extirpación.

TRATAMIENTO.— Por lo general no son radiosensibles, el Fibrosarcoma debe extirparse radicalmente, cuando es demasiado grande se recomienda la resección del segmento de la mandíbula o maxilar.

Su pronóstico es variable.

CAPITULO V

TUMORES ODONTOGENOS DE ORIGEN MIXTO

SON tumores formados por tejidos dentarios calificados, mezclados los tejidos epiteliales y mesodérmicos del germen dentario. Pueden producir tejidos diferenciados como el esmalte, dentina, pulpa y cemento además un tejido inmaduro como el que presenta el Odontoma Blando.

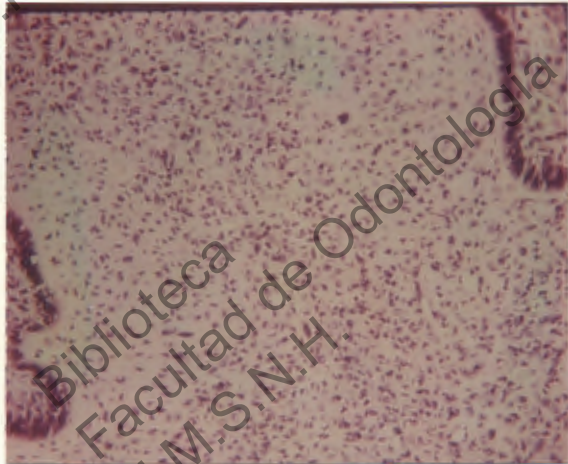
Los tumores en los cuales no se presentan tejidos de calcificación son: el Odontoma Compuesto, el Fibroma Ameloblástico común y el tumor maligno, es decir, el Sarcoma Ameloblástico.

FIBROMA AMELOBLASTICO

El Fibroma Ameloblástico es un Tumor Mixto, raro, formado del epitelio y el tejido conectivo, sin llegar a producir sustancias cálcicas, en el epitelio odontógeno hay proliferación y las células mesenquimales varían su grado de maduración, desde el tipo embrionario hasta los fibroblastos que producen colágeno.

PATOGENIA.— Se deriva de la proliferación de la papila dentaria o del folículo dentario y el epitelio se forma del órgano del esmalte o de los restos epiteliales parodontales.

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



Fibroameloblastoma X 100

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

Tumor benigno, si predomina el tejido fibromatoso hay menor probabilidad de recidiva, se presenta en pacientes adultos jóvenes generalmente en la segunda y tercera décadas de la vida, en ambos sexos y en la región molar de los dos maxilares.

Es un tumor de crecimiento más lento y menos agresivo que el Ameloblastoma.

HISTOLOGIA.— El Fibroma Ameloblástico es un tumor constituido de fibroblastos, que pueden producir colágeno; proliferan en forma de cordones en los cuales se encuentran yemas del órgano del esmalte no diferenciadas.

Los fibroblastos formadores del tumor cuando producen colágeno se nota en ellos abundante estroma de tejido conectivo, con tendencia a formar estructuras embrionarias de células estrelladas semejantes a las células de la pulpa dental. Las células cercanas a la membrana basal tienden a ser columnadas y las centrales son estrelladas, producen destrucción de las tablas óseas.

RADIOGRAFICAMENTE Se observa al tumor como una lesión quística o una área radiotransparente homogénea central, redonda u ovalada que puede ser única o múltiple, el tumor crece por expansión en una zona amplia, tiene sus contornos bien definidos y limitados sin destrucción profunda del tejido óseo.

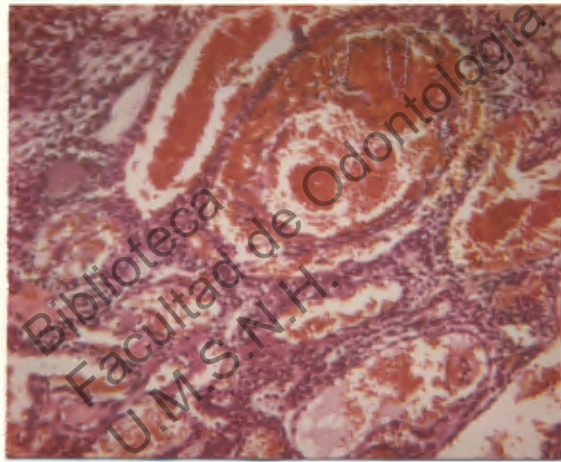
Los dientes vecinos se encuentran desplazados perdiendo su sitio dentro de la arcada, pero sin sufrir alteraciones en su vitalidad.

