



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTOLOGO**

TEMA:

**Importancia del diagnostico histopatológico de los ameloblastomas
previo a la cirugía radical con reconstrucción mandibular.**

AUTOR:

Juan Carlos Valarezo Males

Tutor:

Dr. Alex Polit

Guayaquil, junio 2012

CERTIFICACION DE TUTORES

En calidad de tutor del trabajo de investigación:

Nombrados por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el trabajo de graduación como requisito previo para optar por el Título de tercer nivel de Odontólogo

El trabajo de graduación se refiere a:

“Importancia del diagnóstico histopatológico de los ameloblastomas previo a la cirugía radical con reconstrucción mandibular.”

Presentado por:

Juan Carlos Valarezo Males

Apellidos y nombres

0704729086

cédula de ciudadanía

Tutor.

Dr. Alex Polit Luna

Tutor Metodológico

Dr. Alex Polit Luna

Tutor Científico

Dr. Washington Escudero Doltz

Decano

Guayaquil, julio 2012

AUTORIA

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a propiedad intelectual del odontólogo

Juan Carlos Valarezo Males

C.I 0704729086

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme dado la fuerza, perseverancia y constancia para poder alcanzar esta meta, a mi familia quienes siempre han estado conmigo brindándome su comprensión, paciencia y apoyo incondicional en todos los aspectos de mi vida permitiéndome lograr los objetivos que me he propuesto hasta el momento.

También debo agradecer a los catedráticos de la facultad de odontología que contribuyeron en mi formación profesional y personal a través de todos estos años inculcándome sus conocimientos y experiencias las cuales enriquecieron mi vida y con las que me han preparado para llevar por el camino de la ética mi vida profesional.

Y por último un especial agradecimiento a mi tutor de tesis Dr. Alex Polit por su generosidad al darme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica y profesional en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

DEDICATORIA

Dedico el esfuerzo a mis queridos padres, quienes desde temprana edad me inculcaron el valor del trabajo duro y de superación día a día así como los valores humanos bajo los cuales dirijo mi vida, también dedico el esfuerzo a mi futura esposa quien ha estado conmigo a lo largo de este camino de formación profesional brindándome su apoyo constante e incondicional en todo momento.

A mis estimados y muy recordados compañeros de aula que a diario fueron las personas que de una u otra manera ayudaron a culminar esta hermosa carrera.

Gracias a cada uno de ellos por formar parte de mi camino, por ayudarme a levantar después de cada caída, y convertirme en una persona de bien, y que Dios los bendiga hoy mañana y siempre.

INDICE GENERAL

Contenidos	pág.
Caratula	
Certificación del tutor	II
AUTORIA	III
Agradecimiento	IV
Dedicatoria	V
Índice General	VI
Introducción	1
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Preguntas de investigación	2
1.3 Objetivos	3
1.3.1 Objetivo General	3
1.3.2 Objetivos Específicos	3
1.4 Justificación	3
1.5 Viabilidad	4
CAPÍTULO II	
MARCO TEORICO	
Antecedentes	5
2.1 Fundamentos teórico	6
2.1.1 Introducción	6
2.1.2 Etiopatogenia	8
2.1.3 Clasificación	9
2.1.3.1 Ameloblastoma Desmoplástico	9
2.1.3.2 Ameloblastoma Uniquístico	10
2.1.3.3 Ameloblastoma Sólido o Multiquístico	11
2.1.3.4 Extra óseo o periférico	14
2.1.3.5 Ameloblastoma metastatizante	15
2.1.4 Aspectos histológicos	16

2.1.5 Marcadores Inmuno-Histoquímicos	17
2.1.6 Diagnósticos Presuntivos	18
2.1.7 Diagnóstico Diferencial	19
2.1.8 Características Radiográficas	20
2.1.9 Tratamiento del Ameloblastoma	21
2.1.9.1 Agresividad de la lesión	22
2.1.9.2 Localización anatómica de la lesión	22
2.1.9.3 Proximidad a los dientes y a las estructuras	23
2.1.9.4 Dimensiones del tumor	23
2.1.9.5 Duración de la lesión	23
2.1.10 Caso Clínico	26
2.2 Elaboración de Hipótesis	28
2.3 Identificación de las variables	28
2.4 Operacionalización de las variables	28
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA.	
3.1 Lugar de la investigación	30
3.2 Periodo de la investigación	30
3.3 Recursos Empleados	30
3.3.1 Recursos Humanos	30
3.3.2 Recursos Material	30
3.4 Universo y muestra	30
3.5 Tipo de investigación	30
3.6 Diseño de la investigación	31
CAPÍTULO IV	
CONCLUSIONES Y RECOMENACIONES	
4.1 Conclusiones	32
4.2 Recomendaciones	32
Bibliografía.	34
Anexos.	36

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la importancia del diagnóstico histopatológico de los ameloblastomas previo a la cirugía radical con reconstrucción mandibular.

Los ameloblastomas derivan principalmente del epitelio que se relaciona con la formación de los dientes, es decir de células potencialmente capaces de formar tejido dental. Las posibles fuentes epiteliales, incluyen restos celulares del órgano del esmalte (restos de Malassez), epitelio de quistes odontógenos, en especial el dentígeno y odontomas.

Para muchos autores es una neoplasia epitelial benigna, polimórfica, localmente muy invasiva, que se clasifica dentro de los tumores benignos de epitelio odontogénico con estroma fibroso maduro sin ectomesénquima odontogénico; Representa entre el 11 y 13 % de todos los tumores odontogénicos. Se da sin predilección por el sexo. Puede presentarse a cualquier edad, más la mayor incidencia es entre los 20 y 50 años.

Es un tumor que crece lentamente y de forma asintomática, sin signos precoces evidentes, afectando fundamentalmente el tejido óseo. La actitud terapéutica es compleja por su propensión característica a la recidiva, que surge de la posibilidad de dejar lesiones microscópicas periféricas y de la eventualidad de un origen pluricéntrico del tumor.

Por ello esta investigación se denomina importancia del diagnóstico histopatológico de los ameloblastomas previo a la cirugía radical con reconstrucción mandibular, ya que, solo se podrá diagnosticar el tumor ameloblastico luego de un estudio histológico como es la biopsia.

Estos principios del tratamiento de los ameloblastomas expuestos en esta investigación orientaran a los estudiantes y profesionales odontólogos para que sigan las pautas que recomendamos con el fin de poder dar una explicación entendible y de fácil uso para cada uno de ellos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿La información sobre la importancia del diagnóstico histopatológico de los ameloblastomas es muy importante en el momento de la cirugía para eliminar completamente esta patología evitando futuros procesos ameloblasticos?

No debemos olvidarnos que el diagnostico de un ameloblastoma debe de ser histopatológico pues gracias a ello podemos saber si es o no un tumor ameloblastico y hasta que área de la mandíbula a alcanzado su invasión, para poder hacer una eliminación excelente sin falla alguna y sin problemas de recidivas ameloblásticas y futuras complicaciones.

CAUSA VARIABLE INDEPENDIENTE:

Los diagnósticos histopatológicos de los ameloblastomas nos darán un tratamiento radical del área afectada.

EFFECTO VARIABLE DEPENDIENTE:

Va a generar la eliminación y reconstrucción de la mandíbula.

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son los factores de riesgo que ocasionan los ameloblastomas?

¿Cuál es la importancia del diagnóstico histopatológico de los ameloblastomas?

¿Cuáles son los lugares donde más se desarrollan los ameloblastomas?

¿De qué manera se puede diagnosticar este problema?

¿Cuáles son los tratamientos más comunes para el ameloblastoma?

¿Qué tipo de cirugía se realiza como tratamiento?

¿Cómo se puede evitar los ameloblastomas?

1.3 OBJETIVOS.

1.3.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar la importancia del diagnóstico histopatológico de los ameloblastomas previo a la cirugía radical con reconstrucción mandibular.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Definir el ameloblastoma.

Identificar los factores etiológicos de los ameloblastomas.

Determinar el tratamiento más preciso para esta afectación.

Señalar las consecuencias que producen los ameloblastomas.

Relacionar el tratamiento del ameloblastoma con la reconstrucción del área afectada.

Presentar el resultado de la investigación.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Si bien existe una amplia bibliografía sobre esta enfermedad, así como un sin número de estudios realizados he podido constatar la falta de conocimiento sobre un buen diagnóstico histopatológico, puesto que esto ocasiona un mal tratamiento de la patología antes mencionada y como estudiantes nos limitamos solo a saber teóricamente del tema y no de su tratamiento y diagnóstico, así como de sus complicaciones a futuro en el caso de alguna recidiva por un mal tratamiento radical.

Sabemos que es una enfermedad grave y destructiva, afecta tanto a hombres como a mujeres no importa la edad ni raza, además de forma al paciente en el lado uñ área afectada.

Este tumor tiene un crecimiento lento y silencioso sin dar ningún síntoma ni molestia, por lo cual los pacientes no sabrán que tienen, el odontólogo para salir de duda tendrá que mandar a realizar un estudio radiográfico, e histopatológico para dar el diagnóstico.

Es necesario saber y entender que esta patología por el simple hecho de ser tumoral se tendrá que realizar una biopsia previa al procedimiento quirúrgico, para saber qué tipo de tumor es.

Los tratamientos quirúrgicos que se deben realizar en estos casos son radicales para evitar futuras recidivas tumorales, que podrían afectar gravemente al paciente, así como un nuevo tumor a partir de las pequeñas células tumorales que queden, por eso la eliminación del hueso es importante así mismo la reconstrucción de la mandíbula deberá ser muy buena para que el paciente no presente luego problemas tanto estéticos como de salud.

Por lo tanto esta guía dará una pauta para entender porque el tratamiento del ameloblasto es tan meticuloso, pues es muy invasivo y destructivo, y llevara tiempo en diagnosticarlo por no presentar sintomatología.

Esta trabajo servirá como guía para futuras consultas de estudiante de odontología, para saber cuál es el tratamiento más efectivo en esta patología, los signos y síntomas más perceptibles, el diagnostico efectivo así como el tratamiento a seguir y la restitución ósea mandibular dependiendo del área afectada con diferentes tipos de injertos pues el tratamiento es muy importante tanto clínico como patológicamente.

1.5 VIABILIDAD.

Esta investigación es viable ya que no demanda mayor gasto económico y la Facultad Piloto de Odontología cuenta con docentes de quienes tendré la guía necesaria, y la ayuda dentro de la investigación de campo además cuenta con internet y una biblioteca donde encontraré diferentes libros del cual obtendré la bibliografía necesaria para mi investigación.

CAPÍTULO II MARCO TEORICO.

ANTECEDENTES.

Denia Morales Navarro

Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial

“El ameloblastoma es una neoplasia benigna polimórfica localmente invasiva constituida por una proliferación de epitelio odontogénico en un estroma fibroso, que se clasifica dentro de los tumores benignos de epitelio odontogénico con estroma fibroso maduro sin ectomesénquima odontogénico. Representa entre el 11 y 13 % de todos los tumores odontogénicos. Se manifiesta prevalentemente durante la cuarta y quinta décadas de vida, sin predilección por el sexo. Puede presentarse a cualquier edad, mas la mayor incidencia es entre los 20 y 50 años salvo la variedad uniuística que se diagnostica generalmente entre los 20 y 30.”

“En 1868 Broca describe el primer reporte de ameloblastoma en la literatura científica. Falkson completó la primera descripción histológica detallada en 1879. Malassez en 1885 introduce el término de adamantinoma, que luego fue abandonado. Desde entonces se han empleado numerosos sinónimos para referirse a estos tumores, hasta la actual denominación de ameloblastoma “

“Ackermann, quien en un estudio de 57 casos de ameloblastomas uniuísticos no logro confirmar la presencia de un quiste preexistente, favoreciendo con esto el concepto de que estas lesiones son neoplasmas quísticos de novó.”

“Según Reichart, los factores que deben considerarse en la elección del tratamiento de un ameloblastoma uniuístico son:

Tamaño y localización, Características clínicas, tasa de crecimiento, relación con estructuras vecinas, Histología, Presentación clínica de la recurrencia, Edad del paciente y condiciones generales.”

“Los patrones histopatológicos sustentan la marcada diferencia en cuanto a tasas de recurrencia frente a una terapia conservadora; en este contexto, los

subtipos uniuésticos de crecimiento intramural (subtipos IIIa y IIIb de Ackermann) presentan tasas de recurrencia de hasta un 35,7% frente a sólo un 6,7% de los otros tipos de ameloblastomas uniuésticos (subtipos I y II de Ackermann)”

“Cawson, el tratamiento quirúrgico del ameloblastoma en la mandíbula: mandibulectomía segmentaria y reconstrucción inmediata con la resta peronea o ilíaca con colgajo de la arteria circunfleja profunda para una evaluación de la estética a largo plazo y los resultados funcionales.”

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS.

2.1.1 INTRODUCCIÓN

Los tumores odontogénicos forman un grupo de lesiones no usuales de los maxilares que se originan en alguna aberración del patrón normal de la odontogénesis. Dentro de ellos los ameloblastomas probablemente constituyen los de mayor controversia en cuanto a su manejo, dada su conducta local agresiva, su elevada tasa de recurrencia y su leve potencial metastásico.

En 1868 Broca describe el primer reporte de ameloblastoma en la literatura científica. Falkson completó la primera descripción histológica detallada en 1879. Malassez en 1885 introduce el término de adamantinoma, que luego fue abandonado. Desde entonces se han empleado numerosos sinónimos para referirse a estos tumores, hasta la actual denominación de Ameloblastoma (Ivy y Churchill en 1930).

La Organización Mundial de la Salud lo define como una neoplasia polimórfica localmente invasiva que comúnmente tiene un patrón folicular o plexiforme, constituida por una proliferación de epitelio odontogénico en un estroma fibroso y se clasifica dentro de los tumores benignos de epitelio odontogénico con estroma fibroso maduro sin ectomesénquima odontogénico.

El ameloblastoma representa entre el 11 y 13 % de todos los tumores odontogénicos.

Se inicia como una tumoración lenta y progresiva de consistencia dura, sólida; el tamaño es variable: desde escasos centímetros hasta muy voluminoso. El hueso aumenta de tamaño con reducción a finas láminas de sus tablas, por

adelgazamiento de la compacta producido por el crecimiento expansivo del tumor que también puede infiltrar e invadir las cavidades y regiones vecinas, penetrando incluso, dentro del cráneo. La mucosa bucal supra yacente permanece normal o eritematosa; puede también ulcerarse. La piel, según el tamaño que haya adquirido el tumor, se encontrará tensa sin estar adherida ni perforada. El proceso es asintomático, sólo cuando el tumor es voluminoso puede aparecer dolor, alteración en la masticación y/o fonación; si tiene componente quístico puede aparecer crepitación. Para Small y Waldron, este tumor representaría el 1% de todos los tumores y quistes originados en los maxilares, con igual frecuencia en ambos sexos, con una edad de aparición entre la tercera y quinta década de la vida, aunque existen en la literatura reportes en otras edades, como lo hacen notar Robinson y Kane en casos en que el tumor tuvo desarrollo previo por un largo período, antes de la evidencia clínica, el Ameloblastoma se localiza en el 80% de los casos descritos en la mandíbula, con preferencia en el ángulo de la misma y su etiología estaría relacionada con infecciones, inflamaciones y traumatismos (extracción dentaria). Probablemente, la patogenia se deba a:

Restos epiteliales de la vaina del diente.

Restos celulares del órgano del esmalte durante el desarrollo o posteriores.

Alteraciones genéticas del órgano del esmalte.

Alteraciones del epitelio que cubre el maxilar.

Alteraciones del epitelio desplazado de otra parte del organismo. Para la mayoría de los autores, la patogenia estaría relacionada con los quistes foliculares y el 33% tendría relaciones con éstos. El aspecto anatómico-clínico del tumor puede ser sólido, quístico o mixto.

2.1.2 ETIOPATOGENIA

El ameloblastoma deriva principalmente del epitelio que se relaciona con la formación de los dientes, es decir de células potencialmente capaces de formar tejido dental. Las posibles fuentes epiteliales incluyen restos celulares del órgano del esmalte (restos de Malassez), epitelio de quistes odontógenos en

especial el dentígero y odontomas, alteraciones del órgano del esmalte en desarrollo, células basales del epitelio de los maxilares y remanentes epiteliales de la lámina dental.

Se desconocen factores desencadenantes o los estímulos necesarios para que se produzca la transformación neoplásica de estas estructuras epiteliales. Algunos autores afirman que esta neoplasia es con frecuencia posterior a extracciones dentales quistectomías o a otros traumatismos.

Los ameloblastomas se localizan en cualquier lugar de la mandíbula o del maxilar, pero afecta con mayor frecuencia a la zona molar de la rama mandibular.

El pausado crecimiento del tumor ocasiona la movilidad de las raíces dentales relacionadas con el tumor y pueden encontrarse resorción en estas raíces, pero es muy poco frecuente.

El ameloblastoma característico empieza generalmente como una lesión central de hueso la cual es lentamente destructiva, tiende a diseminarse en vez de perforar el hueso. Rara vez es dolorosa a menos que se infecte secundariamente y con frecuencia no produce signos o síntomas en los que estén involucrados los nervios, quizás debido a esto los pacientes dejan que el tumor alcance grandes dimensiones persistiendo por muchos años sin tratamiento produciendo una deformidad facial marcada.

2.1.3 CLASIFICACIÓN

Según clasificación de los tumores odontogénicos de la OMS (2005)

Ameloblastoma tipo desmoplástico

Ameloblastoma tipo uniuquístico

Ameloblastoma sólido/multiquístico

Ameloblastoma extra óseo/tipo periférico

2.1.3.1 Ameloblastoma Desmoplástico.

Este tipo de ameloblastoma histopatológicamente presenta islotes de epitelio irregulares con bordes puntiagudos, células periféricas cuboidales con núcleos hipercromáticos, apariencia columnar menos frecuentes que las otras variantes, micro quistes en el espesor de los islotes y estroma fibroso con severa desmoplasia.

Representa un 10 % del total de ameloblastomas. Esta variedad generalmente se desarrolla en la zona anterior o premolar del maxilar y la mandíbula, sin preferencia por uno en concreto. Otros autores, en cambio, destacan su predilección por el maxilar comparado con los otros ameloblastomas. Estos tienen peor pronóstico, ya que presentan un mayor índice de recidivas posquirúrgicas y un mayor porcentaje de malignización.

Se presenta fundamentalmente en la cuarta y quinta década de vida sin predilección por género.

2.1.3.2 Ameloblastoma Uniquístico.

El ameloblastoma uniquístico debe verse por aparte, ya que sus características clínicas como radiológicas y patológicas son diferentes, al igual que su respuesta al tratamiento. Tiene una prevalencia del 10 al 15%.

Su localización más frecuente es en la mandíbula (90%), especialmente en la región posterior; aunque también se han visto raros casos en el maxilar.

Las características clínicas y radiográficas el ameloblastoma uniquístico se ha observado más frecuentemente en pacientes jóvenes, presentando el 50% diagnósticos durante los 10 a los 20 años de edad. La edad promedio es de 23 años. Esta lesión es asintomática aunque cuando es muy grande, puede provocar edemas dolorosos de la mandíbula.

En muchos pacientes esta lesión aparece como una radiolúcida circunscrita, que rodea la corona de un diente no erupcionado, generalmente la tercera molar inferior. Otras aparecen claramente como áreas radiolucidas bien

definidas, y se consideran que pueden ser quistes primordiales, radicales o residuales dependiendo de su relación con el diente.

Las características microscópicas de este tipo de ameloblastoma puede ser atribuido a todas aquellas lesiones quísticas que presenten alguno de los siguientes requisitos en el contexto de su constitución morfológica de su pared:

En el ameloblastoma uniuístico simple el epitelio del cual esta formado es homogéneamente ameloblastomatoso, aunque se puede optar por un epitelio quístico.

El ameloblastoma uniuístico intraluminal presentan casi en su totalidad un nódulo ameloblastomatoso o más se proyectan en el lumen quístico (aspecto descrito como luminal o intraluminal), sin evidencia de infiltración de la pared fibrosa del quiste por epitelio odontogénico.

El ameloblastoma uniuístico intramura, es otro tipo de ameloblastoma uniuístico el cual presenta una o más proyecciones de un epiteliales ameloblástico proliferante en el espesor de la pared conectiva, ya sea del tipo folicular o plexiforme el cual puede estar o no conectado a la cubierta epitelial del quiste.

En el análisis se observan islas de tejido ameloblástico que están presentes en el interior de la pared conectiva en contacto directo con el epitelio de un quiste aparentemente no neoplásico.

Su tratamiento a seguir y su pronóstico depende de los hallazgos clínicos y radiológicos de la mayoría de los casos, pues el ameloblastoma uniuístico sugieren que la lesión es un quiste odontogénico, por lo que estos tumores son tratados por enucleación como si fueran quistes odontogénicos, ya que el diagnóstico de ameloblastoma se hace histológicamente.

A excepción de los del tipo mural cuyo tratamiento debe de hacerse igual que los ameloblastomas clásicos intraóseos, ya que también abarcan el tejido conectivo.

Se ha reportado recurrencia de 10% a 20% después de la enucleación y sobre todo en la manipulación por medio del curetaje sin escatimar su uso.

2.1.3.3 Ameloblastoma Sólido o Multiquístico.

El más frecuente. Se origina centralmente pero suele crecer en todas las direcciones invadiendo el tejido local y destruyendo el hueso. Las lesiones son no encapsuladas y presentan un porcentaje de recidiva de hasta en un 90 % si son tratados con curetáje.

El Ameloblastoma sólido produce extensa deformación; ubicado preferentemente en mandíbula, puede comprometer seno maxilar y piso de fosas nasales con un rango de edad de presentación entre 20 y 40 años, son generalmente multiloculares, con límites radiográficos difusos e infrecuente reabsorción radicular. Su tratamiento va desde la recesión con curetáje óseo hasta la zona marginal o segmentaria

Las características clínicas y radiográficas que se presenta en este tipo de ameloblastoma se encuentran en pacientes de diferentes rangos de edad. La lesión es rara encontrarla en niños menores de diez a diecinueve años, y presentan una prevalencia igual de los veinte a los setenta años. No muestra ningún tipo de predilección por sexo.

El tumor es asintomático, las lesiones pequeñas son detectadas únicamente durante el examen radiográfico. Se presenta clínicamente dolor provocado por el edema en el maxilar o la mandíbula. La lesión puede llegar a crecer lentamente hasta alcanzar proporciones masivas, el dolor y la parestesia no son comunes, inclusive con tumores grandes. Más o menos el 85% de los ameloblastomas sólidos ocurren en la mandíbula, la mayoría en el área de la rama ascendente y molares. Aproximadamente el 15% ocurre en la región posterior del maxilar.

Dentro de los hallazgos radiológicos podemos mencionar lesiones radiolucetas multiloculares que, muchas veces son descritas como que tuvieran la apariencia de burbujas de jabón, cuando son más pequeñas pueden aparentar un panal de abejas, aunque también puede ser unilocular. Es frecuente la expansión cortical, tanto en bucal como en lingual. Se ha encontrado reabsorción radicular de las piezas adyacentes a la lesión así como terceras molares inferiores no erupcionados asociadas a esta. Cuando los

ameloblastomas sólidos presentan un defecto radiolucientes unilocular refleja casi cualquier tipo de una lesión quística, sin embargo los márgenes de estas lesiones son irregulares. A pesar de que las características radiográficas son muy particulares para este tipo de lesión, en especial los defectos multiloculares, una variedad de lesiones odontogénicas y no odontogénicas pueden presentar características similares.

Las lesiones se localizan generalmente en el cuerpo de la mandíbula, área anterior del maxilar, rama ascendente de la mandíbula y región posterior del maxilar, siendo estos últimos dos, las regiones de mayor peligro por su proximidad a estructuras vitales.

Las características histopatológicas que normalmente presenta el ameloblastoma sólido o intraóseo multiquístico es una tendencia hacia cambios quísticos, estos pueden percibirse microscópicamente o incluir la mayoría del tumor.

El patrón más común del quiste intraoseo multiquístico es el folicular o plexiforme, mientras que el ameloblastoma de tipo acantomatoso es celular granular, y el ameloblastoma de tipo desmoplástico y de células basales son los menos comunes.

El patrón folicular histopatológicamente es el más común y reconocido. Se pueden observar islas de epitelio, que asemejan el epitelio del órgano del esmalte. El epitelio consiste en un núcleo rodeado por una capa de células columnares. La formación de quistes es común, y varían en tamaño.

El patrón plexiforme se encuentra formado por un cordón o largas capas de epitelio odontogénico, unidas por células columnares o cuboidales. La formación de quistes en ésta variedad es poco común y cuando ocurren generalmente son asociadas a la degeneración del núcleo más que cambios quísticos del epitelio.

El tratamiento y pronóstico para los pacientes que han presentado este tipo de ameloblastoma han sido tratados por diferentes medios y técnicas clínicas, estos varían desde una enucleación y curetaje hasta recesión en bloque que sería el método radical en este tipo de patologías. El ameloblastoma

convencional tiende a estar en la zona afectada como un infiltrado entre el hueso trabecular y la lesión. Al hacer el curetaje se pueden dejar pequeñas partes del tumor, las cuales pueden recurrir a un nuevo proceso de formación ameloblastico. Es por ello que no se recomienda el tratamiento únicamente con curetaje de la lesión especialmente en la región posterior del maxilar, por su proximidad a estructuras vitales.

La recurrencia es de un 55% a 90% y ésta puede manifestarse años después. Si después de cinco años no existen manifestaciones de la lesión esto no es un indicativo de que ya no recurrirá. La recesión tiene una recurrencia de 15%, y es el tratamiento más utilizado.

El ameloblastoma convencional es persistente e infiltrativo y puede llegar a causar la muerte del paciente si envuelve estructuras vitales como arterias, nervios, aunque raramente muestran un comportamiento mal.

2.1.3.4 Extra óseo o periférico:

Se observan como un aumento de volumen localizado de la encía. Es la menos frecuente de las formas clínicas y representa el 1% de todos los ameloblastomas. Se deriva de restos de epitelio odontogénico, especialmente del órgano del esmalte; Raramente afecta el hueso adyacente histológicamente la lesión presenta las mismas características que la variante intraósea.

Las características clínicas de esta lesión se presentan como una lesión indolora sésil, no ulcerada o pedunculada o en la mucosa alveolar. En pacientes de cualquier edad condición física o raza, pero principalmente en los de mediana edad. Esta lesión es más común encontrarla en la mandíbula, en regiones como la mucosa alveolar o región gingival posterior.

Las características histopatológicas de este tipo de lesión presenta pequeños epitelios ameloblasticos que ocupan la lámina propia debajo de la superficie. En el 50% de los casos se ha visto la relación del tumor con la capa basal de la superficie del epitelio.

Su tratamiento y pronóstico que se diferencia en mucho de las lesiones del ameloblastomas intraóseos, el periférico presenta un comportamiento inocuo,

pues en el procedimiento clínico a seguir se ha visto que los pacientes han respondido bien con solo realizar una escisión local del problema y se ha observado una recurrencia de este tipo de ameloblastomas en sólo 25% de los casos.

Existen estudios los cuales han demostrado dos razones por la cual estas lesiones tienen un mejor pronóstico luego del procedimiento clínico:

Porque aparece como un crecimiento gingival detectado rápidamente.

El hueso cortical de la mandíbula presenta una barrera que evita la invasión

2.1.3.5 Ameloblastoma metastatizante y carcinoma ameloblastico.

Estos 2 tumores excepcionalmente raros apenas son algo más que curiosidades anatomopatológicas, aunque, como es lógico, no para el paciente.

El ameloblastoma metastatizante es un ameloblastoma histológicamente típico que, a pesar de su apariencia benigna, produce metástasis a distancia.

Las metástasis pueden afectar al pulmón y muestra la misma imagen microscópica benigna típico del primario. Algunos casos parecen secundarios a implantaciones por aspiración en el momento de la cirugía, mientras que otros aparecen tras una rotura quirúrgica del tumor primario o por extirpación incompleta repetida.

Ni la imagen histológica del tumor primario ni la de la metástasis muestran diferencias significativas con la de los ameloblastomas convencionales no metastatizante. Por tanto resulta imposible predecir solo por su morfología si un ameloblastoma va a metastatizar, sin embargo, la probabilidad que lo hagan son remotas.

El carcinoma ameloblastico es un tumor que en un principio tiene una imagen histológica similar a la de los ameloblastomas, pero que pierde su diferenciación y se transforma en un carcinoma. Se extiende a los ganglios linfáticos o incluso los sobrepasa. Más tarde la imagen microscópica se diferencia mucho o adopta un aspecto similar al del carcinoma epidermoide.

En raras ocasiones, la pérdida progresiva de diferenciación se comprueba en piezas sucesivas del mismo paciente, lo que confirma el diagnóstico. El tratamiento es similar al de un carcinoma intraóseo pero si se han producido metástasis el pronóstico es malo.

2.1.4 ASPECTOS HISTOLÓGICOS.

Histológicamente es muy parecido al órgano del esmalte. Existen varios tipos siendo el más frecuentes el folicular, con islotes epiteliales entre tejido conjuntivo. Estos islotes tienen células similares a los ameloblastos en la periferia y al centro tejido que recuerda el retículo estrellado. Otras variedades son el plexiforme: con cordones y redes epiteliales que dejan espacios donde se encuentra el estroma conjuntivo; la variedad acantomatosa: presenta formación de queratina en los islotes epiteliales; la de células granulosas: con islotes con células de citoplasma granuloso y eosinófilos que corresponden a lisosomas; y la de células basales: con un patrón similar al del carcinoma cutáneo de células basales. Ninguna de estas variedades tiene mayor importancia con respecto al pronóstico.

La característica común a casi todos los subtipos es la polarización de las células que rodean los islotes de proliferación, de una manera similar a cuánto sucede en el ameloblastoma del órgano del esmalte.

El área más central de la lesión recuerda el aspecto del retículo estrellado del órgano del esmalte; La otra particularidad es la proliferación de las células tumorales en los islotes neoplásicos, que es similar al proceso de neo formación dentaria.

El ameloblastoma maligno es una neoplasia en la que tanto la lesión primaria como la metástasis presentan características histopatológicas de un ameloblastoma de tipo sólido sin elementos de malignidad.

Considerando que el curso histológico de estas lesiones varía, se pueden diferenciar distintos subtipos: el más común es el folicular; ocasionalmente, las células neoplásicas proliferan en el contexto del epitelio, dando origen al ameloblastoma plexiforme.

Los ameloblastomas se definen acantomatosos o fusiformes si el área central de los folículos se constituye por células escamosas o alargadas y de células basales si poseen las características histológicas similares al carcinoma de células basales cutáneo.

Finalmente el subtipo de células granulares posee una granulación citoplásmica de las células centrales del folículo; El ameloblastoma plexiforme en su variante uniuística presenta epitelio ameloblástico en el contexto de la pared quística. En algunos casos raros, la involución terminal representa la degeneración maligna.

Los raros ameloblastomas malignos se manifiestan principalmente en sujetos jóvenes con una localización mandibular más frecuente que maxilar. Estos tumores producen metástasis hacia los linfonodos regionales y podría también ir a órganos distantes.

Las lesiones malignas se han subdividido en dos subtipos: ameloblastoma maligno y el carcinoma ameloblástico. El primero se caracteriza por lesiones primitivas y metastásicas histológicamente bien diferenciadas, mientras que el segundo presenta lesiones con un grado de menor diferenciación y de atipia citológica y de figuras mitóticas anormales.

2.1.5 MARCADORES INMUNO-HISTOQUÍMICOS

Recientemente se han hecho intentos para medir o evaluar el comportamiento del tumor, por el empleo de marcadores inmuno-histoquímicos de proliferación celular. *Li* estudió la expresión del antígeno nuclear de proliferación celular (PCNA) y Ki-67 en ameloblastomas. En los ameloblastomas uniuísticos, que las células invaden la pared quística exhiben un índice significativamente alto de células PCNA positivas más que las células de los nódulos o excrecencias intraluminales del tipo I y II. Los índices observados en los ameloblastomas del tipo folicular fueron significativamente más altos que en todas las áreas del ameloblastoma uniuístico.

Estos métodos de marcación inmuno-histoquímica para la actividad proliferativa celular son de gran valor junto al diagnóstico histomorfológico y quizás provea

una base para un mejor entendimiento del comportamiento biológico de los ameloblastomas, como guía para un tratamiento adecuado.

2.1.6 DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS:

Se ha reportado una variante maligna conocida como ameloblastoma maligno y carcinoma ameloblastico. Para llegar al diagnóstico se consideran las características clínicas y radiográficas, además, se puede realizar una aspiración, la cual puede ser negativa indicando que se está ante una lesión sólida, pero ésta también podría ser positiva, obteniéndose un líquido de color ámbar, lo cual nos permite realizar un diagnóstico diferencial con el quiste dentífero.

Siempre debe tomarse una biopsia para realizar el estudio histopatológico, este es en última instancia el que da el diagnóstico definitivo. Si existe la duda frente al diagnóstico histopatológico, por las características clínicas del caso, se deberá tomar una nueva muestra o realizar nuevos cortes para examinarlo.

Por compartir características clínicas y radiográficas similares con otras lesiones se debe hacer diagnóstico diferencial con un gran número de patologías como son: el quiste dentífero, el queratoquiste, el quiste óseo, el quiste radicular, el quiste residual, el tumor odontogénico adenomatoide, el tumor odontogénico epitelial calcificante, el quiste odontogénico epitelial calcificante, el mixoma, el granuloma central de células gigantes, el tumor del hiperparatiroidismo, los fibromas odontogénicos, los cementomas y las lesiones fibro-óseas en sus estadios iniciales, entre otras patologías.

2.1.7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

La lesión que con mayor frecuencia puede confundirse con este tumor es el quiste dentífero, debido a la asociación de ambos a la corona de un diente retenido. Sin embargo, un dato radiográfico que puede ser útil para diferenciarlos es la presencia de material calcificado dentro del tumor, aunque no todos los casos de tumores ameloblasticos presentan esta característica.

En otras ocasiones el aspecto macroscópico del espécimen permite identificar en el interior de la cavidad al tumor en forma de proyecciones papilares o

sólidas de color blanco-amarillento bien delimitadas por una gruesa cápsula fibrosa.

Aunque no es frecuente, existen reportes de que el tumor ameloblastico se puede presentar con semejanzas radiográficas a un quiste radicular inflamatorio o quiste periapical. En los casos en que se presentan calcificaciones intralesionales en lesiones peri coronales o extra foliculares es obligado considerar al quiste odontógeno calcificante y al tumor odontogénico epitelial calcificante.

En casos reportados por varios autores este tumor es descrito, como una lesión que produce una expansión tanto vestibular como lingual, que puede aparecer en maxilar o mandíbula. En este caso constatamos de igual manera, la gran expansión de ambas corticales, lingual y vestibular.

Los ameloblastomas periféricos son muy raros; Son tumores de tejidos blandos tanto primarios como secundarios, estos últimos aparecen después de la cirugía.

Los ameloblastomas son neoplasias odontógenas benignas de agresividad local elevada y probabilidad de la recidiva.

2.1.8 CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

Radiográficamente el ameloblastoma ofrece una imagen radiolúcida, pudiendo presentar patrones variables. El más frecuente es el multilocular, donde la apariencia es en pompas de jabón; los límites de la imagen pueden ser lisos o presentar ciertas irregularidades. Otras veces la imagen con que nos encontramos es unilocular o asociada a un diente retenido, teniendo un aspecto muy semejante a un quiste dentífero o a otras entidades similares, lo que explica que su imagen radiográfica no sea patognomónica.

Según recientes artículos publicados sobre el tema, las imágenes unilocular o multilocular son posibles en ambos tipos de ameloblastoma, sólo que en los ameloblastomas uniuquísticos es más frecuente encontrar una imagen unilocular y en el infiltrante es más frecuente la multilocular. Existen opiniones contrarias a esta afirmación y apuntan que las imágenes de ameloblastomas uniuquísticos

que presentan multilocularidad serían debidas a lesiones con márgenes imprecisos. (Véase Anexo 8)

En el examen radiográfico de un posible ameloblastoma deben ser considerado algunos parámetros: localización, relación eventual con piezas dentarias incluidas y forma de la lesión. Se han descrito 6 grupos principales para interpretar el examen radiográfico:

Aspecto similar a un quiste folicular.

Aspecto similar a un quiste folicular con desplazamiento del diente incluido y extensión de la neoformación a la rama pudiendo alcanzar la coronoides.

Aspecto similar a un quiste folicular con márgenes policíclicos.

Aspecto similar a un quiste radicular con reabsorción de las raíces dentarias contiguas.

Osteolisis piriforme localizada entre dos piezas dentarias contiguas y desplazamiento dentario.

Osteolisis multilocular periapical con reabsorción radicular. La reabsorción de las piezas dentarias relacionadas es un elemento característico que diferencia a este tumor de simples lesiones quísticas.

El ameloblastoma desmoplástico difiere en las características radiológicas, mostrando una imagen mixta radiolúcida-radiopaca, con bordes mal definidos. Es una imagen más típica de una lesión fibrosa. A menudo se encuentra asociado a un tercer molar retenido.

Las imágenes de las tomografías axiales computarizadas simples o con contraste y las resonancias magnéticas no son patognomónicas, pero la presencia de una masa grande y multiquística, con invasión local y adelgazamiento de la cortical sin signos de invasión perineural es sugestiva de ameloblastoma. La tomografía computarizada será la mejor técnica para delimitar la extensión a través del hueso maxilar, ya que los ameloblastomas primarios siempre afectan al hueso (véase Anexo 9).

En recurrencias será superior la resonancia magnética ya que generalmente se originan de los tejidos blandos o de caras óseas resecaadas.

