



Figura 40. Niño. Radiografía retroalveolar. Zona de incisivo lateral izquierdo. Se aprecia retenido por tres dentículos sobreproyectados por su corona y circundados por un área radiolúcida. Raíz de incisivo curvada, terminando su formación radicular. Canino en mesioversión aparentemente impactado en el incisivo.

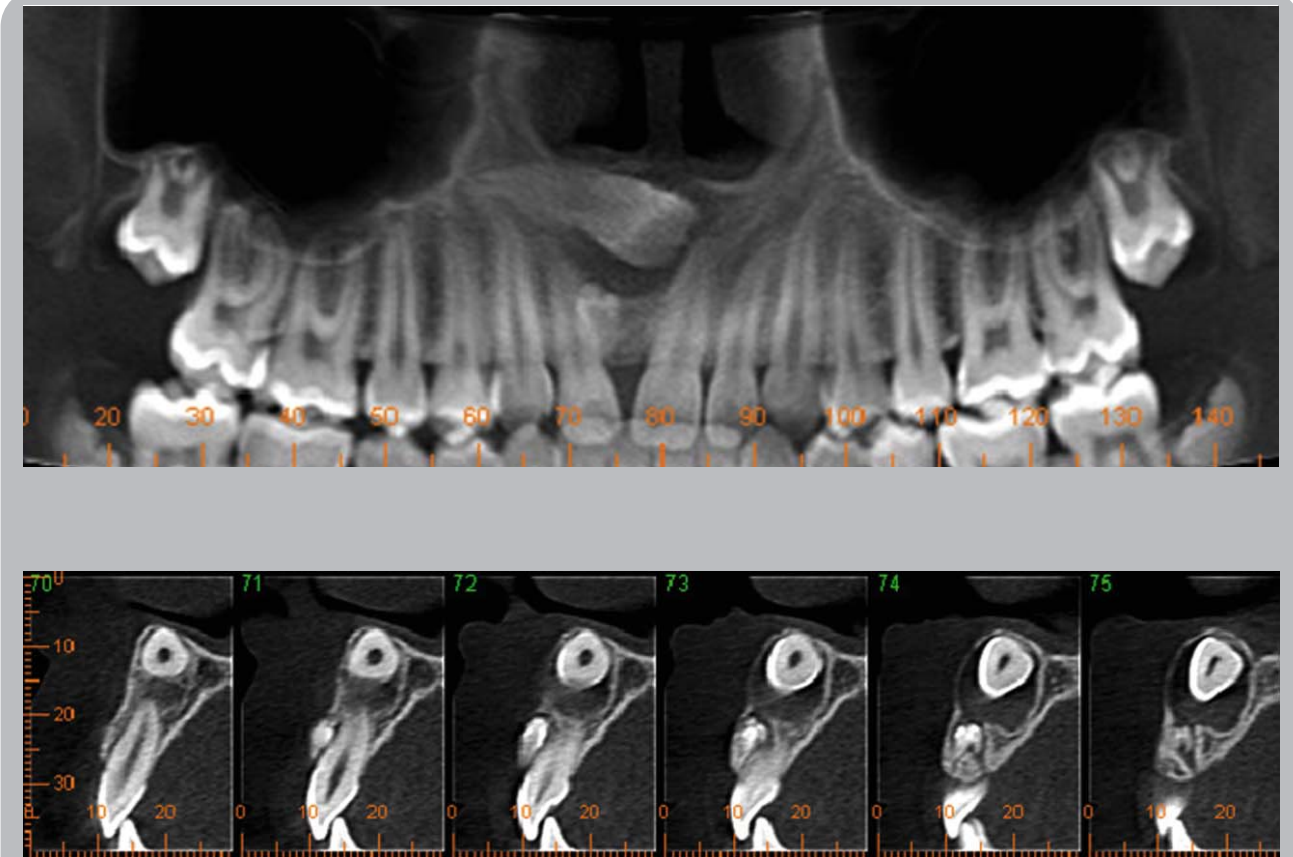


Figura 41. Hombre de 15 años. Estudio cone beam. Vista panorámica. Se nota incisivo central derecho incluído en mesioversión con su corona a nivel de línea media y en relación al piso de fosas nasales. Lecho pericoronario sugiriendo una hiperplasia del saco pericoronario. El incisivo lateral derecho desplazado en mesioversión. Dos dentículos ubicados a nivel de línea media en posición invertida y proyectados parcialmente con raíz del incisivo lateral. Cortes transversales muestran los dentículos en posición vestibular en relación a raíz del incisivo lateral. Se aprecia abombamiento de la tabla ósea vestibular a nivel de los dentículos. Posible rizálisis en superficie vestibular de la raíz del incisivo.

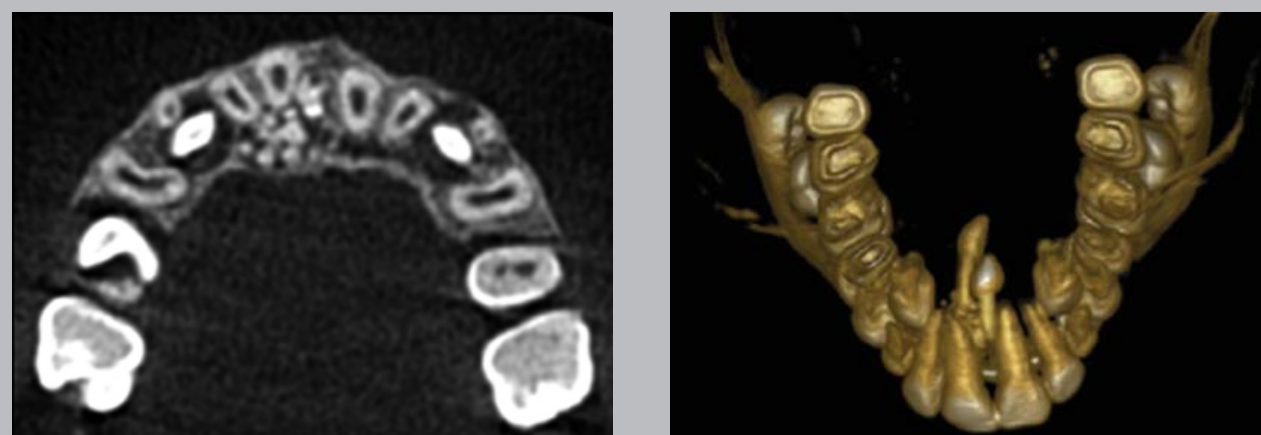
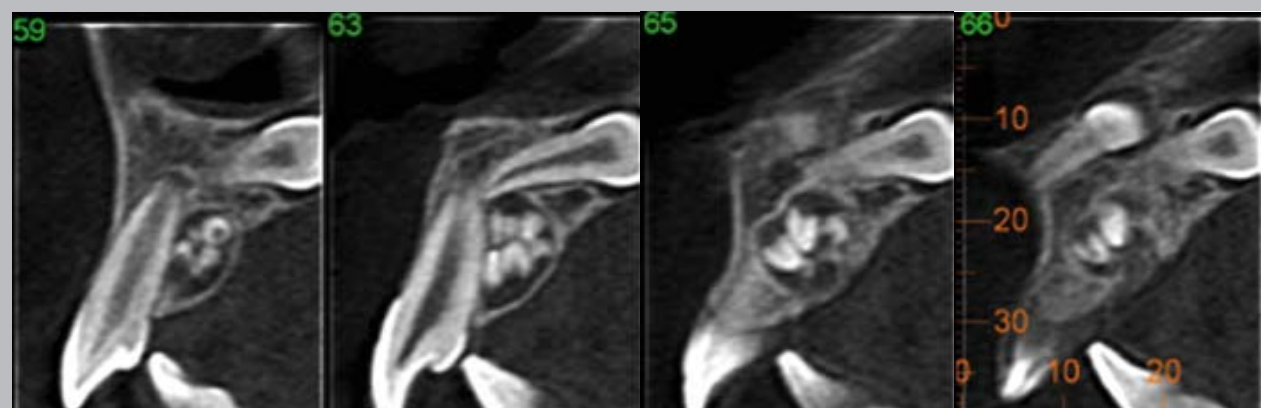
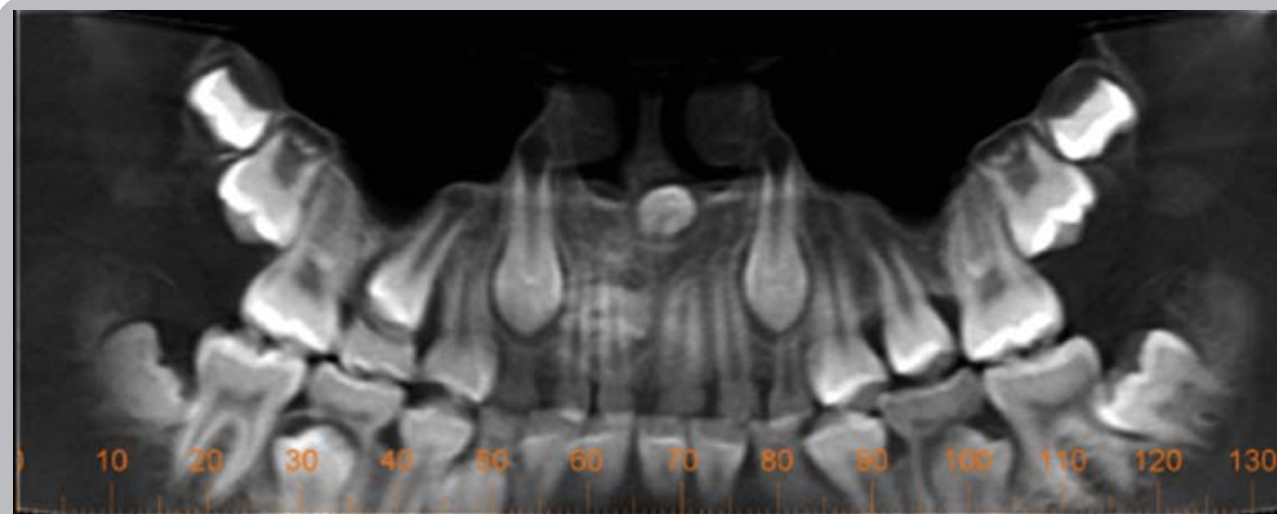


Figura 42. Niño de 12 años. Estudio cone beam. Vista panorámica. En zona anterior derecha se observan múltiples dentículos bien delimitados sobreproyectados con las raíces de los incisivos central y lateral derechos. Mesiodens incluido en posición ligeramente invertida a nivel de la espina nasal anterior. Corte transversal N.º 63 muestra los dentículos ubicados por palatino en relación a incisivos. Corte N.º 66 evidencia la presencia de otro supernumerario (mesiodens) en palatoversión, uno está ubicado a nivel de la espina nasal anterior y el segundo (no se observa en vista panorámica) con su corona en posición palatina. Se adjunta imagen volumétrica. (Gentileza Dra. Alessandrini)



Figura 43. Niño. Radiografía retroalveolar. Zona de incisivos lateral y central derechos. Se observa extensa área de densidad mixta proyectada con raíces de ambos incisivos. Múltiples dentículos de tamaño y forma irregular se encuentran dentro de esta área circundada por un halo radiolúcido delimitada por una cortical. No se aprecian rizálisis definidas en incisivos.



Figura 44. Niña. Radiografía retroalveolar. Zona canino derecho. Canino retenido con su corona proyectada a nivel de ápices de premolares. En zona de canino apreciamos múltiples dentículos de diferentes formas y tamaños, circundados por una banda radiolúcida delimitada por una cortical. No se distingue rizálisis definida en piezas vecinas.

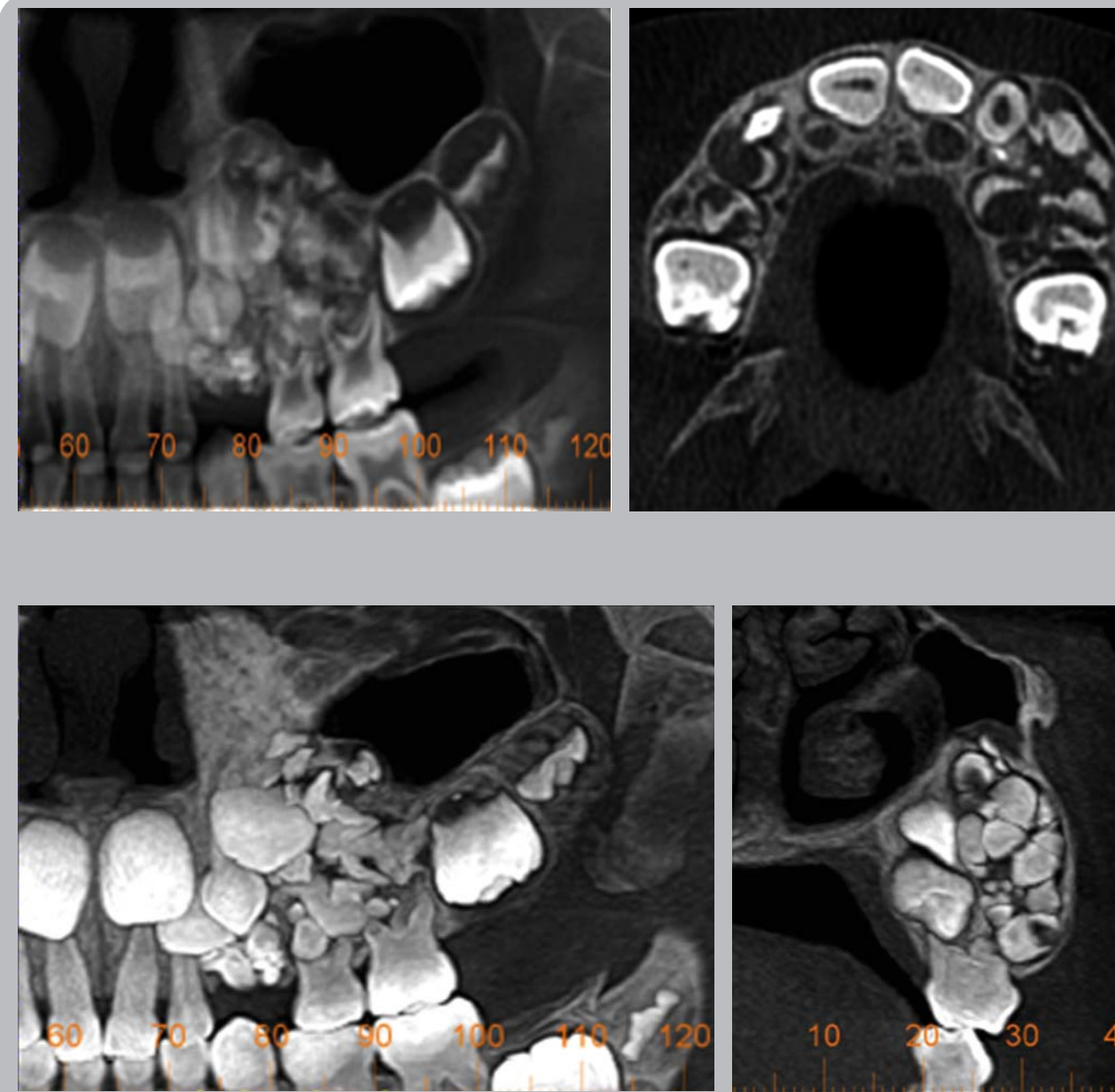


Figura 45. Niña de 4 años. Estudio cone beam. Presenta un aumento de volumen en zona de caninos y molares temporales. Vista panorámica hemimaxilar (convencional y con filtro MIP) en que se ven múltiples dentículos de forma y tamaños irregulares, ubicados entre los gérmenes del incisivo central y el primer molar izquierdo. Compromete desde la pared lateral de fosa nasal y piso de seno maxilar hasta el borde marginal. En corte transversal (filtro MIP) y axial observamos marcada expansión de la tabla ósea vestibular. (Gentileza Dr. Raffo)

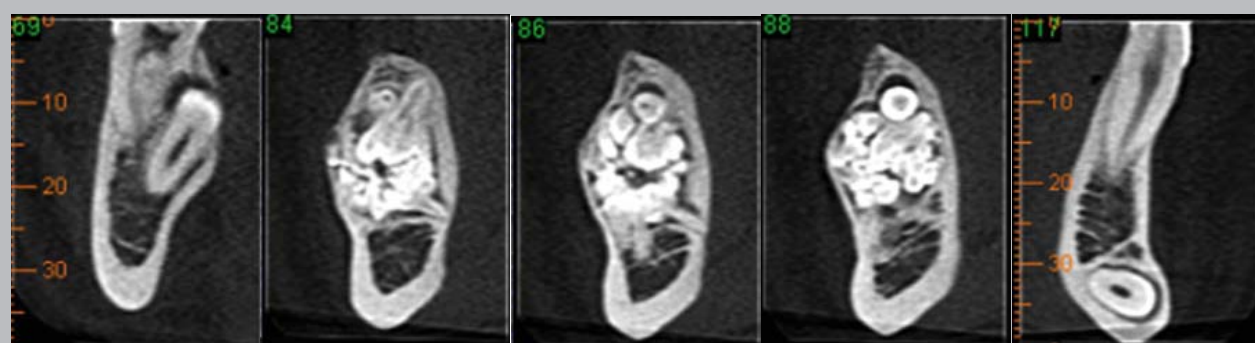
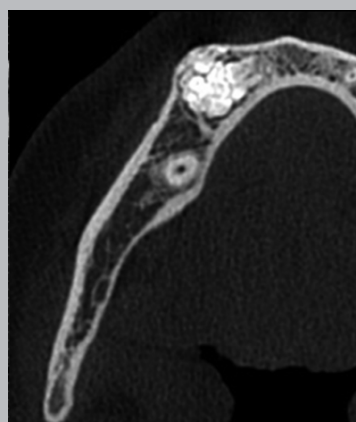
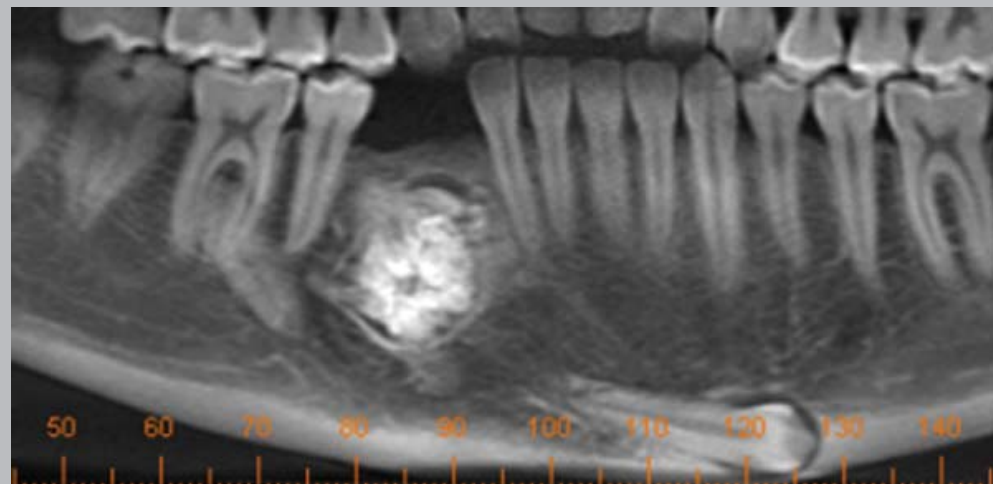


Figura 46. Joven de 15 años. Estudio cone beam. Vista panorámica zona canino y premolar inferior derecho. Se aprecia múltiples dentículos distribuidos, en forma anárquica, de forma y tamaño irregular, rodeado por una banda radiolúcida y una cortical. En cortes transversales y axial se nota expansión franca de la tabla ósea vestibular. En vista panorámica se observa el primer premolar en posición atípica por distal del odontoma a nivel del primer molar. En corte transversal N.º 69 se aprecia el premolar semiincluido en linguoversión. En vista panorámica se detecta, el canino derecho incluido en forma horizontal paralela al borde basilar a nivel de incisivo lateral derecho hasta el premolar izquierdo. En imagen volumétrica apreciamos el aumento de volumen producido por el odontoma y el canino derecho a nivel de borde basilar. (Gentileza Dr. Passalaqua)

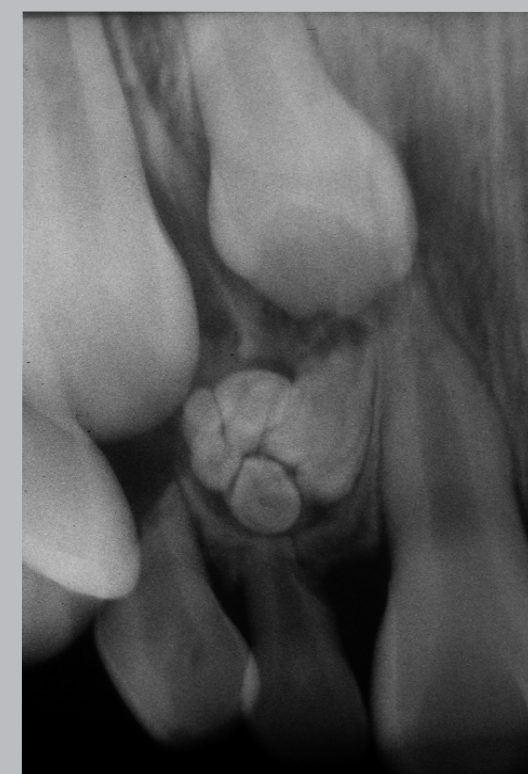


Figura 47. Radiografía retroalveolar. Odontoma compuesto en relación a canino y lateral.

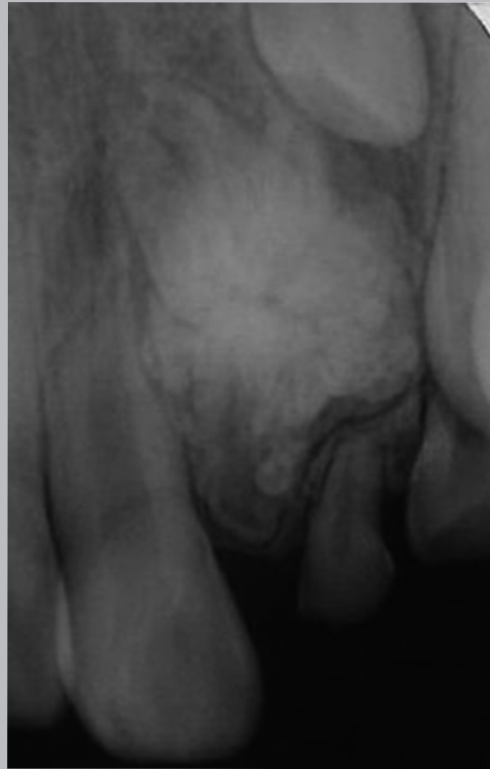


Figura 48. Radiografía retroalveolar de odontoma compuesto que impide la erupción de incisivo lateral.

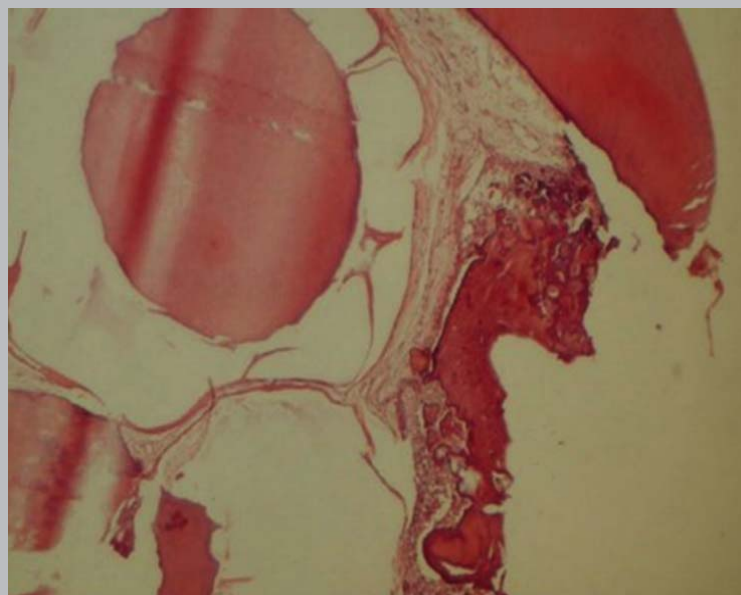


Figura 49. Imagen histopatológica de odontoma compuesto. Se observa tejido dentinario y espacio vacío donde había esmalte dentario (se pierde por proceso de descalcificación) con conjuntivo fibroso a su alrededor. Tinción van Gieson-Ponceau. Aumento original 60X.

ODONTOMA COMPLEJO

CLÍNICA

- Niños, primera y segunda década, más en hombres que mujeres.
- Localización de preferencia en zona posterior de maxilares (zona molares), puede producir aumento de volumen, e incluso ulcerarse.
- Se detecta como hallazgo radiográfico al investigarse ausencia de pieza dentaria.

RADIOLOGÍA (IMAGENOLÓGIA)

- Radiopacidad bien delimitada con densidad similar a tejido dentario desorganizado, formando formando una masa compacta.

- Muchas veces en relación a corona de molar incluido.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Odontoma compuesto
- Tumor odontogénico con calcificación tal como quiste odontogénico calcificante (éste presenta odontoma asociado hasta en un 20% de los casos).
- TOA y TOEC.

TRATAMIENTO

- Extirpación completa, buen plano de clivaje.



Figura 50. Adulto. Radiografía lateral. Zona de molares inferiores izquierdos. Tercer molar incluido. Su corona parcialmente proyectada con la raíz distal del segundo molar y ápices proyectados sobre la cortical basilar. Por sobre la corona se ve masa radiopaca de límites irregulares que se extiende hacia la rama ascendente, delimitada por una tenue banda radiolúcida corticalizada.

