

Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen
Volume **44**

Número
Number **5**

Enero-Marzo
January-March **1999**

Artículo:

Tumores odontogénicos en Puebla

Derechos reservados, Copyright © 1999:
Asociación Dental Mexicana, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.medigraphic.com

Tumores odontogénicos en Puebla

José Mario Palma-Guzmán,*
Constantino Ledesma-Montes,*
Luis González-Salazar,*
Sebastián Figueroa-Morales*

* Departamento de Patología. Facultad de Estomatología. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Pue.
Laboratorio de Patología. Facultad de Odontología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, DF.
Unidad de Diagnóstico en Anatomía Patológica, Citología y Colposcopia. Puebla, Pue.

Resumen

Los tumores de origen odontogénico representan un conjunto de entidades patológicas exclusivas de los huesos de la región maxilomandibular. La importancia de su diagnóstico clínico, radiográfico y microscópico radica en las serias implicaciones de su tratamiento y pronóstico. Se presenta un estudio retrospectivo sobre estas entidades a partir del análisis de 2,859 biopsias vistas en una Unidad de Diagnóstico de la ciudad de Puebla, Pue. México. En el presente estudio, estas entidades representaron el 0.24%, siendo el ameloblastoma de tipo quístico la lesión más frecuentemente hallada y representó el 57.1% de los tumores odontogénicos estudiados. Se discuten los aspectos anatómicos, de tratamiento y pronóstico y se hace énfasis en la importancia del diagnóstico preciso para estas lesiones, ya que como se reporta en la literatura, este grupo de entidades tienden a producir una gran destrucción del hueso y presentan complicaciones importantes.

Palabras clave: Tumores odontogénicos.

Abstract

Odontogenic tumors are a group of lesions exclusively found in the maxillomandibular region. Accurate clinical, radiographic and microscopic diagnosis are very important since their treatment and prognosis have important clinical implications. It is presented a retrospective study based on 2,859 biopsies from a Diagnosis Unit in Puebla, Pue. Mexico. Odontogenic tumors represented 0.24% of the sample and cystic ameloblastoma was the most frequently found odontogenic tumour (57.1%). Clinical-radiographic and microscopic features, treatment and prognosis are discussed and the importance of the accurate diagnosis of ameloblastoma is pointed out.

Key words: Odontogenic tumors.

Introducción

Las neoplasias que derivan de los tejidos formadores de los órganos dentarios y sus estructuras remanentes, representan un grupo heterogéneo de entidades poco frecuentes que aparecen en los tejidos que forman la cavidad bucal y los huesos maxilomandibulares. Entre ellas existen tumores con bajo potencial de crecimiento (posiblemente hamartomas) pasando por neoplasias benignas de comportamiento agresivo, hasta neoplasias malignas. Debido a la diversidad de las entidades resultantes derivadas de cada uno de los tejidos dentarios y aquellas, que surgen de la interacción de varios de ellos, desde hace más de un siglo se han venido publicando diversos intentos de clasificación con fines de diagnóstico. La primera clasificación de tumores odontogénicos se le atribuye a

Broca.¹ Él les llamó «odontomas». Con el tiempo, surgieron nuevos conocimientos e ideas, así como nuevas series de casos publicados. Esto dio por resultado que por la experiencia acumulada, surgieran nuevas propuestas de clasificación, ampliación y reclasificación de este tipo de neoplasias. Es importante considerar las publicadas en 1888 en Inglaterra por BlandSutton;² Thoma y Goldman en 1946³ y Robinson en 1945⁴ en los EUA. Asimismo, Pindborg y Clausen de Dinamarca en 1958⁵ y finalmente la Organización Mundial de la Salud en 1971,⁶ presentaron una clasificación que fue modificada en 1992,⁷ y se está utilizando actualmente.

En 1964, Dodge⁸ informó que en la población ugandesa, de 117 neoplasias de los maxilares, 26 (22.2%) correspondieron a tumores odontogénicos (TO). Bhaskar⁹ realizó un amplio estudio basado en fuentes militares y civiles

que comprendió 20,575 especímenes de cavidad bucal y estructuras adyacentes encontrando que 429 correspondieron a TO (2.37%). Sin embargo, incluyó el tumor neuroectodérmico melanótico de la infancia y su concepto de fibroma odontogénico correspondió a lo que desde hace mucho tiempo se conoce como folículo dental hiperplásico. Él obtuvo un 22.8% de frecuencia de esta entidad. Otro reporte de una fuente coreana,¹⁰ informó 157 casos de tumores de los maxilares, de los que 20 (12.7%) fueron ameloblastomas. En este orden de ideas, Reddy¹¹ reportó que en la India encontraron 140 tumores de los maxilares, correspondiendo 85 casos (60.7%) a TO. Mosadomi informó que de 200 casos de neoplasias benignas y malignas en una población nigeriana, 29 (15%) fueron diagnosticados como TO.¹² Merece especial atención el estudio de Regezi y col.,¹³ pues es la serie más grande de estas entidades publicada hasta la fecha y reportaron 704 TO que representaron el 1.3% de las biopsias procesadas en 20 años. Este estudio incluyó entidades como el fibroma cementificante y la displasia periapical cementificante que son entidades hoy reconocidas dentro de las lesiones fibro-óseas.^{6,14} Wu y Chan¹⁵ realizaron una búsqueda de estos tumores en 204,583 especímenes de un hospital de Hong Kong, reportando que 912 casos fueron tumores y quistes de los maxilares. Ochenta y dos casos (9%) fueron TO. En 1990, Gunham y col.¹⁶ reportaron los resultados de un estudio retrospectivo multiinstitucional que comprendió 409 TO. Ellos incluyeron 39 casos de fibroma osificante y displasia periapical cementificante en su apartado de cementomas. Daley y col.¹⁷ reportaron una serie de 445 TO en 40,000 especímenes de biopsia de una población canadiense. Asimismo, Arotiba informó en 1995,¹⁸ que el 18.4% de los tumores orofaciales en niños nigerianos fueron TO.

En América Latina, a pesar de tener numerosas revistas especializadas en odontología, su circulación es básicamente local (en el país donde se editan) y los diferentes estudiosos de la patología bucal tienen grandes problemas para conocer los diferentes reportes que en ellas se publican.

Desafortunadamente, los criterios que se emplearon en los distintos reportes en el momento de su publicación, no son uniformes, la mayor parte de ellos incluye tumores que no se consideran como odontogénicos.^{8-12,15,16}

Solamente los reportes de Regezi y col., Gunham y col., Daley y col., y Mosqueda Taylor y col.^{13,16-19} son los de mayor confiabilidad, pues a pesar de las pequeñas fallas anteriormente mencionadas, están basados en datos tomados de casos que son realmente tumores de origen odontogénico.

En la República Mexicana son escasos los estudios clinicopatológicos sobre tumores odontogénicos, aparte del estudio de Mosqueda-Taylor y col.,¹⁹ solamente logramos localizar cuatro más que incluyen tumores odontogénicos dentro de su casuística.²⁰⁻²³

El objetivo de este estudio fue realizar una revisión de los archivos de un Servicio de Diagnóstico en Patología del Estado de Puebla y comparar los resultados con los previamente publicados por otros autores mexicanos y del extranjero.

Material y métodos

Se revisaron los archivos del Servicio de la Unidad de Diagnóstico en Anatomía Patológica, Citología y Colposcopia, localizado en la ciudad de Puebla, Pue. durante el periodo de 1997-1998. Se enlistaron todos aquellos casos con diagnóstico histopatológico de tumor odontogénico y se revisaron las laminillas teñidas con H y E, las que se reevaluaron al microscopio de acuerdo a los criterios de la nueva clasificación de tumores odontogénicos de Kramer y col.⁷ Los datos clínicos recopilados de las solicitudes de diagnóstico fueron: clave de la biopsia, nombre del paciente, edad, sexo, localización, tamaño, tiempo aproximado de evolución, hallazgos clínicos, características radiográficas, recurrencia, diagnóstico clínico y diagnóstico microscópico definitivo.