TRATAMIENTO.— Lo indicado en estos casos es la extirpación conservadora o un legrado.

HEMANGIOMA AMELOBLASTICO.

El Hemangioma Emeloblástico es un tumor compuesto por tejidos vasculares.

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



Hemangioameloblastoma X 100

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

PATOGENIA.— En el tumor se encuentran muchos capilares rodeando el epitelio del esmalte, que dan riego sanguíneo externamente al órgano del esmalte. Estos capilares quedan incluidos en la masa tumoral.

SINTOMATOLOGIA.— Es un tumor central del tamaño de una nuez rodeado por una cápsula fibrosa.

HISTOPATOGENIA.— Se observa una masa tumoral del epitelio de una estructura plexiforme, con unos cordones rodeados de vasos sanguíneos de paredes endoteliales bien desarrollados que se encuentran muy llenos de sangre.

NEURINOMA AMELOBLASTICO

Es un tumor odontógeno de tipo mixto que está formado principalmente de neurinoma y ameloblastoma

PATOGENIA.— En este tumor encontramos la asociación de un ameloblastoma de origen epitelial ectodérmico con una neurona.

SINTOMATOLOGIA.— Generalmente se presenta en pacientes jóvenes, con mayor frecuencia en el maxilar inferior que en el maxilar superior y en la región molar. El Neurinoma Ameloblastico no se encuentra adherido al diente.

HISTOLOGIA.— Este tumor está formado por lóbulos irregulares, grandes y pequeños, son derivaciones de las células epiteliales que tienden a formarse en columnas en la periferia con una inclinación de agruparse en palisados. En el centro del tumor las células son estrelladas, se abren en forma de huso y se encuentran rodeadas por tejido conectivo denso.

ODONTOMA AMELOBLASTICO, ODONTOBLASTOMA

Tumor Odontógeno calcificante que se caracteriza por la proliferación neoplástica del epitelio, invade el maxilar y lo dilata, las células mesenquimales y epiteliales se diferencian depositando sustancia intercelular.

PATOGENIA.—Tumor odontógeno formado del epitelio odontógeno, que forma esmalte, dentina y cemento.

SINTOMATOLOGIA — En su período inicial el tumor es maligno localmente.

HISTOLOGIA.— Compuesto por tejido epitelial odontogéno y mesenquimal, produce masas calcificantes y en la periferia se encuentra una red plexiforme con células periféricas, cilíndricas y cuboides, la estructura de las masas calcificadas se observan como dientes rudimentarios o tejido dentario.

ODONTOMA

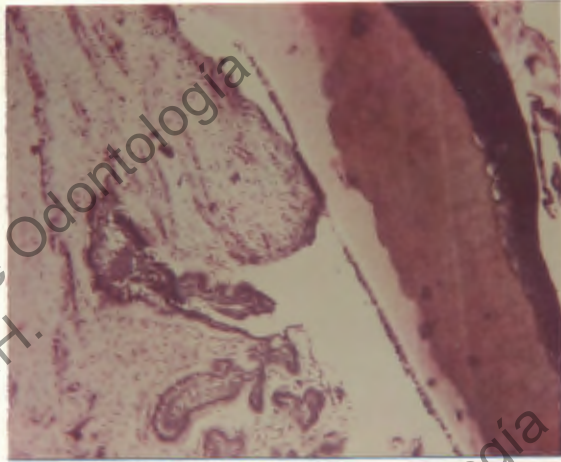
Es el tumor que proviene de los tejidos que participan en la formación de los dientes.

Son tumores especiales dentro de los tumores odontógenos, ya que son un producto final de los procesos patológicos Odontógenos.

Neoplasia benigna consistente en estructuras calcificadas y dentales como la dentina, pulpa, cemento y esmalte, pueden ser blandos y duros.

SINTOMATOLOGIA.—Según el período odontogénico y diferenciación celular en que comienza la formación del tumor, el Odontoblastoma es la primera fase de una distribución de los tejidos de forma anormal, cuando cesa la actividad del desarrollo de las células se convierten en estructuras calcificadas, con una capa fibrosa alrededor de la masa que proviene del tejido blando.

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



Odontoameloblastoma X 50



Odontoma

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

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

Tienden a presentarse en una zona donde hayan ocurrido trastornos del desarrollo dentario y falta algún diente, pueden impedir la erupción de los dientes adyacentes, suelen ser asimétricos y por lo regular pasan inadvertidos por mucho tiempo, se descubren al efectuar la radiografía. Si comprimen un nervio causan dolor.

Se localizan en la región molar superior e inferior, a nivel del canino cuando es superior y en la tercera molar cuando es inferior, en donde no se forma la pieza dentaria normal, estos datos son importantes, ya que los Odontomas se forman de un diente definitivo y no lo incorporan como los demás tumores benignos centrales; se presentan con mayor frecuencia en la mandíbula, siempre se origina en la infancia, pero se descubren en la edad adulta; no se manifiestan en la mayor parte de los casos, suele ocurrir que la capa envolvente se infecta causando dolor, trismus, cafaléas y supuración.

A la palpación el proceso da una franca sensación de dureza, en la inspección clínica se percibe el aumento de tamaño en la tabla vestibular, hay persistencia de un diente temporal en la arcada.

Los ganglios permanecen indemnes y solamente en casos que se encuentre infectado el Odontoma pueden estar duros y dolorosos al tacto. Generalmente se manifiestan como lesiones centrales aisladas, como una área bien limitada de consistencia dura, según ésta se clasifican en duros y blandos, los duros son los Odontomas de tejidos calcificados, los blandos son de tejidos no calcificados.

PATOGENIA.— Proliferación neoplástica de las células odontógenas del germen dentario, las células epiteliales y mesenquimales se diferencian en ameloblastoma y odontoblastoma, sin llegar a una organización normal y la sustancia se distribuye anormalmente. La teoría de los "Restos Epiteliales de Malassez" es la más aceptada.

En la estructura o formación de los tejidos dentarios sujetos a reacciones, se nos da la clasificación siguiente:

- Odontoma Germinado
- Odontoma Compuesto
- Odontoma Complejo
- Odontoma Dilatado
- Odontoma Quístico

EL ODONTOMA GERMINADO se puede presentar individual en cualquier maxilar y siempre va acompañado de la retención de una pieza dentaria, su estructura es semejante a la de la germinación dentaria.

PATOGENIA.— Es resultante de los tejidos del órgano del esmalte formado por dos órganos, los cuales se pueden encontrar parcial o totalmente unidos, sin llegar a la morfología del diente.

HISTOLOGIA.— El tejido se deriva del órgano del esmalte y éste activa la formación de dentina y cemento; también puede haber hueso.

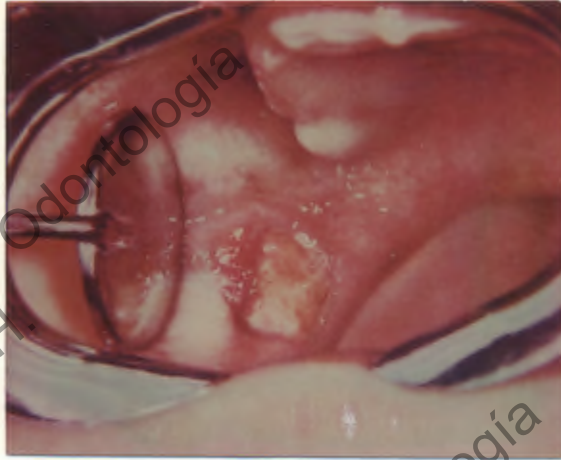
Hay una notable distrofia en el tejido, particularmente en la dentina y el cemento, esto es frecuente en los pequeños Odontomas.

SINTOMATOLOGIA.— Producen dilatación del hueso, asimetría en la cara, pueden ser atacados por la caries provocando neuralgia dental. Se presentan con mayor frecuencia en los incisivos laterales.

En los estudios radiográficos se observa como un diente fusionado.

ODONTOMA COMPUESTO — Es un tumor calcificado y capsulado, difiere del tipo Complejo porque los tejidos dentarios están dispuestos de manera que forman pequeñas réplicas de dientes llamados denticulos, varían en tamaño y número y no siempre incluyen todos los tejidos dentarios. Son un conjunto de dientes o denticulos de diversas formas y disposiciones, encerrados en una cápsula fibrosa que los separa del hueso.

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



Odontoma compuesto



Odontoma compuesto

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.