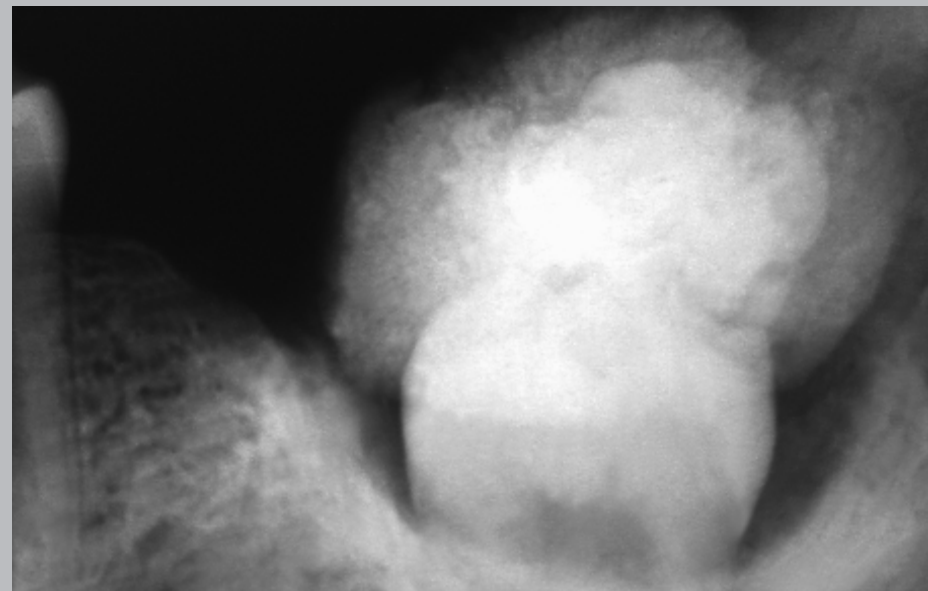


Figura 51. Adulto joven. Radiografía retroalveolar. Zona molares inferiores izquierdos. Se observa la corona del tercer molar semi incluido con su espacio pericoronario ensanchado. Por sobre la corona se nota masa radiopaca de forma irregular y densidad homogénea.

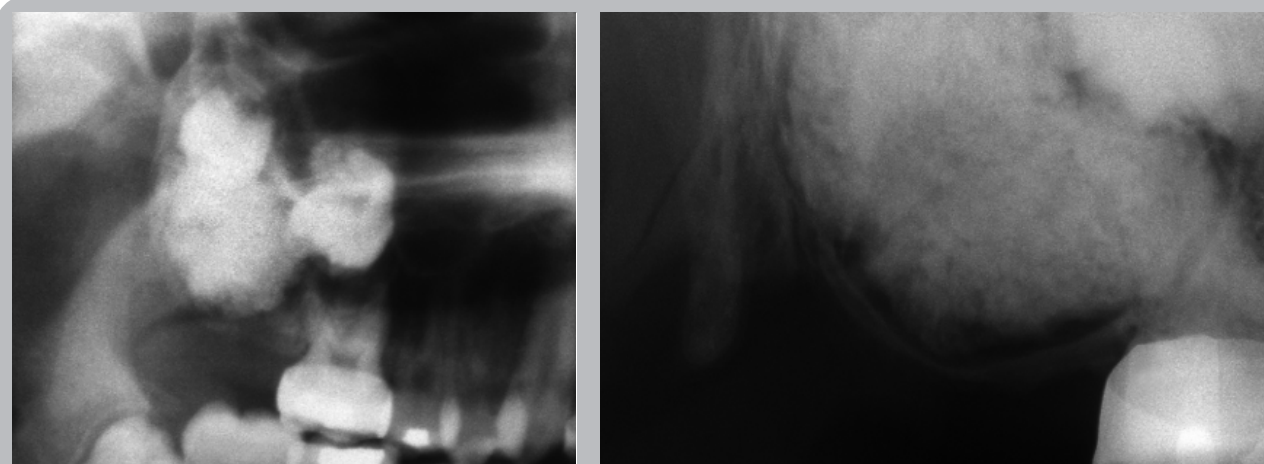


Figura 52. Joven. Radiografía panorámica y retroalveolar de zona de tuberosidad del maxilar derecho. Extensa masa radiopaca de límites irregulares delimitada por una banda radiolúcida corticalizada, que ocupa la tuberosidad produciendo abombamiento y adelgazamiento de sus corticales. La masa tumoral ha impedido la erupción del tercer y segundo molar.



Figura 53. Hombre de 23 años. Paciente acude con tumoración ulcerada en zona del tercer molar inferior derecho. Radiografía panorámica en que se aprecia extensa masa tumoral radiopaca de límites definidos y una banda radiolúcida que la circunda. La masa impide la correcta erupción del tercer molar, que presenta su lecho de saco pericoronario ensanchado.

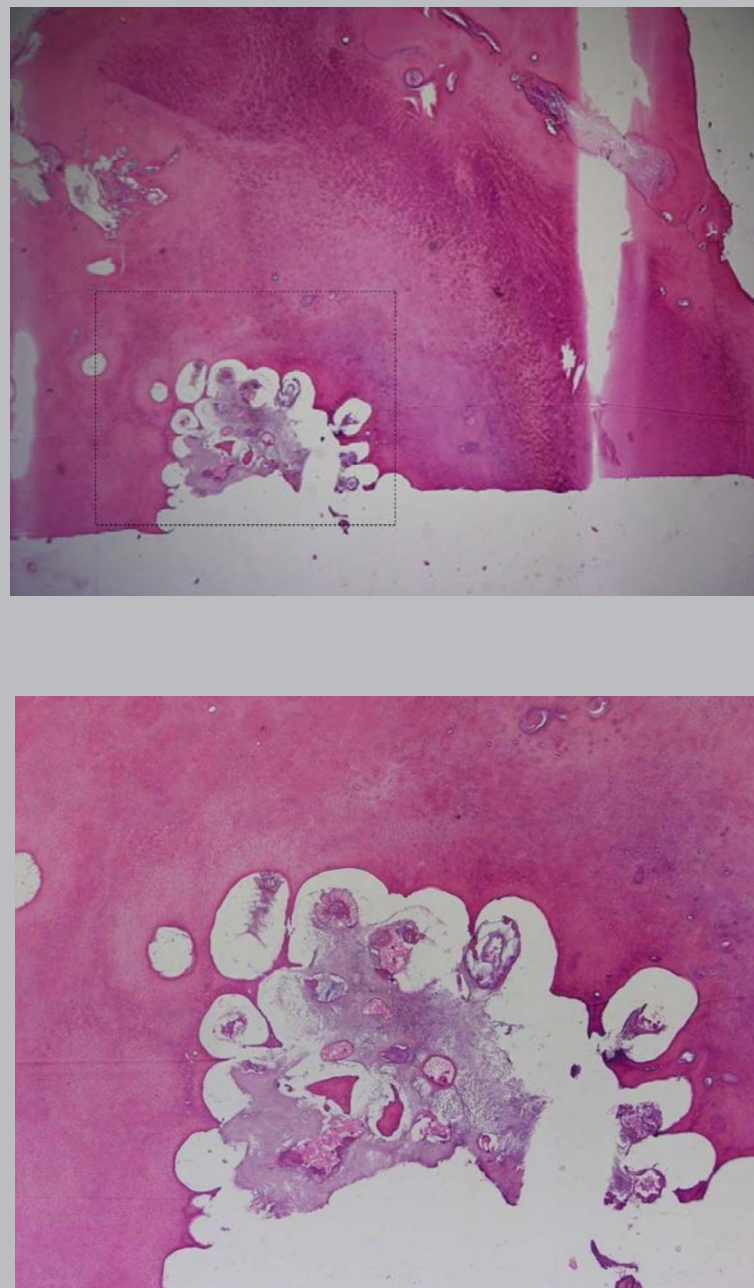


Figura 54. Masa de tejido dentinario con matriz de esmalte en espacios algo redondeados. (Abajo, recuadro con mayor aumento) Tinción H&E. Aumento original 120 y 600X.

FIBROMA ODONTOGÉNICO

CLÍNICA

- Niños o adultos, descrito desde personas de 4 a 80 años (edad media de 40 años).
- Prevalencia en mujeres.
- Un poco más común en mandíbula, zona molar-premolar.
- Mucosa sana, y aumento de volumen como en otros casos de tumores odontogénicos, poco específica.

RADIOLOGÍA

- Área radiolúcida, unilocular, pudiendo ser multiloculada, generalmente en el área del reborde o entre piezas dentarias.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Ameloblastoma.
- Quistes (residual, queratoquiste y periodontal lateral).

HISTOPATOLOGÍA

- Tumor mesenquimal con tejido fibroso, collagenizado, con apariencia arremolinada, a veces con muchos islotes o cordones de epitelio odontogénico (variedad llamada fibroma odontogénico tipo OMS), de límite neto. Debe distinguirse de saco pericoronario hiperplásico, con el cual fue confundido durante algún tiempo.



Figura 55. Radiografía panorámica muestra extensa lesión radiolúcida de límites corticalizados, que se extiende en zona del tercer molar derecho comprometiendo al segundo molar, y desde el reborde óseo marginal al borde basilar. Nótese desplazamiento del conducto dentario. Pieza vital.



Figura 56. Mujer adulta. Estudio radiográfico convencional. Radiografía retroalveolar y panorámica evidencian área radiolúcida de límites corticalizados multiloculada expandiendo el reborde óseo marginal. En radiografía oclusal se observa expansión de la tabla ósea vestibular de límites irregulares. En cortes histopatológicos se observa proliferación fibroblástica, muy colagenizada, con algunos cordones e islotes de epitelio odontogénico y fibroblastos con núcleos alargados, aunque escasos. Tinción H&E. Aumento original 60 y 120 X.

MIXOMA ODONTOGÉNICO

CLÍNICA

- Adultos, antes de los 40 años.
- Más común en mujeres.
- Cuerpo y zona anterior mandibular.
- Localmente agresivo.
- Mucosa sana, expansión de corticales, indoloro, pudiendo ser hallazgo radiográfico.

RADIOLOGÍA

- Área radiolúcida, imagen de panal de abeja, límites difusos. Pueden encontrarse tabiques en ángulos rectos, imagen como “raqueta de tenis”.
- Desplazamiento de piezas dentarias, con o sin rizálisis. Puede encontrarse en relación a pieza dentaria incluida.

- Puede comprometer, erosionar o destruir corticales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Ameloblastoma.
- Granuloma central de células gigantes.
- Queratoquiste.

HISTOPATOLOGÍA

- Tumor mesenquimal con tejido similar a papila dentaria, con escasas células, y fibras. Abundante sustancia intercelular. Pequeños capilares. Sin epitelio odontogénico.
- Abundante ácido hialurónico.

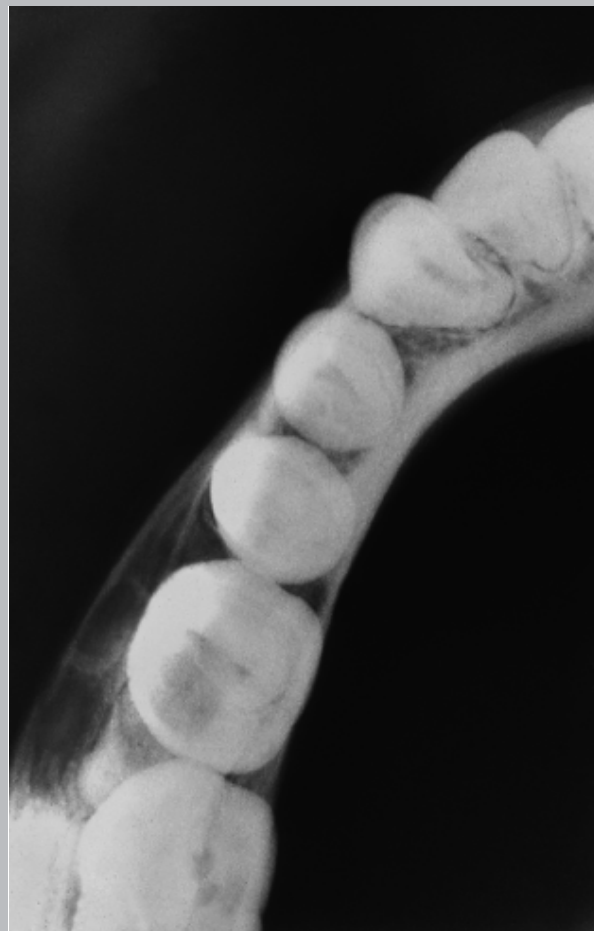


Figura 57. Adulto joven. Radiografía retroalveolar y oclusal. Zona de primer molar y segundo premolar derechos. Se observa área radiolúcida tabicada de límites tenuemente definidos en relación a sus raíces. Lesión que se ha descrito como imagen similar al encordado de una “raqueta de tenis”, aspecto que se aprecia en ambas radiografías. En radiografía oclusal se observa discreta expansión de la tabla vestibular.

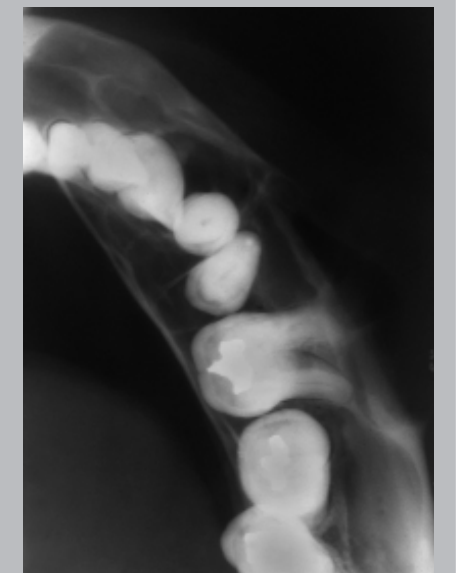


Figura 58. Mujer de 38 años. Estudio radiográfico convencional. Extensa lesión radiolúcida que compromete el cuerpo mandibular derecho en toda su extensión, desde el tercer molar sobrepasando la línea media. Presenta múltiples tabicaciones con diferentes orientaciones. En radiografía oclusal se observa abombamiento de ambas tablas óseas con adelgazamiento de corticales.