2.1.9 TRATAMIENTO DEL AMELOBLASTOMA.

Cada paciente es único, por eso, los tratamientos no se pueden estandarizar, es importante conocer la edad del paciente, el tipo de lesión, la extensión, si hay o no perforación de la cortical ósea, el compromiso de los tejidos blandos y si ha tenido o no tratamientos previos.

De acuerdo con estas variables se tienen diferentes opciones de tratamiento, entre ellas: enucleación, enucleación más curetaje, resección en bloque, resección marginal, crioterapia, radiación, cauterización o combinación de ellas.

El alcance de la intervención respectiva no consiste solamente en la eliminación completa de la lesión, erradicando las células neoplásicas que podrían proliferar y provocar una recidiva, sino que también en la optimización funcional: los procedimientos reconstructivos, por tanto, se deben planear antes de la cirugía y el objetivo determina la elección entre las diferentes técnicas a la disposición.

Los métodos a disposición varían mucho en función de la naturaleza de la lesión: la identificación histológica de la lesión es, sin embargo, un elemento inevitable en la elaboración del plan del tratamiento.

Los factores a considerar en la decisión entre los distintos abordajes quirúrgicos son numerosos:

2.1.9.1 Agresividad de la lesión.

El diagnóstico histológico identifica y dirige el tratamiento puesto que, más que otros puede condicionar el pronóstico, dado que la biopsia del Ameloblastoma nos indicara el resulta concreto de cuan agresivo y patógeno es el tumor, podría ser capaz de generar deformidad facial, con alta tasa de recurrencia debido a su capacidad de infiltrar hueso trabecular, ubicándose preferentemente en la mandíbula.

2.1.9.2 Localización anatómica de la lesión.

La posición de la lesión puede complicar el procedimiento quirúrgico, e influenciar negativamente el pronóstico.

La localización es tan importante como su patogenia, pues si está ubicado en una zona difícil de abordar se dará un pronóstico malo, pues las células seguirán en el lugar destruyendo el tejido, invadiendo lugares aun más difíciles de abordar.

2.1.9.3 Proximidad a los dientes y a las estructuras neurovasculares.

El intento de preservar estas estructuras puede minar la radicalidad de la cirugía.

Esta es una zona de alto riesgo, pues la sensibilidad del área afectada es importante así como su vascularización, de tal forma que el abordaje será muy difícil, tendremos que buscar medios diferentes para evitar la denervación así como el corte de alguna arteria importante.

2.1.9.4 Dimensiones del tumor.

Por su tamaño podría dar un mal pronóstico.

2.1.9.5 Duración de la lesión.

Las lesiones de lento crecimiento parecen tener un pronóstico postquirúrgico mejor.

Simplificando, podemos decir que el tratamiento conservador esté limitado al ameloblastoma mandibular de aspecto uniuquistico y de pequeñas dimensiones, especialmente con localización mandibular, respecto de las corticales y también su periferia.

El tratamiento agresivo, es decir una remoción con amplios márgenes de tejido sano, se indica para el ameloblastoma solido-multiquístico localizados en el maxilar.

Visto el alto porcentaje de recidivas, los pacientes deben entrar en un programa de control de al menos 5 años, pero recomendamos controles clínicos y radiográficos a largo plazo.

La terapia quirúrgica incluye la enucleación, curetaje, cauterización eléctrica, escisión, osteotomía y puntos de sutura. La terapia quirúrgica más agresiva, a su vez, incluye una resección total o segmentada de la mandíbula circunscribiendo los márgenes de seguridad.

La radioterapia como tratamiento de primera elección debería emplearse sólo en aquellos casos en los que no fuese posible el tratamiento quirúrgico (edad del paciente, enfermedades de base, localización y/o tamaño tumoral). La quimioterapia no es efectiva.

La marsupialización puede ser útil como tratamiento pre quirúrgico para los ameloblastomas unicísticos de gran tamaño y en pacientes jóvenes ya que minimiza el volumen del tumor y limita la extensión de la cirugía. Esta técnica se aplica a lesiones quísticas extensas, induce la neoformación ósea y la reubicación de estructuras anatómicas y dentarias; minimiza la deformación física y la posibilidad de recurrencia; permite la inspección constante de la cavidad y la toma de biopsias en cualquier sitio de la lesión, ante la sospecha de producción continua de queratina o franca malignización en carcinomas odontogénicos o carcinomas mucoepidermoides. Su uso implica control exhaustivo por tiempo prolongado, seguimiento periódico y controles radiográficos, clínicos y paraclínicos (biopsias).

Es necesaria la cirugía de reconstrucción tras la resección, para restaurar la función y minimizar la deformidad producida. Sin embargo ningún método de reconstrucción aun logró ser totalmente satisfactorio, lo que torna la reconstrucción de difícil realización. Los tipos diversos de injertos óseos autógenos u homólogos y biomateriales han sido utilizados. La condilectomía sin reconstrucción resulta en deformidad facial, mal oclusión y dolor.

Un problema común en la utilización de prótesis de resina es el desarrollo de fibrosis en torno de la articulación, para reducir al mínimo este problema es

importante el acompañamiento fonoterápico a largo plazo. En virtud de tal posibilidad de complicación postoperatoria, la paciente fue encaminada para el acompañamiento del fonoaudiólogo en el postoperatorio.

La corrección de las fallas óseas mediante la reconstrucción quirúrgica es muchas veces difícil. Pueden ser hechas con materiales autólogos, cuando estén disponibles. En otros casos, pueden ser hechas con el uso de prótesis reparadoras en que se utilizan diferentes materiales.

La prótesis reparadora y la reconstrucción autógena últimamente son juzgadas como el medio más eficiente para devolver en cierta forma la morfología y la normalidad en el patrón motor. Excelentes resultados estéticos, reducción del tiempo quirúrgico y facilidad de la técnica son claves para promover la confianza al paciente en su recuperación. El injerto autólogo es una popular opción de reconstrucción del cóndilo mandibular, particularmente injertos de costillas, sin embargo están asociados a una alta tasa de reabsorción. (Véase en Anexo 11, 12 y 13).

Creemos que la rotación del colgajo del músculo esternocleidomastoideo es una nueva e importante posibilidad para reducir al mínimo la posibilidad de exposición de la placa de reconstrucción. La cirugía para la resección del ameloblastoma es cada vez más recomendada, no solo a la remoción del tumor, más a la rehabilitación del sistema estomatognático en su totalidad, en este aspecto las cirugías reconstructivas tienen un papel fundamental en el manejo de estos pacientes.

La radioterapia como tratamiento de primera elección debería emplearse sólo en aquellos casos en los que no fuese posible el tratamiento quirúrgico (edad del paciente, enfermedades de base, localización y/o tamaño tumoral). La radioterapia en el tratamiento de los ameloblastomas, considerados tumores radiorresistentes, tiene un papel muy discutido pero sustancialmente limitado a los casos en los cuales la cirugía sería excesivamente destructiva. La tasa de recurrencias en pacientes tratados únicamente con radioterapia es alta.

Los resultados del tratamiento con quimioterapia son controvertidos, debido a que algunos autores afirman que su efectividad es prácticamente nula mientras otros obtienen resultados más satisfactorios.

El tratamiento radical se indica para raros ameloblastomas malignos que sobretodo afectan a sujetos jóvenes y para el carcinoma ameloblastico. Otras problemáticas a evaluar son la presencia y el grado de la metástasis, la radiosensibilidad y la quimiosensibilidad del tumor, la edad y las condiciones físicas generales del paciente y de sus expectativas.

El alcance de la intervención no consiste solamente en la eliminación completa de la lesión, sino que también en la optimización funcional: los procedimientos reconstructivos, por tanto, se deben planear antes de la cirugía. La rehabilitación protésica y funcional de estos pacientes que han recibido cirugías receptoras, debe ser un objetivo del plan de tratamiento. Los límites de la rehabilitación dental son imputables a la distorsión de la anatomía bucal, la presencia de tejido cicatricial, la modificación de la topografía ósea y la pérdida del vestíbulo.

El 95 % de las recurrencias de los ameloblastomas se detectan durante los primeros 5 años tras la intervención inicial, aunque el 50 % de estas aparecen en el primer año. También se han descrito casos en los que la recidiva sucede más allá de este plazo. En algunas ocasiones se ha observado la transformación maligna del ameloblastoma tras varias intervenciones quirúrgicas. Por todo ello, el seguimiento del paciente a largo plazo es fundamental ya que las características micro invasivas del tumor hacen probable la extensión en los márgenes quirúrgicos. Los pacientes deben entrar en un programa de control de al menos 5 años, pero se recomiendan controles clínicos y radiográficos a largo plazo.

2.1.10CASO CLÍNICO.

Se le realiza biopsia incisional intraoral cuyo resultado fue Ameloblastoma variedad plexiforme. El ameloblastoma es un tumor benigno, raramente visto, del epitelio odontogénico (ameloblastos), o de la parte exterior de los dientes

en desarrollo: aparece con mucha más frecuencia en la mandíbula que en el maxilar.

No obstante estos tumores son raramente malignos o metastásico (con poca frecuencia se extienden a otras partes del cuerpo), y progresan lentamente, las lesiones resultantes pueden causar anomalías severas de la cara y mandíbula.

Se indicó la resección en bloque de la lesión, colocación de placa de reconstrucción mandibular e injerto de cresta iliaca para reparar el defecto estético y funcional resultante. Pero dada sus posibilidades económicas no se pudo realizar la reconstrucción planeada, solo se realizó la extirpación tumoral.

Bajo anestesia general y entubación naso traqueal y se coloca en posición quirúrgica cervical (hiperextensión del cuello y cabeza hacia el lado contralateral). Se realiza la asepsia y antisepsia, se realizó abordaje extra oral arciforme en el cuello unida además de una incisión curvilínea en la región mental (tipo Mc Gregor) para preservar la unidad estética de la zona, debido al tamaño de la lesión se consideró realizar un Split lip (división del labio) que al final no se realizó.

