



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

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

TEMA:

Estudio comparativo por biopsia entre el ameloblastoma y el granuloma central de células gigantes en los tratamientos de tumores de origen odontogénicos.

AUTORA:

Dalila Dioselina Llerena Córdova

TUTOR:

Dr. José Zambrano Pico

Guayaquil, junio 2013

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 he analizado el trabajo de graduación como requisito previo para optar por el Título de tercer nivel de Odontóloga

El trabajo de graduación se refiere a: Estudio comparativo por biopsia entre el ameloblastoma y el granuloma central de células gigantes en los tratamientos de tumores de origen odontogénicos.

Presentado por:

Dalila Dioselina Llerena Córdova C.I.: 092712994-0

TUTORES:

**Dr. José Zambrano Pico
TUTOR CIENTIFICO**

**Dr. Marcelo Polit M. MS.c
TUTOR METODOLOGICO**

**DR. WASHINGTON ESCUDERO D. MS.c.
DECANO**

Guayaquil, junio 2013

AUTORIA

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a propiedad intelectual de la autora:

Dalila Dioselina Llerena Córdova

C.I. 0927129940

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Dios porque sin el nada en mi vida fuera posible.

A mis padres el Sr. Jesús Llerena y la Sra. Dioselina Córdova por el esfuerzo que han realizado para poder ayudarme incondicionalmente en mis estudios, y porque han sido siempre mi guía y ejemplo para seguir adelante.

A mis tres hermanos Martha Llerena, Edgar y Oscar Córdova por su apoyo, y por estar siempre conmigo cuando lo he necesitado.

A mi enamorado Julio Cesar Mateo porque sin su ayuda no hubiera podido cumplir mis metas ya que ha sido un pilar importante para seguir esforzándome.

Dalila Dioselina Llerena Córdova

DEDICATORIA

Esta investigación se la dedico a Dios

A mis padres por haber sido siempre mi guía y apoyo a lo largo de mi vida

A mi tutor Dr. JOSE ZAMBRANO PICO por motivarme a realizar este trabajo.

A mis sobrinos para que el día de mañana ellos se inspiren y sigan adelante.

Principalmente a una persona muy especial que desde el cielo me ha guiado siempre y que ha sido mi mayor inspiración para seguir esforzándome.

Dalila Dioselina Llerena Córdova

INDICE GENERAL

Contenido	pág.
Carátula	I
Carta de Aceptación del tutor	II
Autoría	III
Agradecimiento	IV
Dedicatoria	V
Índice General	VI
Introducción	1
CAPITULO I	2
EL PROBLEMA	2
1.1 Planteamiento del problema.	2
1.2 Preguntas de investigación.	3
1.3 Objetivos	4
1.3.1 Objetivo General.	4
1.3.2 Objetivos Específicos.	4
1.4 Justificación	4
1.5 Viabilidad.	6
CAPITULO II	7
MARCO TEÓRICO	7
Antecedentes	7
2.1. Fundamentos teóricos	8
2.1.1. Biopsia	8
2.1.1.1. Biopsia en odontología	9
2.1.1.2. Clasificación de las biopsias en odontología	11
2.1.1.3. Técnica de la biopsia en odontología	11
2.1.1.4. Resultados de biopsias en odontología	13
2.1.2. Tumores odontogénicos	13
2.1.2.1. Clasificación de los tumores odontogénicos	14
2.1.3. Ameloblastomas	15
2.1.3.1. Manifestaciones clínicas	17

Contenido	pág.
2.1.3.2. Manifestaciones radiográficas	19
2.1.3.3. Diagnóstico diferencial	19
2.1.3.4. Tratamiento	20
2.1.4. Granuloma	21
2.1.5. Granuloma central de células gigantes	23
2.1.5.1. Manifestaciones clínicas	23
2.1.5.2. Manifestaciones radiográficas	24
2.1.5.3. Histopatología	24
2.1.5.4. Diagnóstico diferencial	25
2.1.5.5. Tratamiento y pronóstico	25
2.2. Elaboración de Hipótesis.	26
2.3. Identificación de las variables	26
2.4. Operacionalización de las variables	26
CAPITULO III	27
METODOLOGÍA.	27
3.1 Lugar de la investigación	27
3.2 Periodo de la investigación	27
3.3 Recursos Empleados	27
3.3.1 Recursos Humanos	27
3.3.2 Recursos Materiales	27
3.4 Universo y muestra	27
3.5 Tipo de investigación	28
3.6 Diseño de la investigación	28
3.7 Análisis de los Resultados	28
CAPITULO IV	29
CONCLUSIONES Y RECOMENACIONES	29
4.1 Conclusiones	29
4.2 Recomendaciones	29
Bibliografía	
Anexos	

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo establecer el diagnóstico histopatológico entre el ameloblastoma y el granuloma central de células gigantes en los tratamientos de tumores odontogénicos mediante biopsia. Debido a que se ha observado que no se los puede identificar radiográficamente.