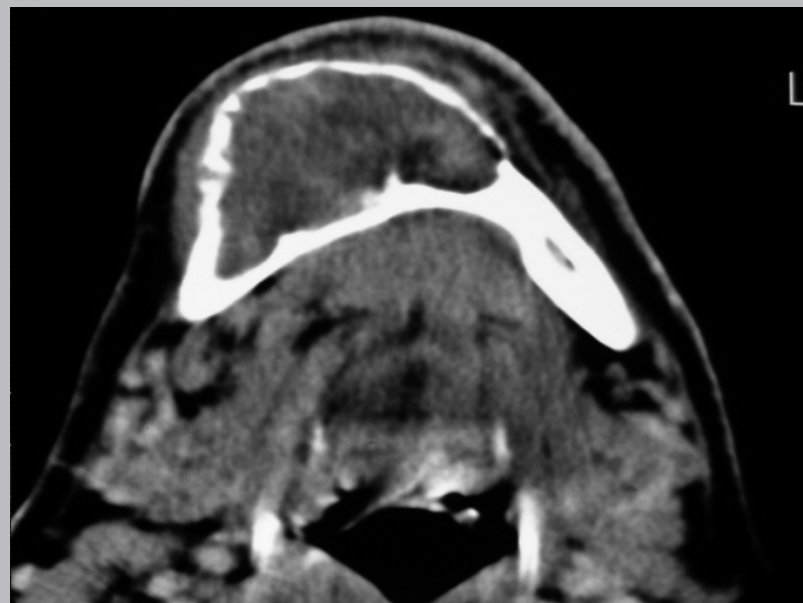


Figura 59. Hombre de 46 años. En radiografía panorámica se aprecia extensa lesión radiolúcida multiloculada de límites corticalizados irregulares, que compromete desde el borde marginal al borde basilar. Nótese expansión del borde basilar. En corte axial de escáner se observa abombamiento y adelgazamiento de tabla vestibular producido por la lesión.

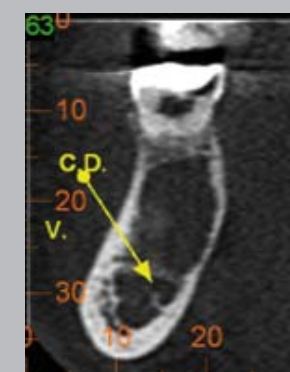
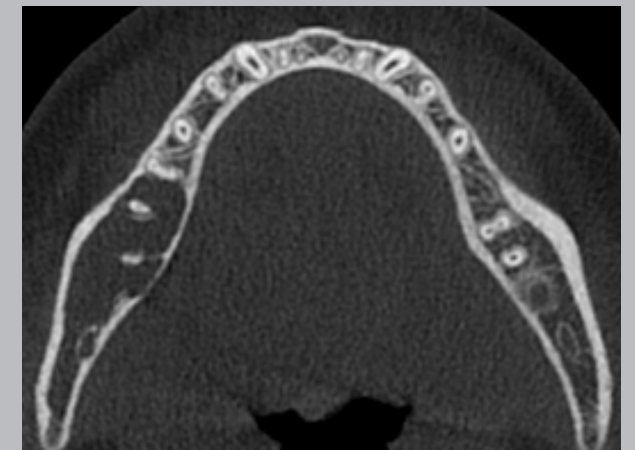
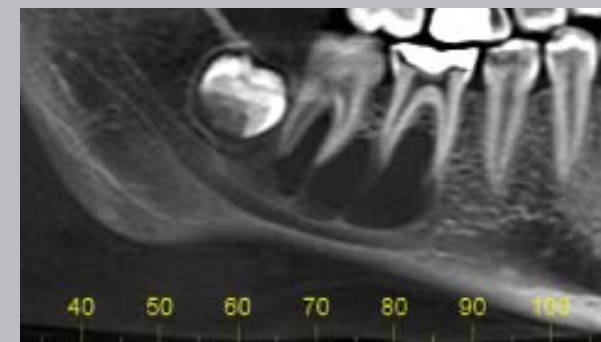
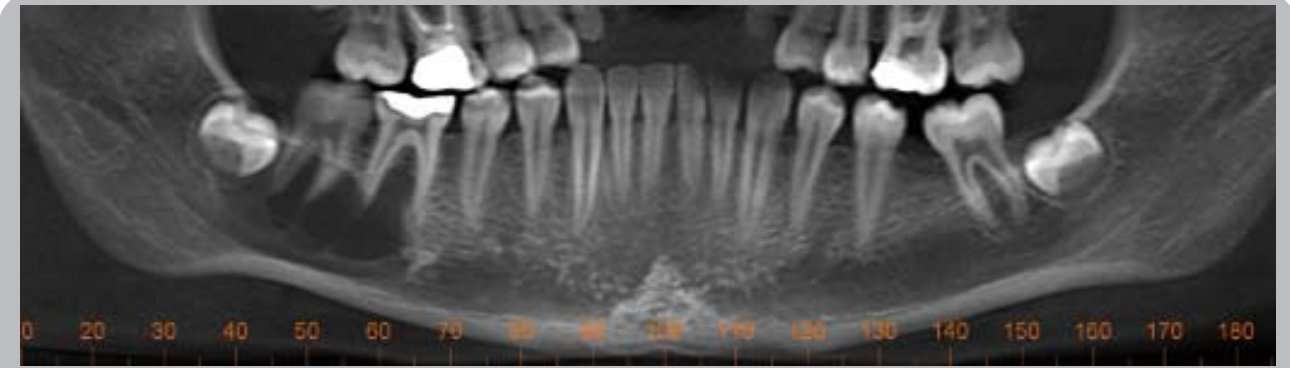


Figura 60. Niño de 15 años. Estudio cone beam. En vista panorámica y corte parasagital, se observa área radiolúcida tabicada en zona de molares, y entre la vecindad de reborde óseo y borde basilar. Compromete área peridientaria e interradicular. En cortes transversales y axial se visualiza el adelgazamiento de la tabla ósea lingual. Conducto dentario en relación con tabla ósea lingual. Nótese tabiques en ángulo recto.

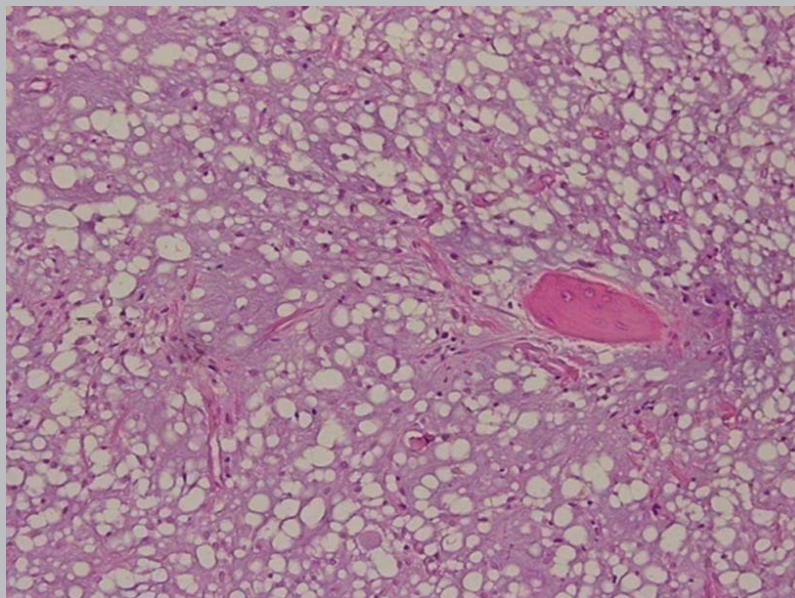
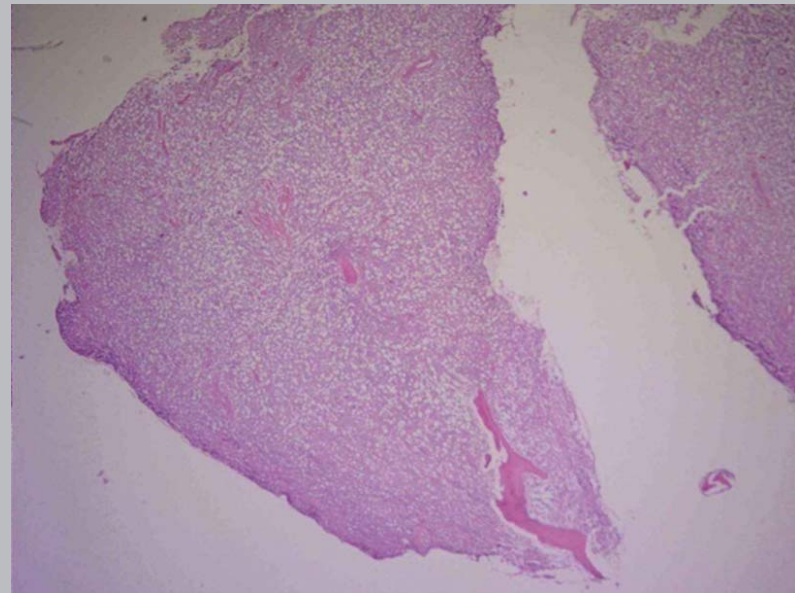


Figura 61. Imagen superior correspondiente a mixoma observado con bajo aumento, en que se aprecian pocas células, mucha sustancia fundamental, y hacia borde inferior algunas trabéculas de hueso esponjoso. En imagen inferior, mayor aumento de zona con trabéculas de hueso residual, rodeada por tejido conjuntivo, con algunos capilares, con células de núcleos alargados, separadas y con escasas fibras entre ellas. Tinción H&E. Aumento original 120 y 600X.

CEMENTOBLASTOMA

CLÍNICA

- Tumor unido a la raíz de molar inferior.
- Generalmente entre los 15 a 25 años.
- Al alcanzar gran tamaño puede expandir tablas e interrumpirlas.
- Puede ser doloroso.
- Mucosa sana.

RADIOLOGÍA (IMÁGENES)

- Radiopacidad, generalmente redondeada, fusionada con la raíz de molar inferior.
- Halo radiolúcido periférico.
- Puede presentar áreas radiolúcidas y radiopacidad escasa en etapa inicial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Osteosarcoma (histopatología).
- Displasia cementaria periapical.
- Osteoesclerosis a nivel apical.

HISTOPATOLOGÍA

- Áreas densas de tejido calcificado, escasos espacios medulares con líneas basófilas dando aspecto de mosaico.
- En la periferia, zona de crecimiento. Trabeculado más o menos perpendicular a la masa densa, con osteoblastos (cementoblastos) prominentes y espacios medulares con vasos prominentes y tejido conjuntivo laxo.

TRATAMIENTO

- Extirpación completa y debe extraerse el diente o los dientes en relación a la lesión, de lo contrario se observa recidiva.



Figura 62. Hombre de 19 años. Paciente presentaba dolor en la zona. Radiografía lateral muestra masa radiopaca fusionada al ápice de la raíz mesial. Masa lesional delimitada por banda radiolúcida con cortical periférica. (Gentileza Dr. José Castillo).

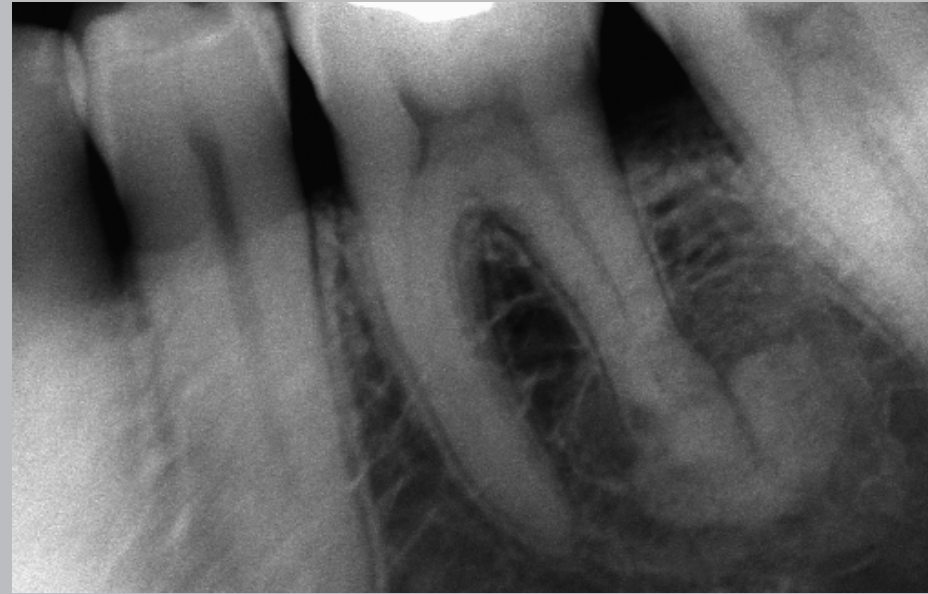


Figura 63. Adulto. Radiografía retroalveolar. Zona primer molar inferior izquierdo. Pieza vital. Masa fusionada al ápice de la raíz distal de marcada radiopacidad, que disminuye en su periferia. Lesión con tenue delimitación.



Figura 64. Adulto joven. Radiografía retroalveolar. Zona primer molar inferior derecho. Masa radiopaca aparentemente fusionada a ápice de la raíz mesial. Dicha densidad varía hacia las zonas periféricas con límites poco definidos.