Resultados

Durante el periodo analizado, se procesaron 2859 biopsias, de ellas, siete correspondieron a TO (0.24%). Los principales datos clínicos se resumen en el *cuadro I*.

Se observó que la mayor parte de los casos analizados fueron ameloblastomas (4 casos; 57.1%). De ellos, el 75% fueron ameloblastomas quísticos y solamente uno fue del tipo sólido (14.3%). Característicamente, se reconocieron un caso de quiste odontogénico calcificante, uno de tumor odontogénico epitelial calcificante y un cemento-blastoma (12.5% respectivamente).

La edad de los pacientes varió entre los 5 y los 49 años con un promedio de 26 años. Los pacientes fueron 4 del sexo femenino (57.1%), 2 masculinos (42.9%) y en otro se desconoció este dato. Los tumores se localizaron en la mandíbula en cinco casos (71.4%) y solamente dos tumores fueron maxilares (28.6%). El tamaño varió entre 2 y 7 cm con un promedio de 4 cm. Con excepción del cemento-blastoma, todas las lesiones fueron radiolúcidas, la mayor parte fueron uniloculares. Clínicamente 3 de los tumores presentaron aumento de volumen y dos de ellos fueron tratados originalmente como procesos infecciosos. Con excepción del caso No. 4, en todos los demás tumores se realizó enucleación quirúrgica de la lesión y solamente uno de ellos recidivó un año después de la enucleación (el QOC).

Los ameloblastomas fueron los TO más comunes y representaron el 57.1% de la muestra. No se observó predominio por ningún sexo. El promedio de edad fue de 26

Cuadro I. Características clínicas de los casos reportados.

Caso	Edad años	Sexo	Sitio	Tamaño	Duración	Rx	Recurrencia	Dx. Clin.	Dx. Final
1	5	Fem	51-64	5 cm		RL-UL-EC	Sí	Absceso, Q. dentígero	QOC
2	17	Fem	31-Rama	7 cm	20	RL-ML-RR-EC	No	Q. dentígero, Queratoquiste	Ameloblastoma quistico
3		Fem	8 Mand.	2 cm		RL-UL	No		Ameloblastoma quistico
4	42	Masc	44-45	3 cm	2 meses	RL-UL-EC	No	Infección	Ameloblastoma sólido
5	49	Fem.	11-27	6 cm		RL-ML-RR	No		TOEC
6	19	Masc	37-Rama	4.5 cm	3 meses	RL-ML	No	S/D	Ameloblastoma quistico
7			46	3.5 cm		RO-UL-EC	No	Cementoblastoma.	Cementoblastoma

Claves: RL = Radiolúcido; RO = Radioopaco; UL = Unilocular; ML = Multilocular; EC = Expansión de corticales; RR = Resorción radicular. QOC = Quiste Odontogénico Calcificante; TOEC; Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante. S/D Sin datos.

años. Característicamente, la mayor parte fueron del tipo quístico (75%). La edad promedio de los ameloblastomas quísticos fue de 18 años. Todos los ameloblastomas fueron mandibulares ocurriendo preferencia por la zona de molares-rama mandibular (75%). El promedio de tamaño fue de 4.1 cm. Ninguno recurrió después de hasta tres años de seguimiento. Todos fueron lesiones radiolúcidas, el 50% fueron lesiones uniloculares, solamente en dos casos se observó resorción radicular y uno presentó divergencia de raíces.

Discusión

Las neoplasias de origen odontogénico son aquellas que derivan de los tejidos formadores de los órganos dentarios o de sus remanentes embriológicos y solamente se encuentran en las zonas donde se forman estos órganos.