Vale resaltar que en la especialidad de la patología bucal, el uso de exámenes auxiliares es muy importante y determinante en el momento del diagnóstico, las biopsias se practican a menudo, porque permite casi siempre el diagnóstico definitivo de una lesión. Los resultados de las biopsias indican el grado de diferenciación, el tipo histológico, infiltrado, borde, etc. de lesiones malignas, que se puedan presentar en boca.

La finalidad principal de la biopsia es el diagnóstico definitivo, utilizándose maniobras quirúrgicas como un medio y no como un fin. Donde los principios quirúrgicos deben ser respetados.

La conducta terapéutica de un buen profesional Odontólogo debe basarse en un diagnóstico de certeza, logrado por el conocimiento clínico de las diversas afecciones y corroborado por el estudio histopatológico de estas¹. Para el estudio histológico de un tejido vivo debe tomarse una muestra por medios quirúrgicos.

Así mismo esta investigación nos permite identificar parámetros técnicos, prácticos y metodológicos. Los parámetros técnicos son el apoyo de investigación. La modalidad del estudio de campo y bibliográfico está dirigido desde el enfoque holístico, sistémico por proceso.

Obteniendo como resultado el estudio comparativo por biopsia entre el ameloblastoma y el granuloma central de células gigantes.

¹ COTRAN RS, Kurnar V, Collins T, Patología estructural y funcional. 6ta edición en español. Madrid: McGrawhill. Interamericana; 2000.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

No identificación radiográfica de los ameloblastomas y los granulomas central de células gigante.

Los ameloblastomas presentan similares sombras radiolúcidas y radiopacas en las radiografías que el granuloma central de células gigantes: Se requiere de toma de tejidos para realizar biopsia; Los síntomas y signos en los ameloblastomas y en los granulomas central de células gigantes son similares por lo que no se puede dar un diagnóstico diferencial en los tratamientos de tumores odontogénicos.

Mediante el uso de las radiografías no se puede dar un diagnóstico diferencial entre el ameloblastoma y el granuloma central de células gigantes porque presentan similitud en la imagen radiográfica. De aquí nace la necesidad de recurrir a la toma de una biopsia, para poder obtener mayor probabilidad de éxito en el tratamiento quirúrgico y farmacológico en el tratamiento de tumores odontogénicos

Formulación del problema: Por tal motivo formulamos el siguiente problema de investigación: ¿Cómo incide el estudio comparativo por biopsia entre el ameloblastoma y el granuloma central de células gigantes en los tratamientos de tumores odontogénicos?

Delimitación del problema:

Tema: Estudio comparativo por biopsia entre el ameloblastoma y el granuloma central de células gigantes en los tratamientos de tumores odontogénicos.

Objeto de estudio: Biopsia de los ameloblastomas y de granulomas de células gigantes

Campo de acción: Tratamiento de tumores odontogénicos.

Lugar: Facultad Piloto de Odontología

Periodo: 2012.2013

Área: Pregrado

1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Qué es biopsia?

¿Qué son tumores odontogénicos?

¿Cuántas clases de tumores odontogénicos existes?

¿Qué es el ameloblastoma?

¿Cuáles son las características radiográficas del ameloblastoma?

¿Cuáles son los signos y síntomas de los ameloblastomas?

¿Qué es granuloma?

¿Qué es un granuloma central de células gigantes?

¿Cuáles son las características radiográficas del granuloma central de células gigantes?

¿Cuáles son los signos y síntomas del granuloma central de células gigantes?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las diferencias que existen entre el ameloblastoma y el granuloma central de células gigantes en el tratamiento de tumores odontogénicos mediante biopsia.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Definir que son los ameloblastomas y los granulomas de células gigantes en los tratamientos de tumores odontogénicos

Identificar la comparación que existe entre los ameloblastomas y el granuloma central de células gigantes en los tratamientos de tumores odontogénicos mediante una biopsia

Analizar los resultados de la biopsia

Presentar los resultados de la investigación mediante una tesis derivada en los hallazgos clínicos.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La justificación del presente trabajo de investigación se apoya en principios: Teóricos, