

ARTICULOS DE INTERES

TUMORES ODONTOGENICOS BENIGNOS DE LOS HUESOS MAXILARES

Surco Luna Víctor Jezbít¹

RESUMEN

Todo tumor corresponde a una masa de tejido anormal que invade un determinado tejido, y que a su vez posee un ritmo de crecimiento autónomo, siendo capaz de ocasionar serios daños al individuo que lo porta si no es detectado a tiempo. Estas formaciones anormales de tejido, pueden llegar benignas o malignas en función al tipo de daño que producen localmente o a distancia.

De esta forma es que en los huesos maxilares se asientan una serie de tumores odontogénicos benignos originados a partir de los restos epiteliales de la vaina de Hertwing, del órgano del esmalte y restos de Serres, que quedaron libres durante el proceso de odontogénesis. La variedad existente de estos tumores permite su clasificación en función del origen embriológico, pudiendo ser, tumores del epitelio odontogénico con estroma fibroso, con ectomesénquima odontogénico o tumores propios del mesénquima. Las variaciones de igual forma dependerán de las características histopatológicas de los mismos.

PALABRAS CLAVE

Tumor. Tumor de maxilares.

INTRODUCCION

Un tumor es una masa de tejido anormal, con un crecimiento prácticamente autónomo que excede al de los tejidos normales; estas formaciones pueden clasificarse a su vez en dos grandes categorías que son los tumores benignos y los tumores malignos. La diferencia entre estos es, que los tumores benignos no se malignizan, siguen un ritmo de crecimiento lento, no invaden en forma local al tejido y no producen metástasis.¹

En los huesos maxilares se asientan frecuentemente los tumores odontogénicos benignos que son neoplasias exclusivas de esta región, motivo por el cual pueden tener el tejido similar al de la etapa de odontogénesis en la que se formaron.²

ORIGEN DE LOS TUMORES ODONTOGENICOS BENIGNOS

La odontogénesis se inicia durante la sexta semana de la vida intrauterina, con la formación de las primeras piezas dentarias a partir del epitelio oral, que cubre los procesos alveolares maxilar y mandibular mediante la invaginación del ectomesénquima que fija la ubicación de las piezas dentarias, además de estimular el crecimiento de la lámina dental así como del esmalte e inducir a los ameloblastos a la formación de esmalte por medio de la diferenciación de los odontoblastos y por último la de llegar a diferenciar las células mesenquimáticas en cementoblastos.

¹ Egresado Facultad de Odontología UMSA

Durante este proceso de formación dentaria suelen quedar remanentes de las siguientes estructuras:

- Restos de la lámina dental o restos de Serres.
- Restos del órgano del esmalte
- Restos de la vaina de Hertwing o restos de Malassez

Es a partir de estos restos de tejido que comienza la formación de masas tumorales en los maxilares.²

CLASIFICACION DE LOS TUMORES ODONTOGENICOS BENIGNOS

Los tumores odontogénicos benignos según su origen embriológico se clasifican en;

- Tumores del epitelio odontogénico, con estroma fibroso sin ectomesénquima odontogénico.
- Tumores del epitelio odontogénico con ectomesénquima odontogénico, con o sin formación de tejido duro.
- Tumores del mesénquima o del ectomesénquima odontogénico con o sin epitelio odontogénico.²⁻³

TUMORES DEL EPIHELIO ODONTOGENICO, CON ESTROMA FIBROSO SIN ECTOMESENQUIMA ODONTOGENICO

Estos tumores se encuentran constituidos exclusivamente por epitelio odontogénico, y son:

- a) **Ameloblastoma:** que es una neoplasia benigna del epitelio odontógeno, de crecimiento lento y de carácter agresivo; su patrón de crecimiento representa muchas de las estructuras y tejidos embrionarios que aparecen antes de la formación de tejido duro. Es capaz de causar grandes deformidades faciales y tiene una tasa de

recidiva alta si no es extirpado amplia y cuidadosamente. Las metástasis son muy raras y en la mayoría de los casos son provocadas por el cirujano al no remover completamente la masa de tejido anormal.

b) Tumor odontogénico escamoso (TOE).- es una

neoplasia benigna de baja frecuencia que se presenta más en el sexo masculino. Es de carácter intraóseo y suele tener su origen en el periodonto, por lo que se ubica entre las raíces de las piezas dentarias permanentes erupcionadas y produce movilidad en las piezas dentarias así como su apiñamiento, produciendo una leve expansión de tablas óseas con dolor espontaneo. La lesión presenta áreas radiolúcidas, uni o multiloculares, de aspecto triangular entre las raíces de las piezas dentarias adyacentes y no produce rizálisis. El tratamiento es de cirugía conservadora es electiva para evitar la pérdida de tejido de sostén de las piezas dentarias.

c) Tumor odontogénico epitelial calcificante (TOEC).- o tumor de

Pindborg. Es una lesión rara que ataca a ambos sexos y tiene un crecimiento lento, expansivo y agresivo localmente, ubicándose preferencialmente en la zona premolar y anterior del maxilar inferior, sin producir dolor. La imagen radiográfica muestra un área radiodensa mixta de bordes definidos. El tratamiento deberá ser quirúrgico mediante la extirpación del tumor con margen de seguridad.