Se realiza disección subplatismal y se desperiostiza la mandíbula (véase Anexo 1)

Imagen radiográfica. (Véase Anexo 2)

Una vez realizado la disección se sigue con la localización del tumor ameloblastico (véase Anexo 3)

Tomando en cuenta los márgenes de seguridad para estos tumores, se realiza exodoncia del diente lateral contralateral a la lesión y con sierra de Gigli se realiza osteotomía. (Véase Anexo 4)

Se realiza desperiostización de la cara interna de la mandíbula, desinserción del musculo temporal, ligadura de la arteria alveolar inferior y osteotomía subcondilar oblicua en la rama para una futura reconstrucción, (véase Anexo 5)

Espécimen quirúrgico (véase Anexo 6 y 7)

Post operatorio con drenaje. (Véase Anexo 8)

2.2 ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS.

Si se logra dar un buen diagnóstico histopatológico del ameloblastoma tendremos el tratamiento adecuado para este tipo de afectaciones.

2.3 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable Independiente:

Establecer la importancia del diagnóstico histopatológico de los ameloblastomas previo a la cirugía radical con reconstrucción mandibular y maxilar.

Variable dependiente:

Genera una cirugía radical con eliminación y reconstrucción del are de la mandíbula afectada.

2.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Definición operacional Aspectos/ dimensiones	Indicador	Ítems
Importancia del diagnóstico histopatológico de los ameloblastomas previo a la cirugía radical con reconstrucción mandibular y maxilar.	El diagnóstico histopatológico o biopsia es importante para poder realizar recesión mandibular como tratamiento ameloblastico.	Para poder conocer La histopatología, la afectación, la patogenia, la agresividad y etiología.	Localización de la masa tumoral. Agresividad del tumor. Eliminación del área afectada.	¿De qué forma influye el desconocimiento del análisis histopatológico de un tumor ameloblastico durante su eliminación?
Genera una cirugía radical con eliminación y reconstrucción del área de la mandíbula afectada.	Forma de tratar localizar y eliminar la zona mandibular afectada, dando un buen pronóstico.	Acceso al área afectada Recesión mandibular Preparación de la mandíbula para la reconstrucción.	Evitar eliminar tejido importante. Impedir futuras recidivas. Recuperación del funcionamiento de la mandíbula	Con el debido estudio del tratamiento del ameloblasto evitaremos futuras complicaciones, y darle funcionamiento nuevamente a la parte restante del hueso mandibular.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA.

3.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN.

Facultad Piloto de Odontología, Consultorio Odontológico Dr. Alex Polit.

3.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN.

2011 - 2012

3.3 RECURSOS EMPLEADOS.

3.3.1 RECURSOS HUMANOS.

Dr. Alex Polit.

Dr. Luis Villacres.

Dr. Miguel Álvarez.

3.3.2 RECURSOS MATERIALES.

Libros

Fotografías

Revistas

Imágenes computarizadas

3.4 UNIVERSO Y MUESTRA.

Este trabajo es de tipo descriptivo por lo cual no se desarrolla una muestra, ni existe población, no se realiza experimento alguno, si no que se realizo una resumen descriptivo de revistas, libros.

3.5 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Investigación Bibliográfica: es bibliográfica porque realizamos una amplia búsqueda de información sobre este tema utilizando conjunto de conocimientos y técnicas para obtener en la biblioteca de nuestra alma mater los libros,

revistas que en ella encontré para mi investigación, así como publicaciones en internet sobre el tema de mi autoría.

3.8 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

No es experimental pues no contamos con un grupo de control en esta investigación.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENACIONES.

4.1 CONCLUSIONES.

Este tipo de tumor odontógeno, no tiene un tratamiento estandarizado y cada caso tendría que analizarse por separado.

No se debe de ignorar las numerosas observaciones e indicaciones recientemente publicadas en la literatura bibliográfica pues tendrá una ayuda para que en un futuro no presente problema.

Resultaría beneficiosa una programación terapéutica cuanto más escrupulosa y que tenga en cuenta también las expectativas estéticas del paciente, por lo tanto es válida una colaboración entre patólogos, cirujanos y prostodoncistas para dar un tratamiento personalizado de cada caso y recomendar controles postoperatorios clínicos y radiográficos a largo plazo.

No es siempre fácil la terapéutica radical, pero la opción debe siempre dirigirse principalmente a la tutela la salud del paciente, no solamente a corto y medio plazo, sino que también a largo plazo.

Por lo tanto la cirugía radical con reconstrucción mandibular con implantes se le ofrece al paciente un adecuado nivel estético pues al ser radical habrá desfiguración y por lo tanto problemas de índole psicológicos y así se mejoraría la vida del paciente.

4.2 RECOMENDACIONES.

Hacer énfasis a los estudiantes de la importancia del conocimiento de lo que es un ameloblasto.

Que el estudiante realice investigación sobre el mal tratamiento de una patología como el Ameloblastoma.

Que el estudiante tenga conocimiento sobre el diagnostico histopatológico del Ameloblastoma.

Seguir cada una de los pasos antes mencionados en esta obra.

Que el estudiante y el odontólogo sean capaces de no diagnosticar sin antes realizar un estudio patológico del tumor.

Que tanto el odontólogo como el estudiante sepan sobre la importancia de los exámenes radiográficos de una patología.

Que tanto odontólogo como estudiante sepan las implicaciones que conlleva una mala eliminación del Ameloblastoma.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Anderson T. Orofacial tumors. West Indian Med Journal. 2006; 55(5):434-9.
2. Cirugía bucal con patología, clínica y terapéutica; Guillermo A. Ries Centeno, Guillermo A. Ries Centeno – 1968
3. Cirugía maxilofacial: Patología quirúrgica de la cara, boca, cabeza y cuello; Guillermo Raspall - 1997
4. Dr. Ernesto Sánchez Cabrales. Facultad de Ciencias Médicas "Victoria de Girón". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.
5. Dra. Denia Morales Navarro, http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol46_3_09/est06309.htm
6. Kane J. Odontogenic Tumors. A stadistical and morphological study of 38 cases. Tesis. Georgetown University. 1951
7. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000400007&script=sci_arttext. [Consulta 22 de Abril del 2012]
8. http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol46_3_09/est06309.htm [Consulta 14 de Abril del 2012]
9. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2007000200005 [Consulta 22 de Abril del 2012].
10. <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v23n1/original1.pdf> Carini F, Riazoli G, Vignoletti F, Baldoni M[Consulta 23 de Abril del 2012]
11. http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652002000300006&script=sci_arttext&tlng=pt [Consulta 23 de Abril del 2012]
12. <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/3/art16.asp> [Consulta 23 de Abril del 2012]
13. Li TJ. Expression of proliferating cell nuclear antigen (PCNA) and Ki-67 in unicytic ameloblastoma. Histopathology. 1995; 26:219-28.
14. Sánchez Cabrales E, Álvarez Arredondo B, Vila Morales D. Granuloma reparativo de células gigante agresivo en región mandibular. Rev. Cubana Estomatol. 2010; 47(2).

15. Reid-Nicholson M, Teague D, White B. Fine needle aspiration findings in malignant ameloblastoma: A case report and differential diagnosis. *Diagnostic Cytopathology*. 2009; 37(8).
16. Revista Cubana de Estomatología versión On-line ISSN 1561-297X Rev Cubana Estomatol v.46 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2009.

ANEXOS



Anexo 1

Tumoración mandibular de varios años de evolución, con asimetría facial, aumento de volumen del lado derecho.

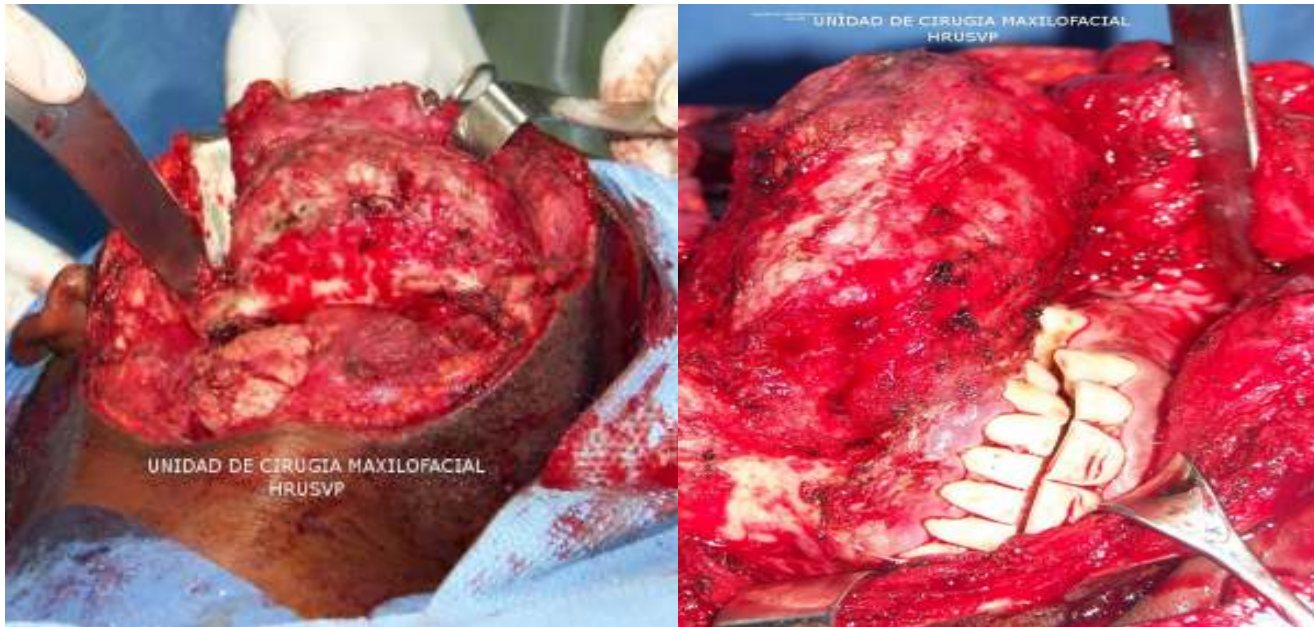
Tomado de: Dr. Zoilo Núñez Gil, Año 2011