*Dientes o denticulos integrantes de
un Odontoma Compuesto*

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

SINTOMATOLOGIA.— Los dientes o dentículos son sumamente numerosos, en ocasiones llegan a cientos, se han citado casos en que son más de 200 dientes, como el caso de Hilderbrand. Los autores Bland-Sutton observaron una bolsa fibrosa conteniendo 300 partículas calcificadas.

Los dientes se pueden encontrar ya formados parcial o totalmente.

PATOGENIA.— Cuando el epitelio del órgano del esmalte se fragmenta en muchos gérmenes pequeños, unidos por el tejido conectivo fibroso, cemento y hueso. En ocasiones participan varios gérmenes dentarios vecinos a la neoformación produciendo dientes normales y gran número de dientes deformados.

HISTOLOGIA.— El Odontoma Compuesto contiene muchos dientes unidos entre sí por tejido conectivo fibroso, mismo que sujeta el tumor en el hueso y le forma una membrana periodontal.

El examen radiográfico es importante y nos permite observar una masa radiopaca densa de tamaño variable y forma diversa, la masa radiopaca muestra la presencia de múltiples y numerosas formaciones radiopacas individuales y en posición desordenada con zonas claras entre ellas, la densidad de los dentículos es parecida a la de los tejidos dentarios normales o maduros, las estructuras anatómicas son las de los dientes, los dientes afectados son de tamaño pequeño y deformados, las raíces son muy cortas y encorvadas.

ODONTOMA COMPLEJO.— Tumor formado por tejidos embrionarios dentarios irregulares, provenientes de un desarrollo patológico del germe dentario que contiene dentina, esmalte y cemento, la dentina es el tejido predominante, todas estas estructuras se encuentran rodeadas por una capa de tejido conjuntivo epitelial.

PATOGENIA.— Tumor constituido por todos los elementos embrionarios del germen dental en desarrollo (pulpa, dentina, cemento y esmalte). Neoplástico o de un brote supernumerario con una organización mínima, originado por diferentes etapas del desarrollo, con una estructura sin semejanza a la de los dientes.

SINTOMATOLOGIA.— Es una masa sólida de contorno redondeado, irregular y de tamaño variable, en la cual puede haber diferentes estructuras anormales del diente. Suelen encontrarse dientes retenidos y el tumor se manifiesta con mayor frecuencia en la región del tercer molar del maxilar inferior.

HISTOLOGIA.— Consiste en una masa con una mayor parte de tejidos dentarios calcificados y distribuidos al azar, no guardan semejanza con la forma de un diente y están rodeados de una capa o cápsula fibrosa.

RADIOGRAFICAMENTE, el tumor muestra una imagen radiopaca heterogénea de la misma densidad de los tejidos dentarios calcificados sin zonas claras en su interior, rodeadas de una bolsa peritumoral, cuando hay infección de la bolsa la capa adquiere un mayor espesor y se separa por completo del hueso adyacente.

En su diferenciación radiográfica suele encontrarse rodeando la corona de un diente bien desarrollado, no erupcionado y da un aspecto calcificado, en ocasiones este diente se encuentra incluido en la masa tumoral.

Muestra cierta semejanza a la Displasia Fibrosa, al Osteoma y al Fibroma Osificante.

ODONTOMA DILATADO.— Tumor especial del desarrollo dentario, que ocasiona la invaginación del epitelio en formación hacia el interior del cuerpo de un diente, antes de que se produzca la calcificación.

Este Odontoma tiene la característica de un diente que ha aumentado de tamaño y volumen, se puede encontrar en la corona o en la raíz.

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



Odontoma Dilatado

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

PATOGENIA.— Se forma en la parte interior de un diente durante su desarrollo, y está caracterizado porque se origina de un folículo dentario o dentículo contenido dentro de un diente, "DENS IN DENTE".

El tejido se deriva del órgano del esmalte que forma una invaginación en el diente, el tejido del esmalte provoca la formación de dentina en la pared externa que hace presión sobre la pared del diente incalcificado, el crecimiento cesa casualmente, pero la formación de cemento o hueso continúa hasta transformar el tejido conectivo.

SINTOMATOLOGIA.— Tumor benigno muy raro, en el cual la parte de la raíz de un diente muestra notablemente un agrandamiento.

Rushton clasificó en cinco grupos los casos que se han presentado.

1.— Dientes que no son de tipo molar, como una invaginación de la corona de un diente.