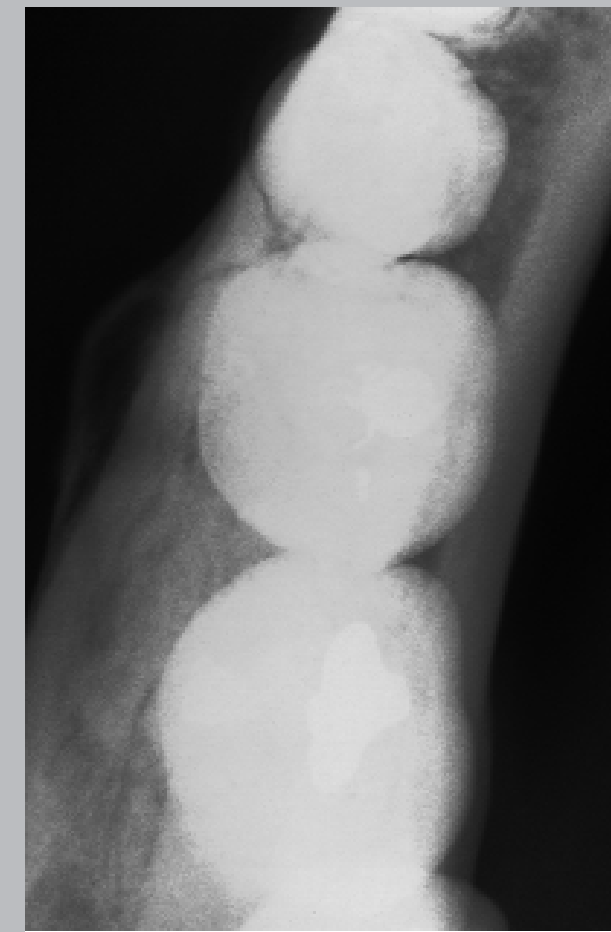


Figura 65. Adulto. Radiografía retroalveolar. Zona de primer molar inferior derecho. Pieza con vitalidad. Se aprecia imagen de radiopacidad irregular de límites definidos, banda radiolúcida y cortical periférica, fusionada a la raíz distal del primer molar. En radiografía oclusal se observa expansión de tabla ósea vestibular.

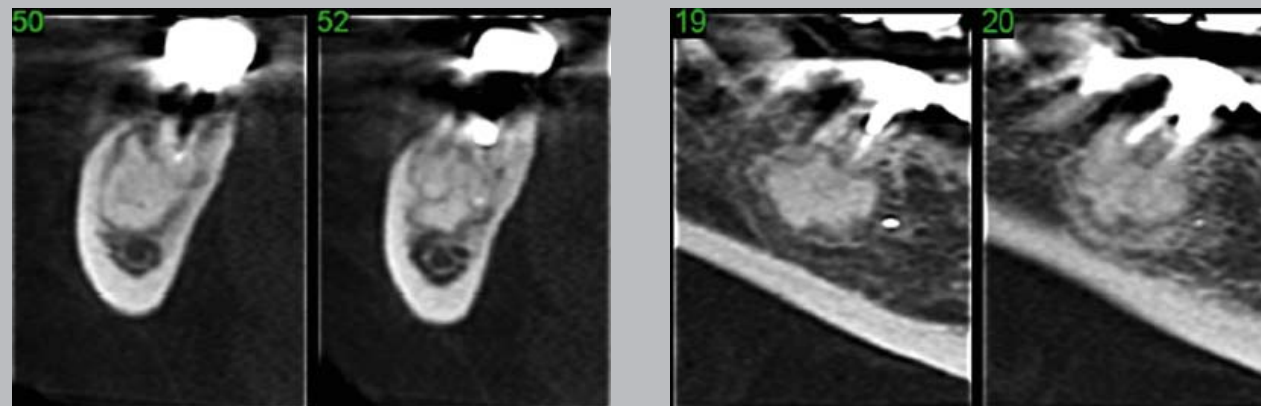
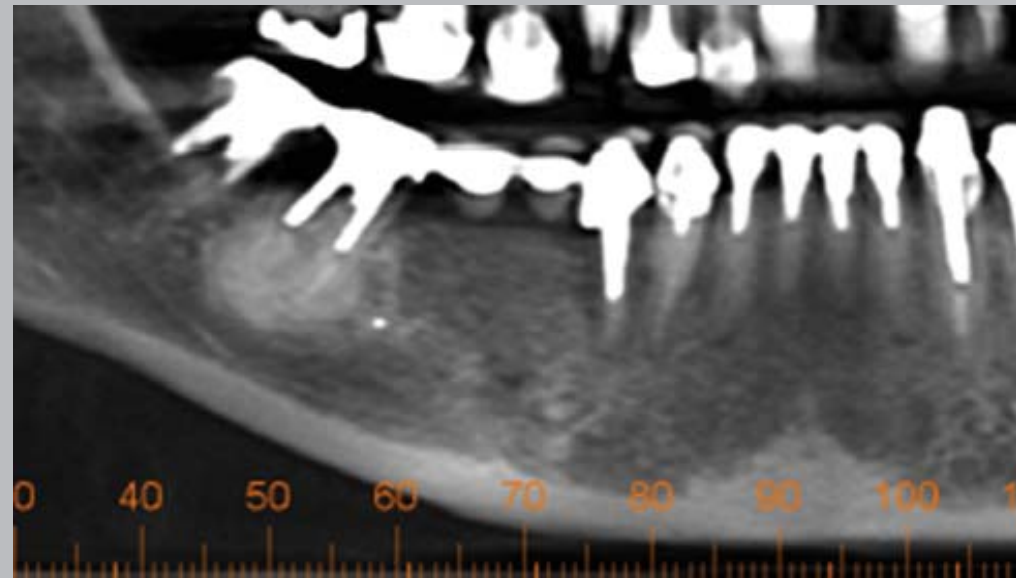


Figura 66. Mujer de 64 años. Estudio cone beam. Vista panorámica hemimandibular derecha. Segundo molar conductos tratados parcialmente. Vemos masa irregular, condensada y fusionada con ambas raíces, de límites definidos, con un degradé en la opacidad de la zona periférica. En cortes transversales y vestibulo lingual, se puede apreciar la disposición periférica de la masa calcificada. (Gentileza Dr. Cohen)

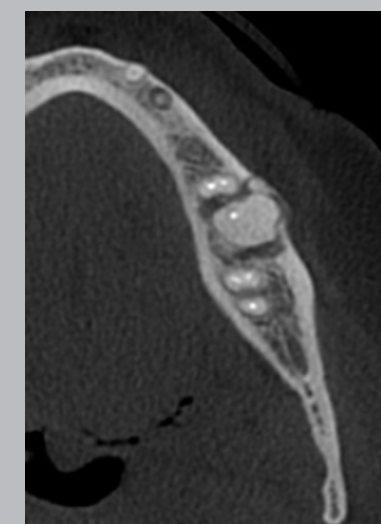


Figura 67. Mujer de 48 años. Estudio cone beam. Vista panorámica hemimandibular izquierda.. Primer molar tratado en que se nota masa calcificada de forma irregular y fusionada a la raíz distal, delimitada por una banda radiolúcida corticalizada. En cortes transversales y axial se observa expansión irregular de la tabla ósea vestibular. (Gentileza Dr. Oliver)

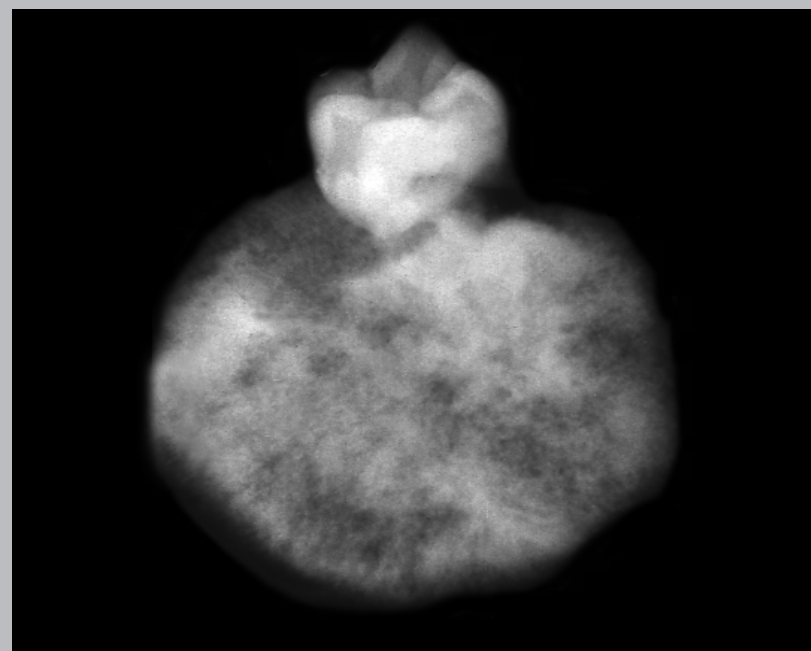
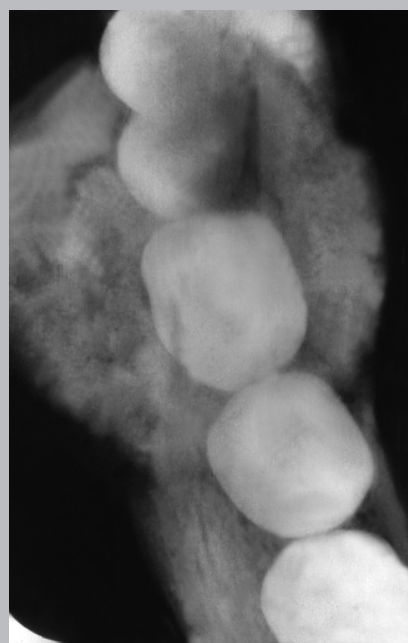


Figura 68. Radiografías convencionales retroalveolar, oclusal y de la pieza anatómica. Zona primer molar inferior derecho y segundo premolar. Área de marcada radiopacidad con diferentes densidades, límites definidos e irregulares. Masa circundada por una banda radiolúcida en relación a ambas piezas. En radiografía oclusal se observa marcada expansión vestibulolingual de la lesión. En radiografía de la pieza anatómica se aprecia el grado de fusión de las raíces del molar con la masa tumoral. (Gentileza Dr. L. Cobos S.)

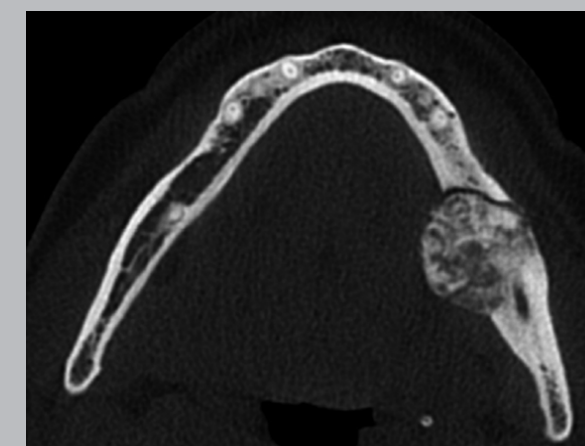
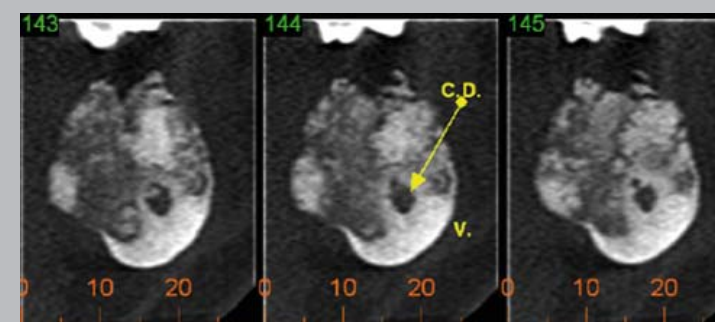
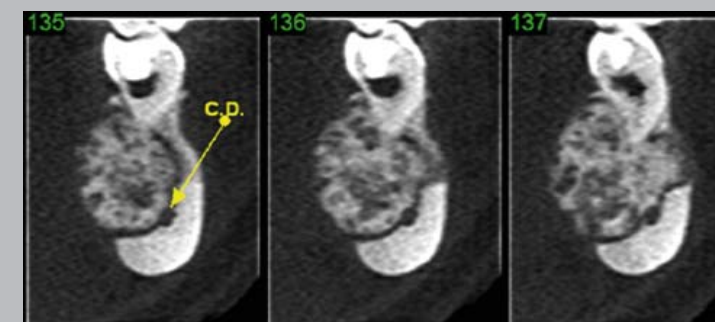
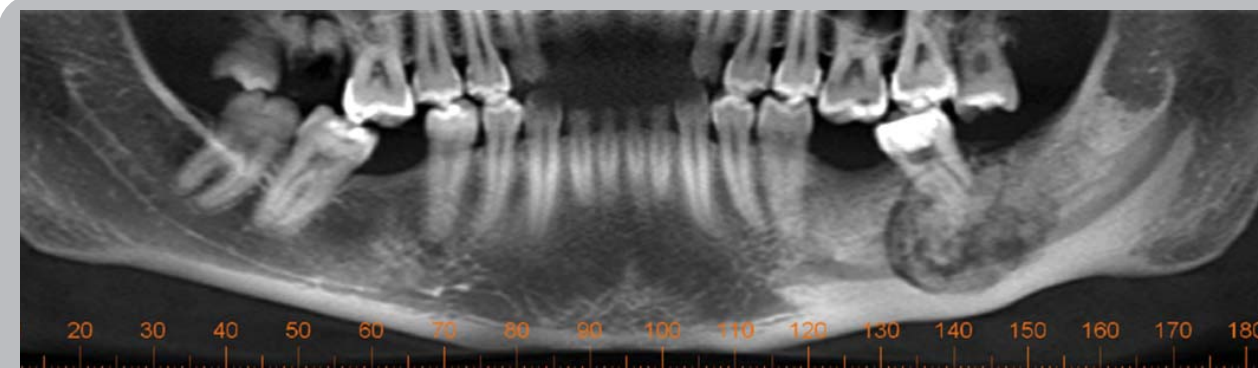


Figura 69. Mujer de color de 28 años. Estudio cone beam. Vista panorámica. En zona de segundo molar inferior izquierdo se observa extensa masa radiopaca con variados grados de calcificación a nivel perirradicular que se extiende desde el borde marginal a la cortical basilar. Presenta una banda radiolúcida contorneal. Leve abombamiento de la cortical basilar. En cortes transversales y axial observamos la lesión paradicular que compromete ligeramente la tabla vestibular y marcada en la tabla lingual, rodeando al conducto dentario manteniéndose su recorrido normal.

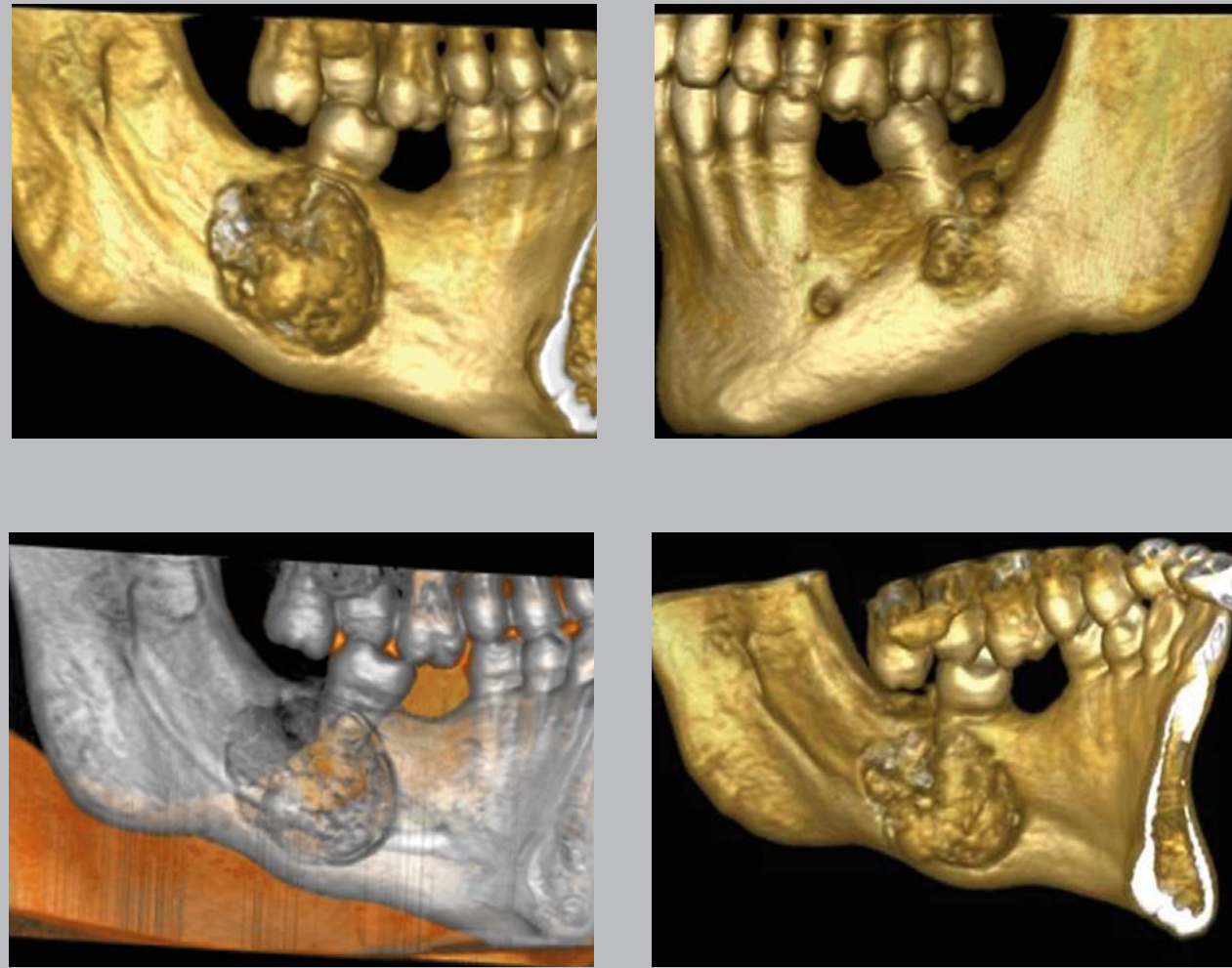


Figura 70. Imágenes volumétricas caso anterior.

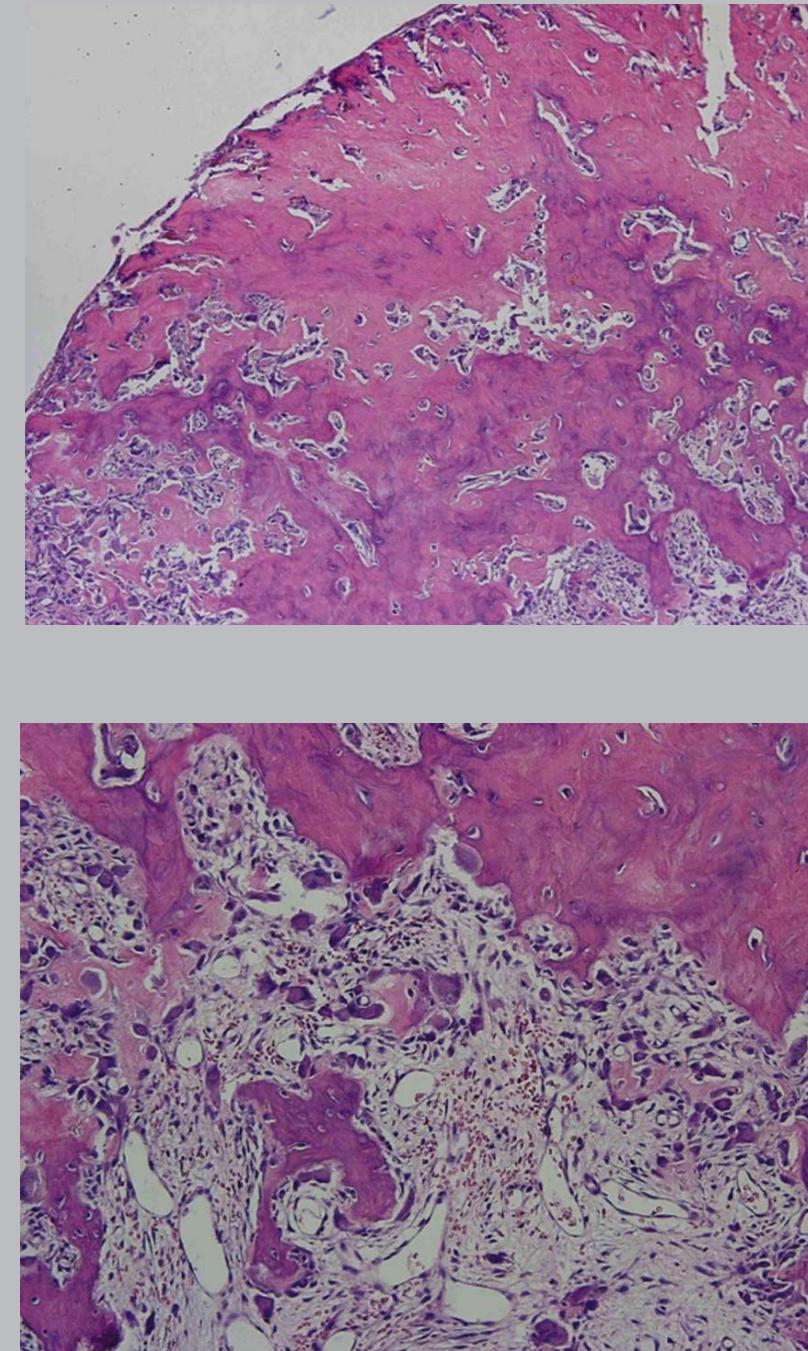


Figura 71. Histopatología de cementoblastoma, a menor aumento (superior) se observan áreas eosinofílicas más hacia la periferia, algo irradiadas, con pequeños espacios o grietas con células tipo “blastos” (cementoblastos), prominentes y áreas más basófilas de trabeculado irregular con algo que recuerda aspecto en “mosaico”. A mayor aumento (inferior) se observan áreas basófilas con espacio medular que tiene capilares prominentes, hemorragia reciente con cementoblastos hiper cromáticos. Tinción H&E. Aumento original 120 y 600X.

Diagnóstico diferencial Cementoblastoma / Osteoesclerosis



Figura 72. Adulto. Radiografía retroalveolar. Zona primer molar inferior izquierdo. Pieza vital. En relación a ápice de raíz mesial se observa una masa de marcada opacidad con límites definidos. Ésta corresponde a una osteoesclerosis vecina al ápice mesial. (Diagnóstico diferencial con cementoblastoma)

Diagnóstico diferencial Cementoblastoma / Osteoesclerosis

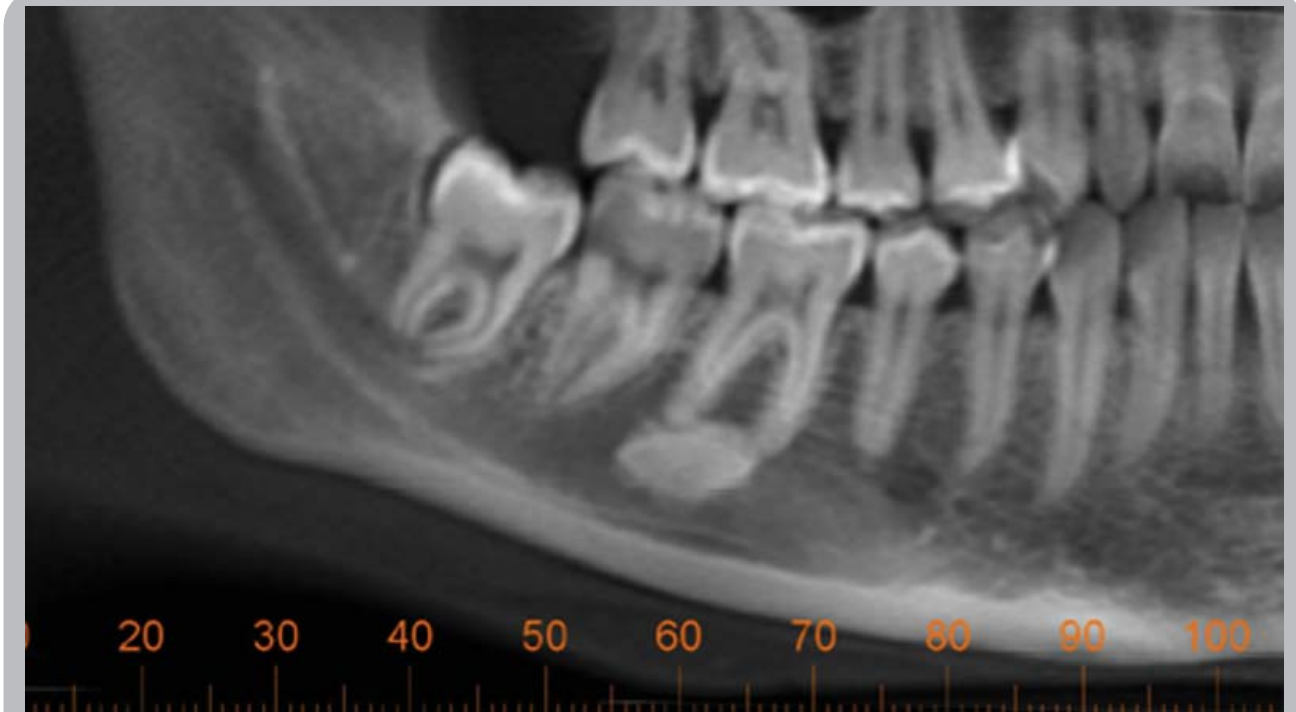


Figura 73. Adulto joven. Estudio cone beam. Vista panorámica hemimandibular derecha. A nivel de ápices de primer molar (pieza vital) se observa una masa radiopaca de límites definidos en relación a vértices apicales. En cortes transversales se observa zona de osteoesclerosis (Enostosis) que se extiende desde la tabla lingual hacia la tabla vestibular. Ápices claramente definidos, a diferencia de lo que se observa en los cementoblastomas, donde la masa se encuentra fusionada a las raíces. Osteoesclerosis a nivel apical. (Diagnóstico diferencial con cementoblastoma)

TUMORES ODONTOGÉNICOS
MALIGNOS

Tumores muy poco frecuentes, que tienen comportamiento muy agresivo, infiltrante, con dolor, ulceración, enrojecimiento, y metástasis a distancia. Pueden ser epiteliales, y ahí tenemos carcinoma odontogénico,

aunque en ocasiones algunos tumores como ameloblastoma han ocasionado metástasis (por aspiración durante la cirugía) y se denomina ameloblastoma maligno, pero no tiene las características de anaplasia que sí se observarán en los tumores malignos como carcinoma odontogénico o fibrosarcoma ameloblástico.

CLASIFICACIÓN DE TO DE LA OMS, (2005)

Neoplasias y otros tumores relacionados con el aparato odontogénico.

TUMORES MALIGNOS

CARCINOMAS ODONTOGÉNICOS

- Ameloblastoma metastatizante (maligno).
- Carcinoma ameloblástico-tipo primario.
- Carcinoma ameloblástico-tipo secundario (desdiferenciado), intraóseo.
- Carcinoma ameloblástico-tipo secundario (desdiferenciado), periférico.
- Carcinoma espino celular intraóseo primario tipo sólido.
- Carcinoma espino celular intraóseo primario derivado de tumor odontogénico queratoquístico.
- Carcinoma espino celular intraóseo primario derivado de quistes odontogénicos.
- Carcinoma odontogénico de células claras.
- Carcinoma odontogénico de células fantasmas.

SARCOMAS ODONTOGÉNICOS

- Fibro sarcoma ameloblástico.
- Fibrodentino y fibro-odontosarcoma amelobástico

CARCINOMA ODONTOGÉNICO
DE CÉLULAS CLARAS

CLÍNICA

- Edad en amplio rango, hemos visto en niños hasta adultos de más de 60 años.
- Más del 80% de los casos en la mandíbula
- Tumoración ósea, de crecimiento rápido, con expansión de corticales.

RADIOLOGÍA

- Área radiolúcida con aspecto uni o multiloculado, generalmente de bordes difusos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Ameloblastoma.
- Mixoma.
- Granuloma central de células gigantes.

HISTOPATOLOGÍA

- Nidos y/o cordones de células epiteliales de citoplasmas claros, a veces con algunas de citoplasmas eosinófilos. A veces puede encontrarse cierto empalizamiento en la periferia de los islotes similar a lo que ocurre en ameloblastoma y el diagnóstico diferencial debe hacerse basado en las atipías aunque estas pueden ser pocas. En la histopatología debe distinguirse también de carcinoma mucoepidermoide, pero la tinción de mucina será negativa para el carcinoma odontogénico de células claras.

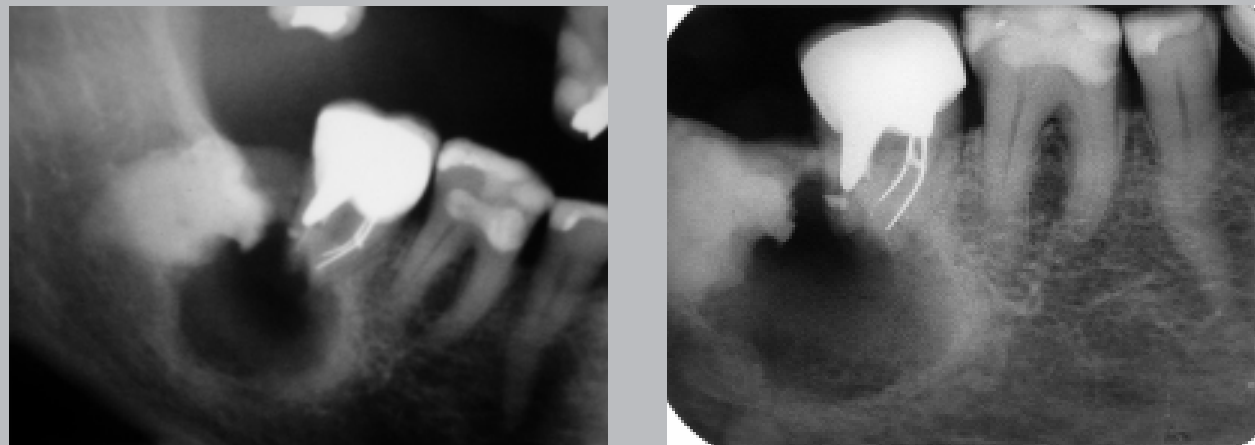


Figura 74. Mujer de 82 años. Radiografías panorámica y retroalveolar. Zona desde el tercer al segundo molar. Tercer molar incluido en mesioversión. Segundo molar tratado. Área radiolúcida de límites francamente corticalizados de forma semicircular entre ambos molares en zona basal se aprecia límite irregular. Pérdida de sustancia coronaria en tercer molar.

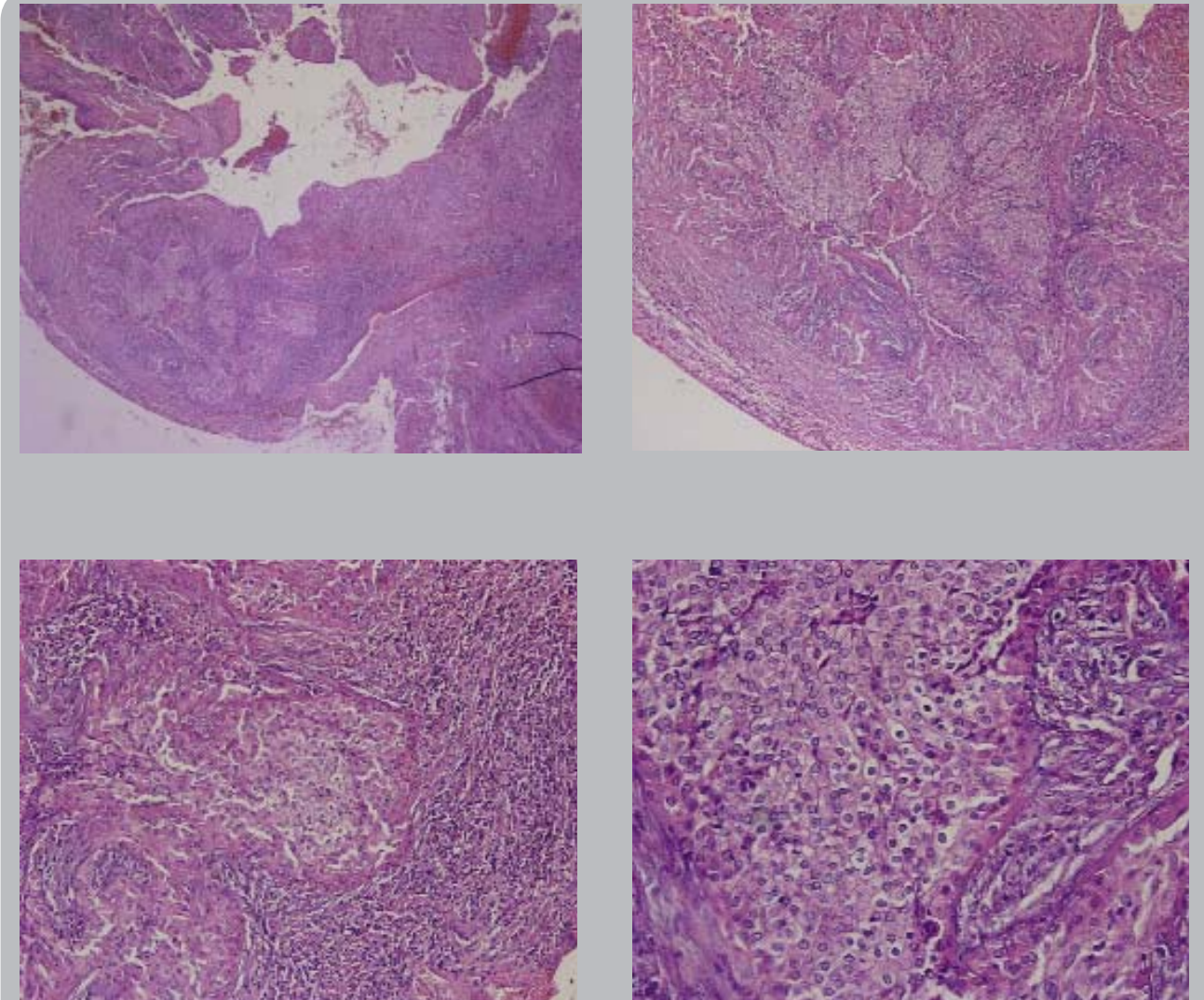


Figura 75. Aparente cavidad quística (imagen superior izquierda) rodeada por epitelio. En las otras imágenes con mayor aumento se aprecia el epitelio dispuesto en grupos grandes compactos de células de citoplasmas claros, con núcleos ovalados, centrales, hiper cromáticos. Tinción H&E. Aumento original, de arriba a abajo, 60X, 120X, 600X y 1200X.

CARCINOMA ODONTOGÉNICO

Existen varios tipos de tumores odontogénicos malignos:

- Ameloblastoma que ocasiona metástasis, se denominará: ameloblastoma maligno (tanto el primario como secundario demuestran rasgos histológicos de ameloblastoma benigno).
- Tumor con rasgos citológicos de ameloblastoma pero que demuestra en la histopatología además rasgos de malignidad, se denomina carcinoma ameloblástico.

CLÍNICA

- Amplio rango de edad, desde la niñez hasta adulto mayor.
- Metastasis de ameloblastomas generalmente es en pulmón, lo cual se ha considerado como posible aspiración o metástasis por implante, en segundo lugar se presenta en ganglios linfáticos regionales.

RADIOLOGÍA

- Similar a ameloblastoma no metastatizante
- En carcinoma ameloblástico, radiolucidez uni o multiloculada, con bordes irregulares, y destrucción de corticales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Ameloblastoma sólido/poliquístico.
- Osteosarcoma, y otros tumores malignos centrales.

HISTOPATOLOGÍA

- En el caso de ameloblastoma maligno, la histopatología del primario y secundario no presenta diferencias con las observables en ameloblastoma sólido/poliquístico, con los posibles aspectos folicular, plexiforme, acantomatoso.
- Carcinoma ameloblástico demuestra rasgos citológicos de malignidad, con pleomorfismo, hiper cromatismo, necrosis, frecuentes mitosis.

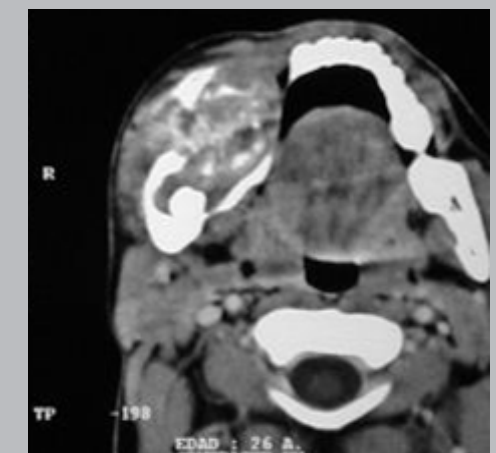
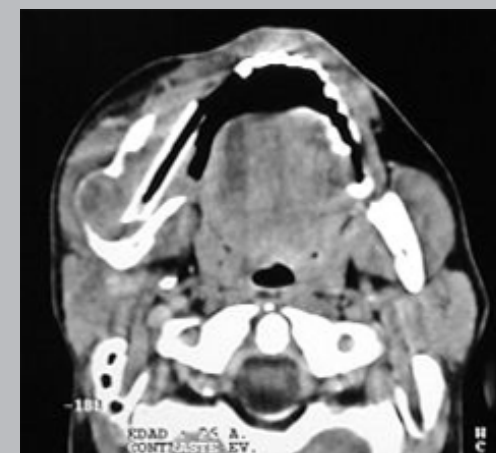
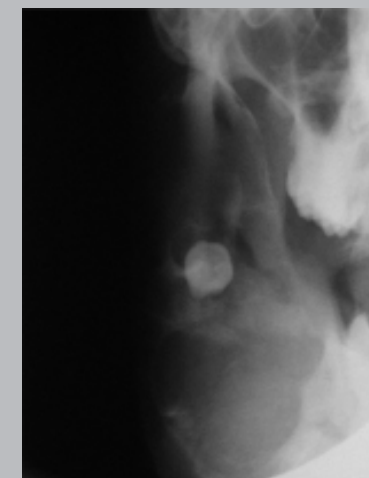


Figura 76. Hombre de 24 años, consultó inicialmente con gran tumoración (imagen clínica y radiografías superiores), mandibular derecha, radiolúcida, con expansión de tablas. Acudió a cirugía, se observó gran cavidad quística, se realizó biopsia parcial y se colocó cánula a fin de mantener comunicada la lesión, desinfectarla y descomprimirla para disminuir su tamaño. Lamentablemente el paciente no acudió hasta un año después con la cánula presente. En las imágenes del escáner se aprecia la presencia de cánula rodeada por zona radiopaca. Posteriormente se realizó extirpación completa de la tumoración y se observan cavidades rodeadas de tejido pardo.



Figura 77. Piezas anatómicas caso anterior.

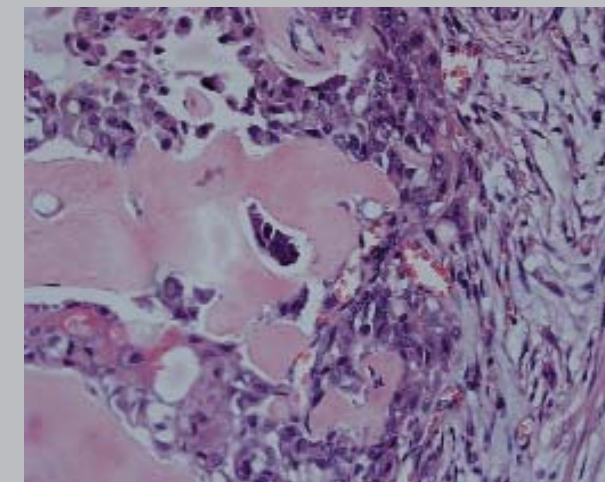
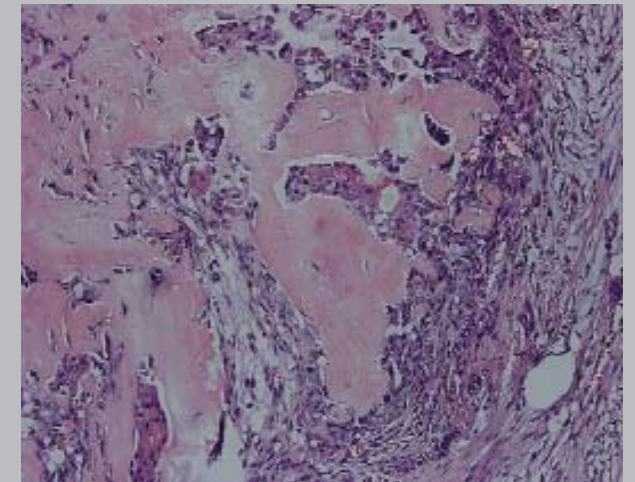
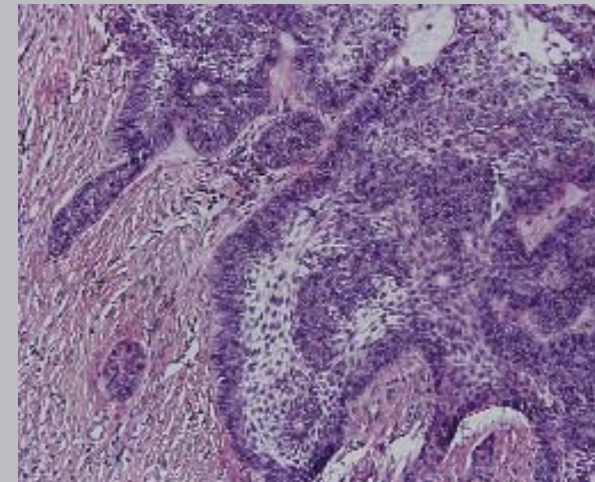
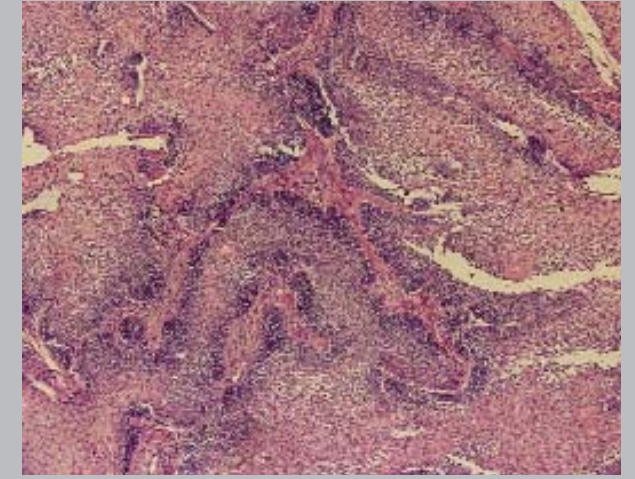
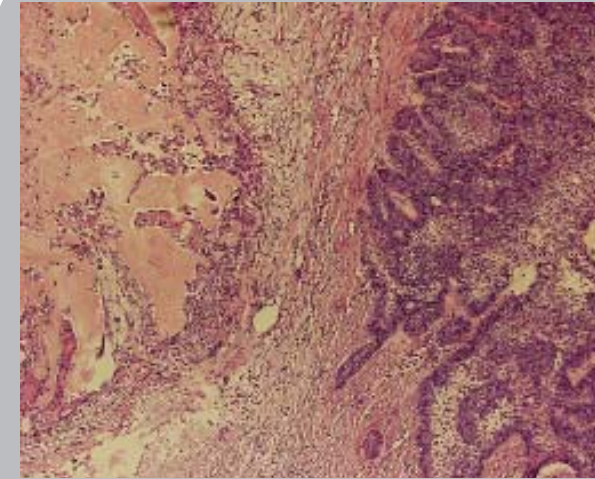


Figura 78. En la histopatología evidentes signos de anaplasia, con hiper cromatismo, pleomorfismo, en relación a proliferación epitelial con características de ameloblastoma (empalizamiento, retículo estrellado) y abundante material hialino. Tinción H&E. Aumento original, de arriba a abajo, 60X, 120X, 600X, 600X y 1200X.

FIBROSARCOMA AMELOBLÁSTICO

CLÍNICA

- Ligeramente más común en hombres, cerca de los 25-30 años.
- Mayor frecuencia en mandíbula, con dolor, tumoración, úlcera y crecimiento rápido.

RADIOLOGÍA

- Área radiolúcida de límite difuso, con compromiso de corticales y muchas veces reabsorción radicular en dientes vecinos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Ameloblastoma.
- Otros tumores malignos de los huesos (osteosarcoma, metástasis, linfoma)

HISTOPATOLOGÍA

- Tumor mesenquimal con tejido epitelial similar al del fibroma ameloblástico pero en menor proporción de epitelio, que demuestra atipías y cambios anaplásicos en el componente mesenquimal (muy celular, pleomórfico, hiperromático y frecuentes mitosis atípicas).



Figura 79. Hombre de 32 años. Escáner. Asimetría facial, aumento de volumen mandibular izquierdo, indoloro, sensibilidad normal. 6 meses de evolución. Cortes axiales mandibulares. Extensa lesión radiolúcida multiloculada, tabicada, con corticales adelgazadas e irregulares. Expansión vestibulo lingual, marcada por vestibular.

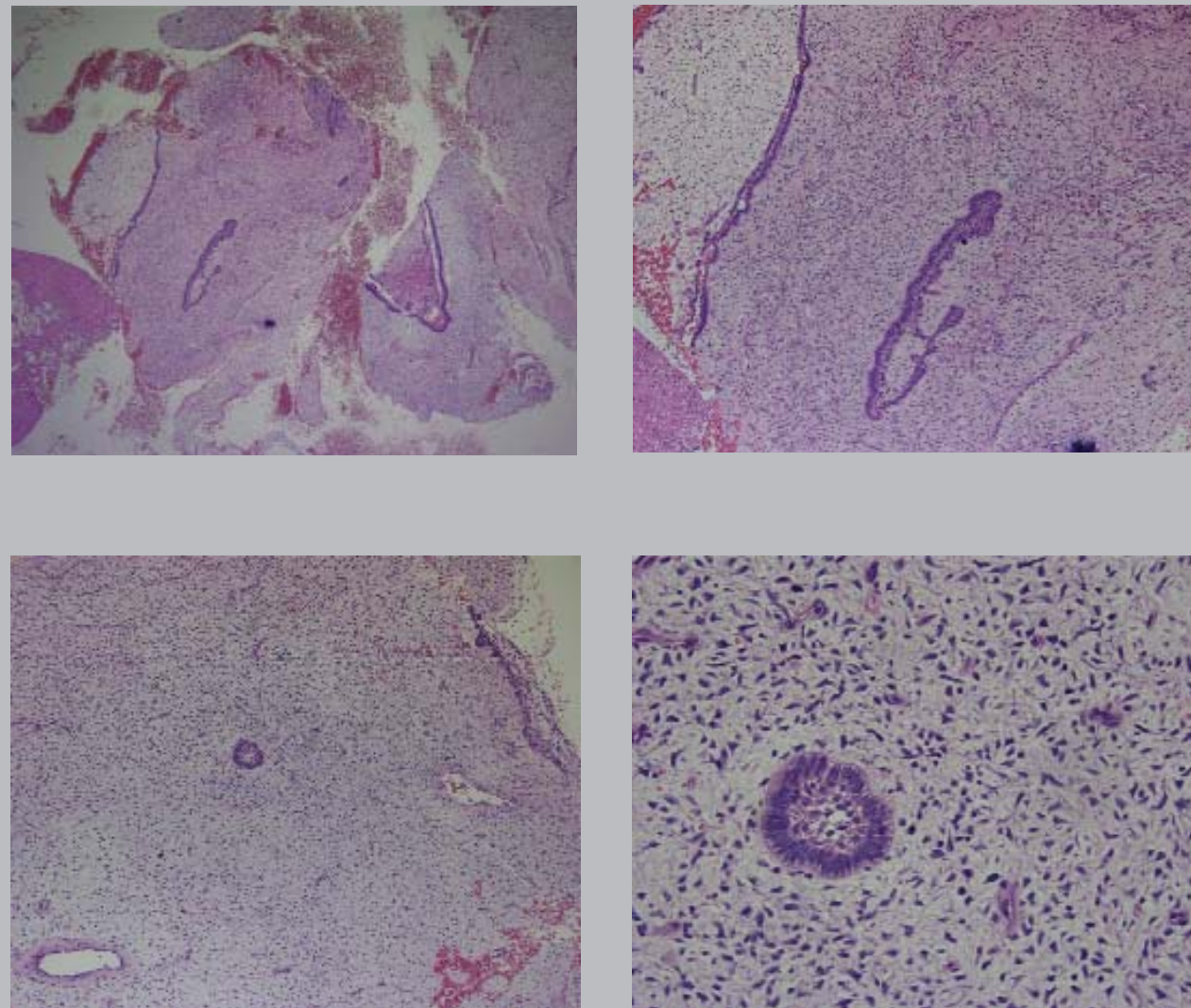


Figura 80. Entre tejido conjuntivo con aspecto que vagamente recuerda papila dentaria, se observa epitelio dispuesto en islotes con células en empalizada, al centro recuerda retículo estrellado, y las células que rodean dicho epitelio, tejido muy celular, presenta células mesenquimáticas con núcleos hipercromáticos, pleomórficos, y aumento de relación núcleo/citoplasma. Tinción H&E. Aumento original, de arriba a abajo, 60X, 120X, 120X y 600X.

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS SUGERIDAS

1. Abrahão AC, Camisasca DR, Bonelli BR, Cabral MG, Lourenço SQ, Torres SR, Pinto DS Jr. Recurrent bilateral gingival peripheral calcifying epithelial odontogenic tumor (Pindborg tumor): a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009 Sep;108(3):e66-71.
2. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. Pathology & genetics. Head and neck tumors. WHO Classification of Tumors. Lyon: IARC press; 2005.
3. Bhatavadekar NB, Bouquot JE. The use of digital volume tomography in imaging an unusually large composite odontoma in the mandible. *Pediatr Dent.* 2009 Sep-Oct;31(5):438-41.
4. Buchner A. The central (intraosseous) calcifying odontogenic cyst: an analysis of 215 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1991; 49:330-9.
5. De Riu G, Meloni SM, Contini M, Tullio A. Ameloblastic fibro-odontoma. Case report and review of the literature. *J Craniomaxillofac Surg.* 2010 Mar;38(2):141-4.
6. Fulco GM, Nonaka CF, Souza LB, Miguel MC, Pinto LP. Solid ameloblastomas - Retrospective clinical and histopathologic study of 54 cases. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2010 Apr;76(2):172-7.
7. Ide F. Inter-radicular adenomatoid odontogenic tumor of the anterior mandible. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010 Feb;68(2):490-1.
8. Leider AS, Eversole LR, Barkin ME. Cystic ameloblastoma: a clinicopathologic analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1985;60:624-30.
9. Nelson BL, Thompson LD. Compound odontoma. *Head Neck Pathol.* 2010 Dec;4(4):290-1.
10. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. 3ed, St. Louis: Saunders, 2009. Chapter 15: Odontogenic cysts and tumors; p.678-740.
11. Orlandi A, Bianchi L, Marino B, Spagnoli LG, Nini G. Intramuscular myxoma of the face: an unusual localization. A clinicopathological study. *Dermatol Surg.* 1995 Mar;21(3):251-4.
12. Peña-Torres LM, Monterrubio-Guerrero A, Díaz de León-Sandoval LA. [A case of the calcifying epithelial odontogenic tumor (Pindborg's tumor). Reported and literature review]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2010 Mar-Apr;48(2):205-8.
13. Phillips MD, Closmann JJ, Baus MR, Torske KR, Williams SB. Hybrid odontogenic tumor with features of ameloblastic fibro-odontoma, calcifying odontogenic cyst, and adenomatoid odontogenic tumor: a case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010 Feb;68(2):470-4. Epub 2010 Jan 15.
14. Preetha A, Balikai BS, Sujatha D, Pai A, Ganapathy KS. Complex odontoma. *Gen Dent.* 2010 May-Jun;58(3):e100-2.
15. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral pathology. Clinical pathologic correlations. 5ed, St. Louis: Saunders, 2008. Chapter 11, Odontogenic tumors; p.261-81.
16. Reichart PA, Philipsen HP. Odontogenic tumors and allied lesions. London: Quintessence books, 2004.
17. Saghravanian N, Jafarzadeh H, Bashardoost N, Pahlavan N, Shirinbak I. Odontogenic tumors in an Iranian population: a 30-year evaluation. *J Oral Sci.* 2010;52(3):391-6.
18. Sciubba JJ, Fantasia JR, Kahn LB. Atlas of tumor pathology, tumors and cysts of the jaw. Washington: AFIP, 2001.
19. Tozoglu S, Yildirim U, Buyukkurt MC. An erupted complex odontoma. *N Y State Dent J.* 2010 Aug-Sep;76(5):52-3.
20. Uvo SA, Beretta EM. [Mixoma of maxilla in a child, report of case and review of the literature]. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo.* 1996 May-Jun;51(3):99-102.
21. Wewel J, Narayana N. Ameloblastic fibro-odontoma of the anterior mandible in a 22-month-old boy. *Indian J Dent Res.* 2010 Oct-Dec;21(4):618-20.