Anexo 2

En la radiografía panorámica, una lesión osteolítica en pompa de jabón multilobular en la mandíbula del mismo lado

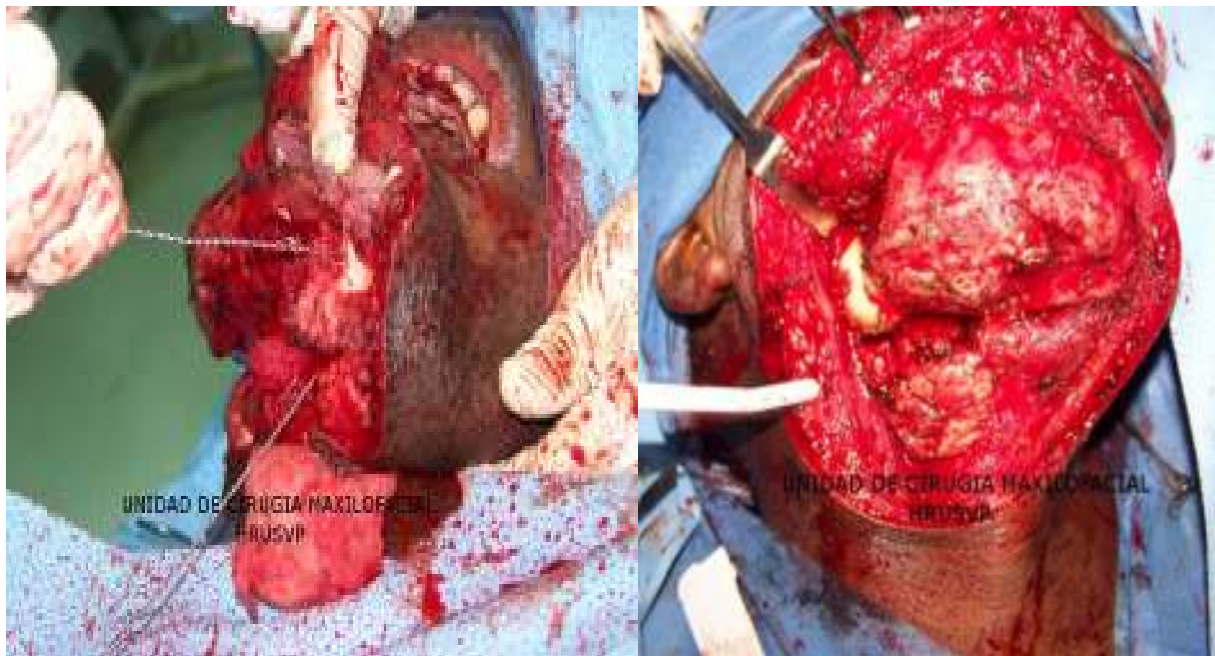
Tomado de: Dr. Zoilo Núñez Gil, Año 2011



Anexo 3

Se realiza disección subplatismal y se desperiortiza la mandíbula.

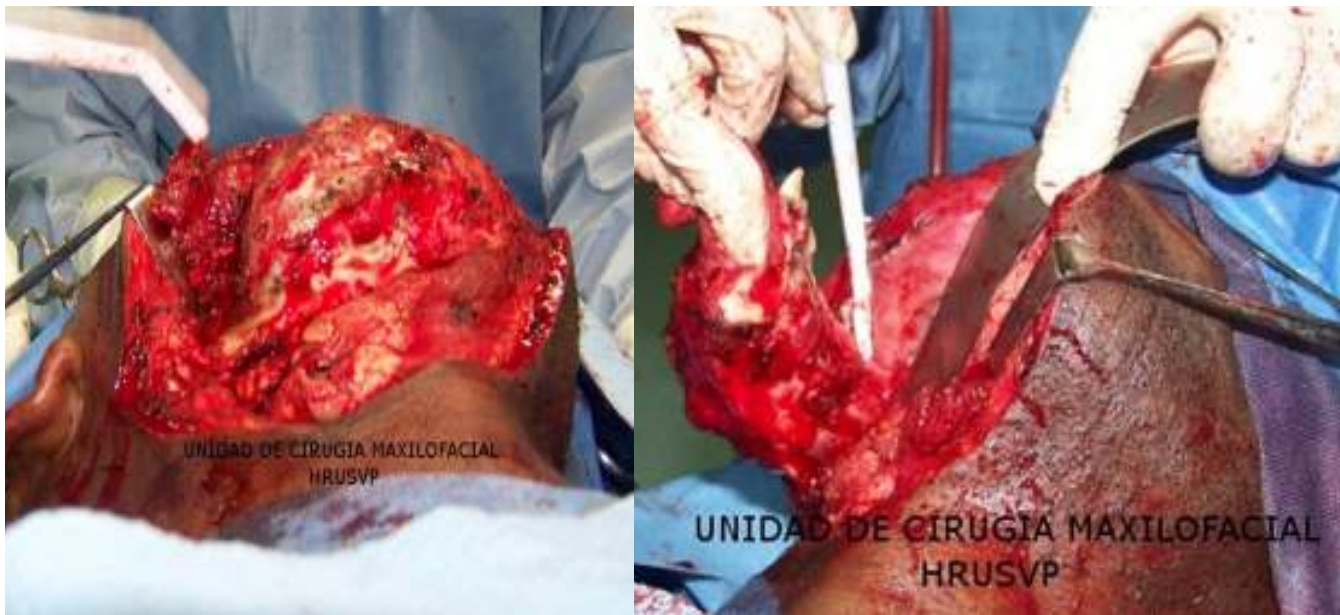
Tomado de: Dr. Zoilo Núñez Gil, Año 2011



Anexo 4

Tomando en cuenta los márgenes de seguridad para estos tumores, se realiza exodoncia del diente lateral contralateral a la lesión y con sierra de Gigli se realiza osteotomía.

Tomado de: Dr. Zoilo Núñez Gil, Año 2011



Anexo 5

Se realiza desperiortizacion de la cara interna de la mandíbula, desinserción del musculo temporal, ligadura de la arteria alveolar inferior y osteotomía subcondilar para una futura reconstrucción, se coloca cera de hueso en los remanentes óseos.

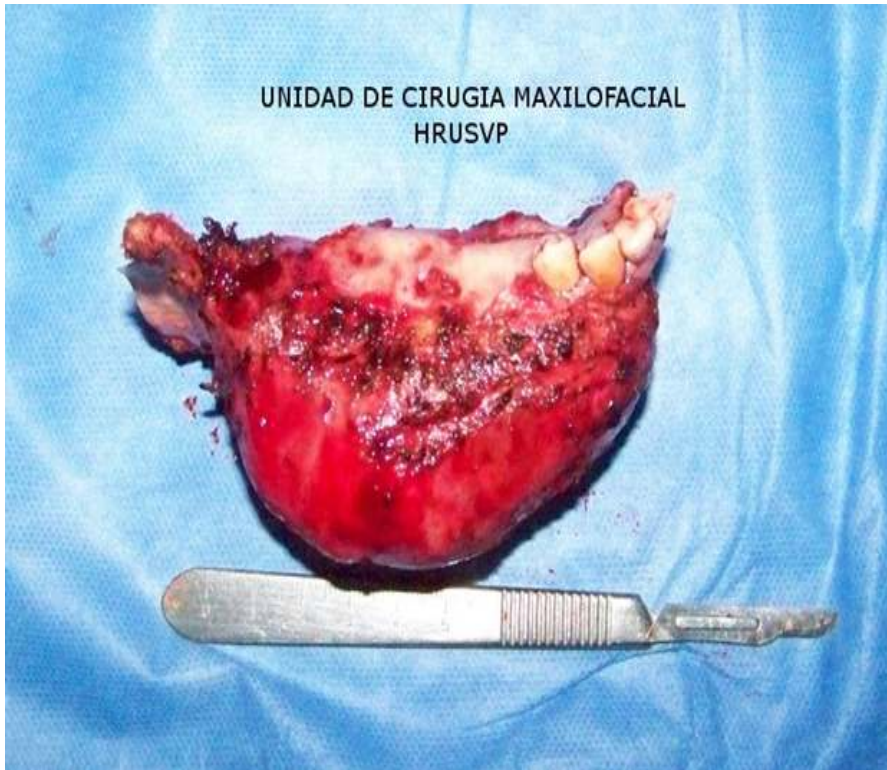
Tomado de: Dr. Zoilo Núñez Gil, Año 2011



Anexo 6

Espécimen quirúrgico

Tomado de: Dr. Zoilo Núñez Gil, Año 2011



Anexo 7

Espécimen quirúrgico, comparado con el bisturí.

Tomado de: Dr. Zoilo Núñez Gil, Año 2011



Anexo 8

Se coloca drenaje de Penrose, y se sutura por planos con Vicryl 3-0 y Nylon 4-0.