La frecuencia de los TO en las diferentes series publicadas hasta la fecha varía ampliamente dependiendo de la fuente analizada, el tipo de población, su nacionalidad, edad y el tipo de muestra que se tome.^{1-13,15-23}

En nuestra muestra encontramos que los siete TO encontrados significaron el 0.24% de todas las biopsias recibidas en el servicio durante el periodo analizado. Desafortunadamente, no podemos hacer comparaciones con otros reportes previamente publicados en virtud de que el tamaño de nuestra muestra es muy pequeño.

Durante nuestro estudio pudimos observar que aunque en nuestro caso la tasa de ameloblastomas (57.1%), fue muy alta en comparación con otras series de TO, encontramos que al igual que trabajos previos realizados en población latinoamericana y mexicana, nuestros resultados muestran que el ameloblastoma quístico forma

la mayor parte (75%) del total de ameloblastomas.^{24,25} Los resultados de este estudio concuerdan en que con respecto al ameloblastoma no existe predilección por el sexo, sin embargo, algunos autores refieren que puede predominar en alguno de los dos sexos.^{1-13,15-24}

Con respecto al promedio de edad, nuestros resultados solamente concuerdan con los previamente publicados sobre estudios con poblaciones mexicanas y latinoamericanas.^{24,25} El tamaño de nuestros tumores osciló entre 7 y 2 cm con un promedio de 4.1 cm, ello concuerda con estudios previos realizados en Cuba,²⁷ pero difiere de otros estudios latinoamericanos y mexicanos.^{24,25}

Con respecto a apariencia radiográfica y localización, no encontramos diferencias con los estudios publicados en otros países^{1-13,15-22} incluyendo América Latina.^{24,27}

Aunque nuestra muestra es pequeña, los resultados de este estudio confirman los estudios latinoamericanos previamente realizados,^{24,25} en relación a que nuestra población latinoamericana difiere con la de otros países, ya que el ameloblastoma quístico fue mucho más frecuente en nuestro estudio que en otras series reportadas previamente.^{1-13,15-22} Ello conlleva la necesidad de que se realice un diagnóstico cuidadoso de las neoplasias de la cavidad bucal, tanto por instituciones hospitalarias y en Servicios de Patología Bucal y Maxilofacial, poniendo mayor énfasis en las entidades de origen odontogénico y con mayor cuidado en los ameloblastomas, ya que el peligro de ofrecer un diagnóstico poco acertado se encuentra latente y la posibilidad de que el paciente sufra una serie de tratamientos radicales en gran parte de su macizo maxilofacial es posible. Esto es importante, ya que el diagnóstico del ameloblastoma quístico es el que ofrece mayores problemas en el momento del examen mi-

croscópico, pues con mucha frecuencia se le confunde con el quiste o el ameloblastoma, sólido, especialmente cuando la pieza quirúrgica, presenta un predominio de áreas quísticas.