2.— Invaginación compuesta por un quiste semejante.

3.— Invaginación por la corona de un diente semejante que ha salido a un lado de la papila dentaria.

4.— Invaginación oclusal en un molar.

5.— Expansión que parece iniciarse en la vaina de Hertwig. Cuando hay comunicación entre el saco y la cavidad oral, la acumulación del líquidos y residuos suelen predisponer a la infección del diente y por lo tanto hay degeneración de la pulpa seguida de lesiones periapicales.

Se manifiesta más frecuente en el incisivo lateral, esta anomalía puede ser bilateral y también se presenta en piezas temporales.

En el estudio radiográfico se observan "finas líneas de esmalte" en el interior de la corona y en la región cervical, no produce distorción de forma.

ODONTOMA QUISTICO.

Son Tumores Odontógenos que se encuentran en un quiste dentario.

PATOGENIA.— Se producen cuando hay una proliferación de células Odontógenas y a la vez hay formación de quistes foliculares. El Odontoma que comúnmente está capsulado por tejido fibroso contenido en la pared o en el quiste.

SINTOMATOLOGIA.— Crecimiento lento, causa expansión de hueso, contiene líquido como todos los quistes Odontógenos, se puede transformar en un Ameloblasto Odontoma.

HISTOLOGIA.— Se extiende un conjunto de dientes de la pared quística o de la membrana del quiste.

RADIOGRAFICAMENTE.— Se ve dentro de una zona radiotransparente limitada y se extiende por encima rodeando la corona del diente permanente, como un quiste continuando en su interior, una sombra con todas las características radiográficas de la estructura dentaria.

En lo que se puede dudar es en el tipo de tumor, pero la radio-imagen sin zonas claras y oscuras o la imagen con los denticulos perfectamente visibles nos dan el diagnóstico.

Para diagnosticar cada una de las variedades de los Odontomas, los datos clínicos y sobre todo las radiografías nos ayudan a precisar cada caso de diagnóstico.

El tratamiento de los Odontomas, que son tumores benignos, es la extirpación quirúrgica conservadora, empleando siempre la incisión del tumor, la enucleación del tumor está indicada en los Odontomas pequeños.

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



Odontoma Quístico

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

SARCOMA AMELOBLASTICO

Entre los tumores Odontógenos de origen Mixto encontramos al Sarco Ameloblástico, es un tumor maligno. que se debe a las alteraciones sarcomatosas sufridas especialmente en el mesénquima, las cuales conservan su aspecto embrionario.

PATOGENIA. Tiene una semejanza a la patogenia del Fibroma Ameloblástico. Las células del mesénquima tienen un desarrollo con caracteres malignos, las epiteliales se derivan del órgano del esmalte o bien de los restos epiteliales que comúnmente se encuentran en el folículo dental y es menos abundante que el tejido mesenquimatoso.

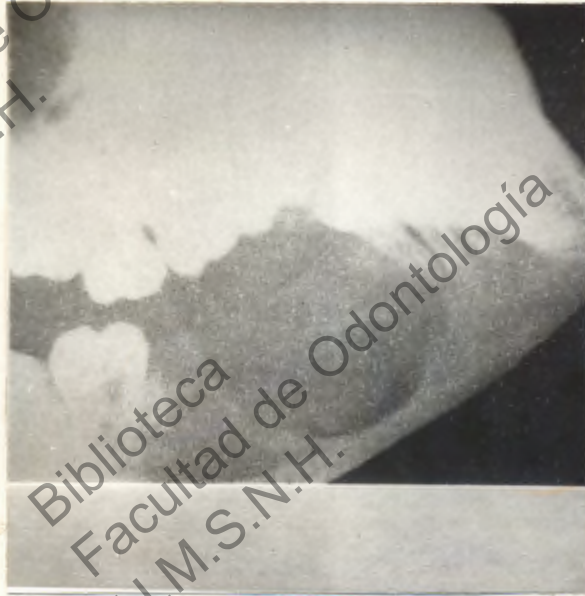
SINTOMATOLOGIA.— Hay gran destrucción del hueso en la implantación del tumor, presenta infiltración local y produce metástasis en diferentes zonas óseas.

Este Tumor se origina generalmente en la juventud y con mayor frecuencia en el maxilar superior.

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.