TIPOS	HISTOPATOLOGIA	CUADRO CLINICO	IMAGENOLOGIA	TRATAMIENTO
Ameloblastoma sólido tipo multiquistico intraóseo o ameloblastoma común	Cuatro patrones de disposición: - <i>Folicular</i> : estroma amplio y fibroso. - <i>Plexiforme</i> : estroma mínimo. - <i>Acanomatoso</i> : de metaplasia escamosa con formaciones leves de queratina. - <i>Granular</i> : gránulos eosinófilos en las células del retículo estrellado. Común en pacientes jóvenes.	30-40 años Angulo y rama ascendente del maxilar inferior Produce movilidad y apiñamiento de las piezas dentarias cercanas a la lesión.	Área radiolúcida multilocular de límites corticalizados que tiene un aspecto de pompas de jabón. Algún grado de rizálisis y desplazamiento de las piezas dentarias	Hemi-maxilectomía parcial con margen de seguridad.
Ameloblastoma extraóseo tipo periférico	Disposición folicular o plexiforme, ambos se encuentran recubiertos por epitelio.	Región molar del maxilar inferior, encía zona desdentada en superficie papilar del molar próximo a la lesión; dolorosa a la palpación.	Erosión superficial del hueso que se encuentra en vecindad la lesión.	Quirúrgico, en dependencia del grado de la lesión se determinará la cantidad de hueso que deberá ser eliminado.
Ameloblastoma tipo unquistico	Rodeada por tejido conjuntivo fibroso revestido de epitelio que puede presentarse en forma lineal, luminal o intramural.	Crecimiento es de carácter lento y agresivo. 20 años de edad. Afecta zona molar y premolar del maxilar inferior. Asociado a piezas no erupcionadas Dolor a la palpación.	Lesión unquistica, incluida a una pieza dentaria. Rizálisis y desplazamiento de las piezas dentarias vecinas	En epitelio lineal o luminal, se procede al curetaje de la lesión. Cuando la disposición del epitelio es intramural el tratamiento es hemi resección de hueso con margen de seguridad. ²⁻³⁻⁴

Fuente: Elaboración propia

d) Tumor odontogénico queratoquistico.- este tumor es de alta recurrencia y puede aparecer a cualquier edad en cualquier sexo, existiendo tres variedades: solitario, múltiple y múltiple asociado al síndrome de Gorlin Goltz. Se localiza en el maxilar inferior y es asintomático, y llamativamente mientras mayor sea su volumen existirá fractura de tablas óseas con su posterior exteriorización.

Radiográficamente, presenta una imagen radiolúcida uni o multilocular, solitaria o múltiple, de bordes irregulares que en raras ocasiones produce rizálisis como también la expansión de tablas óseas.

El tratamiento es quirúrgico, con hemi-maxilectomía parcial con margen de seguridad.

a) Tumor odontogénico adenomatoide (TOA).- que afecta con mayor incidencia al sexo femenino y se localiza en el

maxilar superior. Existen tres variedades de este tumor: tumor odontogénico adenomatoide de tipo folicular, odontogénico adenomatoide del tipo extrafolicular y el tumor odontogénico adenomatoide del tipo periférico. Puede asociarse a piezas dentarias permanentes retenidas como el canino superior cuando la lesión es del tipo periférico se presenta como un fibroma o épulis de encía.

La imagen radiográfica mostrará un área radiolúcida unilocular. El tratamiento es quirúrgico con margen de seguridad para la extirpación del tumor, de ser necesario se retirará la pieza dentaria retenida.²⁻⁴

Fuente: Elaboración propia

TUMORES DEL EPITELIO ODONTOGÉNICO CON ECTOMESÉNQUIMA ODONTOGÉNICO, CON O SIN FORMACIÓN DE TEJIDO DURO

Donde se puede mencionar a:

Tipo	Histopatología	Cuadro Clínico	Radiografía	Tratamiento
Fibroma ameloblástico	Estroma semejante al de la papila dentaria; no presenta áreas mineralizadas y en ocasiones puede llegar a tener formaciones escasas de dentina.	Afecta entre 1-20 años de edad. Localizado: ángulo de la mandíbula, en la zona de los molares y premolares del maxilar inferior. Con aumento considerable de volumen, indoloro y alteraciones de la erupción.	Área radiolúcida de límites definidos	Resección ósea
Fibroodontoma ameloblástico.-	Estroma como el del fibroma ameloblástico con áreas calcificadas de aspecto rudimentario.	Afecta a niños entre los 8 a 12 años de edad asintomático.	Área radiolúcida multilocular de límites netos	
Odontoma compuesto y odontoma complejo.-		Afecta entre 1-20 años de edad. Localizado: zona anterior del maxilar superior y zona posterior del maxilar inferior. Ambos pueden expandir las respectivas tablas óseas, rara vez llegan a erupcionar y ocasionan dolor espontáneo.	Múltiples masas radiopacas desorganizadas rodeadas por un halo radiolúcido.	
Odontoameloblastoma	Masa de esmalte y dentina con componente ameloblástico folicular o plexiforme.	Afecta entre 1-20 años de edad. Zona posterior del maxilar inferior y es muy dolorosa a la palpación.	Área densamente radiopaca, esta se encuentra rodeada de un componente radiolúcido uni o multilocular	
Tumor odontogénico quístico calcificante (TOQC) o quiste de Gorlin o quiste odontogénico calcificante		Afecta entre 20 y 30 años de edad maxilares, de preferencia en la región anterior, presenta un aumento de volumen recubierto por encía normal, es de crecimiento lento	Imagen unilocular radiolúcida intraósea, de límites netos, puede llegar a provocar rizálisis.	quirúrgico y requiere la resección de hueso con margen de seguridad ³⁻⁴⁻⁵

TUMORES DEL MESENQUIMA O DEL ECTOMESENQUIMA ODONTOGENICO CON O SIN EPITELIO ODONTOGENICO

Fibroma odontogénico.- Es una neoplasia benigna poco frecuente pero presenta una considerable agresividad local, que se sitúa en la zona anterior del maxilar superior donde existe crepitación de las tablas óseas a la palpación y el dolor es espontaneo. Presenta fibroblastos separados por colágeno con cordones o islotes de epitelio odontogénico inactivo con células cuboidales columnares sin epitelio estrellado. Radiográficamente presenta un área radiolúcida, unilocular de límites definidos, que en raras ocasiones es de aspecto multilocular, se evidencia también la rizálisis de las piezas dentarias vecinas a la lesión y existe expansión de tablas óseas.

Mixoma odontogénico.-; Este tumor es muy agresivo localmente y se presenta con mayor frecuencia entre la segunda y tercera década de vida tanto en varones como en mujeres, mostrando predilección por el maxilar inferior en cualquiera de las zonas.

Radiográficamente, presenta un área radiolúcida única o múltiple de bordes irregulares que desplaza y provoca rizálisis a las piezas próximas a la lesión, además de imágenes “*en pompas de jabón*” similar a las del ameloblastoma clásico o común.

El tratamiento es quirúrgico e implica la resección de hueso con margen de seguridad y requiere en la mayoría de los casos placas de titanio para evitar la fractura post operatoria.

Cementoblastoma.- neoplasia benigna que es equivalente al osteoblastoma u osteoma osteoide y que puede llegar a aparecer en la segunda década de vida ,

afectando principalmente al sexo femenino. Se sitúa en el maxilar inferior a nivel de la zona molar, pudiendo presentarse tanto en dientes temporarios como permanentes. Radiográficamente presenta una imagen radiopaca redondeada en relación a la raíz de la pieza dentaria que puede presentar rizálisis y a su vez se encuentra fusionada con la masa de cemento que se encuentra rodeada por un halo radiolúcido.²⁻³⁻⁴⁻⁵

BIBLIOGRAFIA

1. Robbins y Cotran. Compendio de Patología estructural y funcional. Capítulo 7 Neoplasia. 7^{ma} Edición. Editorial Elsevier. 2007: 168-173.
2. Sapp P.. Patología Oral Y Maxilofacial Contemporánea. Capítulo 5. Tumores Odontógenos. 2^{da} edición. Editorial Elsevier 2006. 134-159.
3. Montilla O. Tratado de cirugía oral y maxilofacial – Introducción básica a la enseñanza. Capítulo 30 Tumores odontogénicos. 1^{ra} edición. Editorial Amolca. 2007: 636-661.
4. Ries Centeno G. A. Cirugía Bucal – Patología, clínica y terapéutica. Capítulo 27 Tumores de los maxilares de origen dentario – Tumores odontogénicos. 9^{na} edición. Editorial El Ateneo 1987: 567-612
5. Santana Julio. Atlas de patología del complejo bucal. Capítulo XIV Quistes y tumores odontogénicos de los maxilares y la mandíbula. 1^o Edición. Editorial Científico Técnica, La Habana. 1985. 244-255.
6. Lares H. Tumores odontogénicos – Reporte de tres casos y revisión de la literatura. URL disponible es: <http://www.scielo.org.ve/pdf/rvo/v21n3/art06.pdf> Fecha de acceso: 10 de Julio del 2013.
7. Pacheco C. G. Tratamiento conservador de los tumores benignos de los maxilares. URL

disponible en:
http://www.cop.org.pe/bib/tesis/GUS_TAVOPACHECOCAMA.pdf Accedido en fecha 10 de Julio del 2013.

8. Diccionario de Medicina Océano Mosby. 3^{ra} edición. Editorial Océano 2007:143, 747-748.