Bibliografía

1. Broca P. Recherches sur un nouveau groupe de tumeurs désignées sous le nom d'odontomes. *Gaz Hebd Med Chir* 1868; 5: 19-21.
2. Bland-Sutton JB. Odontomes. *Trans Odont Soc Great Britain* 1888; 20: 32-87.
3. Thoma KH, Goldman HM. Odontogenic tumors. A classification based on observations of the epithelial-mesenchymal and mixed varieties. *Am J Pathol* 1946; 22: 433-71.
4. Robinson HGB. Classification of cysts of the jaws. *Am J Orthod Oral Surg* 1945; 31: 370-5.
5. Pindborg JJ, Clausen F. Classification of odontogenic tumors. A suggestion. *Acta Odontol Scand* 1958; 16: 293-301.
6. Pindborg JJ, Kramer IRH. Histological typing of odontogenic tumours, jaw cysts and allied lesions. *International Histological Classification of Tumours, (No. 5)*. Geneva: WHO 1971.
7. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. *Histological typing of odontogenic tumours*. 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag; 1992.
8. Dodge OG. Tumors of the jaw, odontogenic tissues and maxillary antrum (excluding Burkitt lymphoma) in Uganda Africans. *Cancer* 1965; 18: 205-15.
9. Bhaskar SN. Oral pathology in the dental office: survey of 20,575 biopsy specimens. *J Am Dent Assoc* 1968; 76: 761-6.
10. Chung DH, Kinnman JEG, Lee BC, Lee YT. Tumors of the jaws in Korea. Report of 157 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1969; 27: 716-28.
11. Reddy CRRM. Incidence of jaw tumors on the East Coast of South India. *Int Surg* 1974; 59: 400-1.
12. Mosadomi A. Odontogenic tumors in an African population. Analysis of twenty-nine cases seen over a 5-year period. *Oral Surg* 1975; 40: 502-21.
13. Regezi JA, Kerr DA, Courtney RM. Odontogenic tumors: analysis of 706 cases. *J Oral Surg* 1978; 36: 771-9.
14. Waldron CA. Fibro-osseous lesions of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg* 1993; 51: 828-35.
15. Wu PC, Chan KW. A survey of tumours of the jaw bones in Hong Kong Chinese: 1963-1982. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1985; 23: 92-102.
16. Günhan Ö, Erseven G, Ruacan S et al. Odontogenic tumours. A series of 409 cases. *Aust Dent J* 1990; 35: 518-22.
17. Daley TO, Wysocki GP, Pringle G. Relative incidence of odontogenic tumors, and oral jaw cysts in a Canadian population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 77: 276-80.
18. Arotiba GT. A study of orofacial tumors in Nigerian children. *J Oral Maxillofac Surg* 1996; 54: 34-8.
19. Mosqueda-Taylor A, Ledesma-Montes C, Caballero-Sandoval S, Portilla-Robertson J, Ruiz-Godoy LM, Meneses García. Odontogenic tumors in Mexico. A collaborative retrospective study of 349 casos. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84: 672-5.
20. Flores-Luna MG, Ovalle-Castro JW. Prevalencia de lesiones de cabeza y cuello en la Universidad Tecnológica de México (UNITEC). 1986-1988. *Práctica Odontológica* 1990; 11 (7): 19-27.
21. Ovalle-Castro JW, González-Reyes JC. Incidencia y prevalencia de tumores en cavidad oral de la zona del Bajío (90-92). *Revista ADM* 1994; 51: 133-8.
22. Molina-Moguel JL, Páez-Valencia C, Galindo MMS, Rivera GFJ. Estadística realizada en el CH «20 de Noviembre». Tumores y neoplasias. *Práctica Odontológica* 1984; 5 (9): 22-8.
23. Beltrán-Salinas B, Toránzo-Fernández JM, Falcón-Escobedo R, Reyes-Macías JF, Hernández-Rodríguez HG. Prevalencia de tumores odontogénicos en el Hospital Central de San Luis Potosí de 1952-1997. *Rev ADM* 1998; 55: 158-61.
24. Ledesma-Montes C, Garcés-Ortiz M, Ibarra-Villanueva A, Portilla-Robertson J, Hernández-Guerrero JC. Ameloblastoma in Latin-America. Analysis of 338 cases. *Medicina Oral (Aceptado)*.
25. Escobar-Hernández JC. Frecuencia de ameloblastoma en cuatro servicios de Patología del Distrito Federal. Tesis Profesional. *FO-UNAM* 1999.
26. Delgado-Fernández R, Pérez-Campa R, Vivino-González A, Ramos-Domínguez R, Varona-Green C. Ameloblastoma, Revisión de 36 casos. *Rev Cubana Estomatol* 1976; 13: 159-69.
27. Paredes-García JC, Vergara-Piedra L. Diagnóstico y tratamiento del ameloblastoma. *Rev Cubana Estomatol* 1989; 26: 325-30.

Reimpresos:
Dr. Constantino Ledesma-Montes.
Apartado Postal No. 86-194.
Agencia de Correos No. 86.
Col. Villa Coapa.
México, DF 14391.