*Radiografía de un
Odontoameloblastosarcoma*

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

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

Después de la investigación que realicé por medio de las obras que cito en la bibliografía, bajo la dirección de mi asesor, tomando en cuenta los conocimientos que adquirí en mis estudios profesionales y una vez que elaboré esta Tesis, presento las conclusiones siguientes:

PRIMERA.— La etapa inicial de la Odontogénesis, consiste en la proliferación de la capa basal epitelial, de la cual se originan los órganos del esmalte; el mesodermo que queda incluido en la concavidad de la cara interna del órgano del esmalte forma la papila dental, la que da origen a la pulpa y dentina.

SEGUNDA.— La formación anormal de una yema dentaria o del órgano del esmalte dan origen a dientes supernumerarios o a quistes foliculares, respectivamente. En la actualidad podemos afirmar que los Tumores Odontógenos, se desarrollan desde el período de la formación dental, sin presentar signos o síntomas inmediatos.

TERCERA.— La vaina de Hertwig es la que da el contorno de la raíz de los dientes, tan luego como cumple su función se separa de la misma y se observa su desintegración; cuando persisten restos de dicha vaina son apreciados en la membrana periodontal, conocidos con el nombre de "Restos Epiteliales de Malassez", la proliferación de

estas células ocasionan los Quistes Radiculares y Tumores Odontógenos.

CUARTA.— En el período de la formación y erupción de los dientes, debe hacerse una minuciosa revisión, con el objeto de evitar el desarrollo de los Tumores Odontógenos y tratar las anomalías congénitas en los casos en que se presenten.

QUINTA.— Por el avance de las ciencias y las técnicas, el Odontólogo actualmente tiene un campo mayor de acción, ya que no ha de concretarse solamente a la extracción dentaria y aplicaciones de prótesis, sino que sus conocimientos deben ampliarse, a fin de poder diagnosticar los diferentes tumores que se presentan en la cavidad bucal, así como las enfermedades generales que en sus períodos iniciales se manifiestan en dicha cavidad, para prescribir un tratamiento adecuado dentro de la prevención y curación, o bien recomendar al paciente el profesional especializado en el tratamiento respectivo, con el objeto de que no pase inadvertida la lesión, porque de lo contrario traerá graves consecuencias.

Morelia, invierno de 1973

BIBLIOGRAFIA

CIRUGIA BUCAL con Patología, Clínica y Terapéutica.—
Dr. Guillermo A. Ries Centeno.
Séptima Edición. 1968. Librería "El Ateneo"
Editorial. Buenos Aires.

PATOLOGIA BUCAL.— Estudio Histológico, Radiográfico
y Clínico de las Enfermedades de los Dientes,
los Maxilares y la Boca.— Kurt H. Thoma.
Segunda Edición en Español. 1959. UTEHA.

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL.— Eduward V.
Zegarelli, Austin H. Kutscher y George A.
Hyman.
Salvat Editores, S.A., Barcelona. 1972.

ANATOMIA DENTAL.— Moses Diamond.—
Segunda Edición en Español. 1962. UTEHA.

EMBRIOLOGIA MEDICA.— Desarrollo Humano y Nor-
mal y Anormal.—
Dr. Jan Langman.
Segunda Edición. 1969. Editorial Interame-
ricana, S.A. México.

HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCAL.— Orban.
Revisión de Harry Sicher.
Editor La Prensa Médica Mexicana. 1969.
México.
Primera edición en español de la 6a. en inglés.

CONOCIMIENTOS DE PATOLOGIA MEDICO-QUIRURGICA DE LA BOCA Y SUS ANEXOS.— Dr. Fernando Quiroz G.
Universidad Nacional de México. 1937.
México, D.F.

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.— Dr. Gustavo O. Kruger.
Edición en Español. 1960. Editorial Interamericana, S.A. México.

TRATADO DE PATOLOGIA. — Dr. Stanley L. Roblins.
Tercera Edición. 1973. Editorial Interamericana, S. A. Mexico.

COLOR ATLAS OF ORAL PATHOLOGY.— R. W. Malone, B. W. Hogan, Robert A. Colby y C. W. Schntz.
Preparado y Auspiciado por la Escuela Naval Dental del Centro Nacional Naval Médico.
Edición de J. B. Lippincott Company. 1956.

DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE CIENCIAS MEDICAS.— Dr. José Ma. Mascaró y Porcar. Varios Colaboradores. Undécima Edición. 1974.
Salvat Editores, S.A. Barcelona.

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