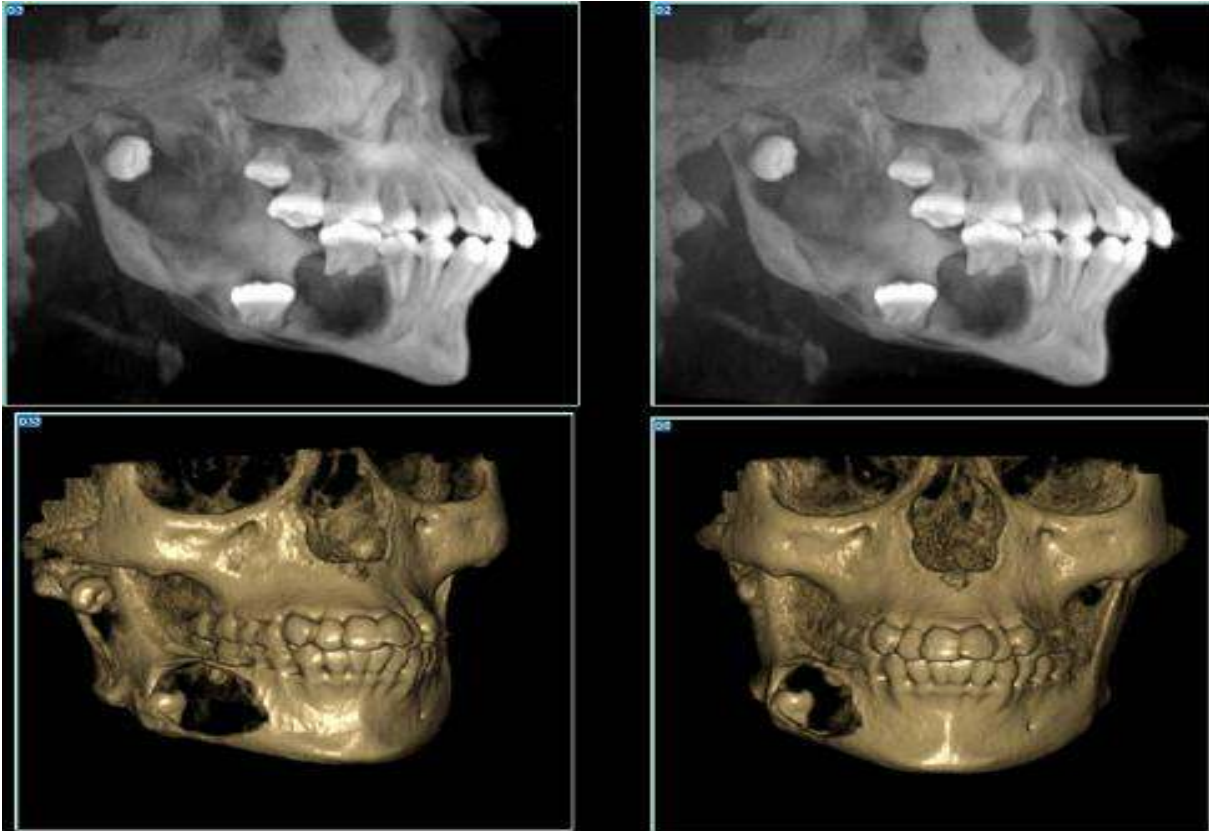
Tomado de: Dr. Zoilo Núñez Gil, Año 2011



Anexo 9

Radiografía Panorámica, vista de un Ameloblastoma mandibular multiquístico

Tomado de: Google/ imágenes Año 2010



Anexo 10

Tomografía computarizada, vista lateral de la destrucción ósea de la mandíbula, x acción de un Ameloblastoma.

Tomado de: Google/ imágenes Año 2010



Anexo 11

Radiografía panorámica, vista de reconstrucción mandibular con ayuda de un implante de hueso propio (espina iliaca)

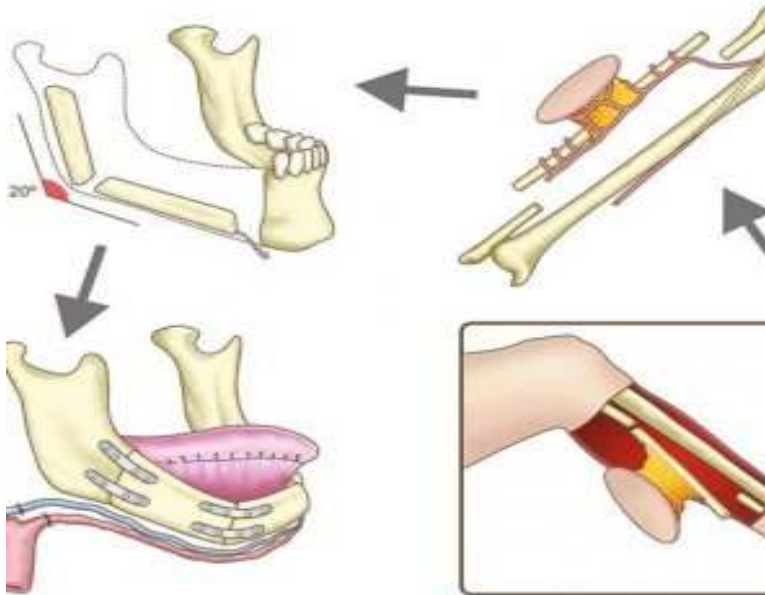
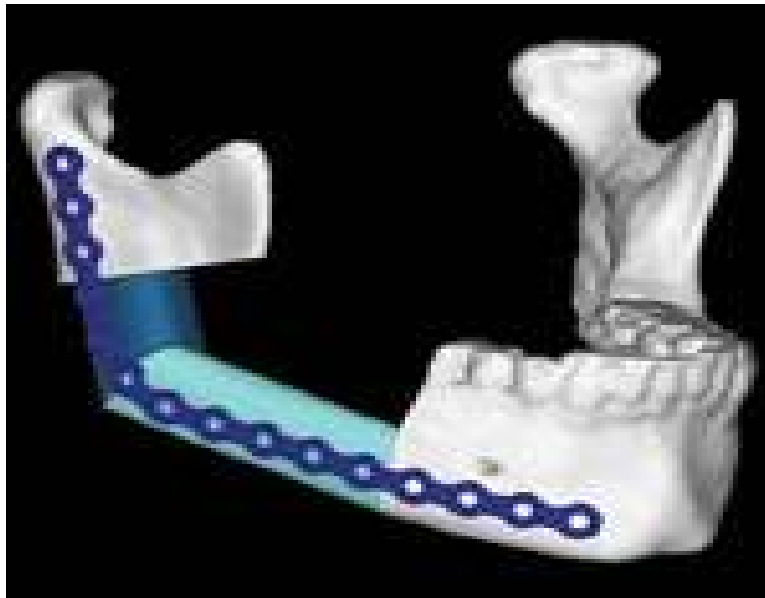
Tomado de: Dr. Benjamín Martínez R. Año 2009



Anexo 12

Reconstrucción mandibular con la utilización de férula de titanio.

Tomado de: Dr. Benjamín Martínez R. Año 2009



Anexo 13

Pasos para la reconstrucción mandibular con injerto óseo propio.

Tomado de: Dr. Benjamín Martínez R. Año 2009



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA

SERIE U-B N: 12 - 27456

NOMBRES: 0704729086

VALAREZO MALES JUAN CARLOS

FACULTAD: 1002

18/04/2012 09:36:02

5 1,20
dollar Americano COPI
VEINTE Centavos
h4>>>*<1%</p></div>

Guayaquil, 20 de Abril del 2012

Doctor
Washington Escudero Doiz
DECANO DE LA FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Yo, **Valarezo Males Juan Carlos** con C.I. 0704729086, estudiante del Quinto año Paralelo 2, del periodo lectivo 2011-2012 de la carrera de Odontología, solicito a usted me designe Tutor Académico para poder realizar el TRABAJO DE GRADUACION, previo a la obtención del Título de Odontólogo, en la materia de CIRUGIA.

Por la atención que se sirva dar a la presente, quedo de usted muy agradecido.

Atentamente,

Valarezo Males Juan Carlos
C.I. 0704729086

Se le ha asignado al Dr. (a) Alex Polid, para que colabore con usted en la realización de su trabajo final.

Dr. Washington Escudero
DECANO

Jas Ambrosio
20/04/2012

C9-N° 0082960



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA

SERIE U-B N° 12 - 872

\$ 1,20

UN dólar Americano CON
VEINTE Centavos
h4!>?>~<~<

NOMBRES: 0704729086 VALAREZO MALES JUAN CARLOS

FACULTAD: 1002 04/06/2012 10:36:34

Doctra
Washington Escudero Dolz
DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Ciudad
De mi cordial saludo,

Yo, Juan Carlos Valarezo Males Con CI: 0704729086 alumno del quinto año paralelo 2
Periodo Lectivo 2011-2012 Presento para su consideración el tema de trabajo de
Graduación

"IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO HISTOPATOLÓGICA DE LOS AMELOBLASTOMAS PREVIO A LA CIRUGIA RADICAL CON RECONSTRUCCION MANDIBULAR"

Objetivo general: Determinar la importancia del diagnostico histopatológico de
los ameloblastomas previo a la cirugía radical con reconstrucción mandibular

Justificación: Si bien existe una amplia bibliografía sobre esta patología así
como un sin número de estudios realizados en podido presentaría falta de
conocimiento sobre un buen diagnostico histopatológico, puesto que esto
ocasiona un mal tratamiento de la patología y como estudiantes nos limitamos
a saber teóricamente desde el tema y no como realizar su tratamiento y
diagnostico, así como las complicaciones por residivas

Juan Carlos Valarezo Males

CI: 0704729086

DR. Alex Pallt

Tutor Académico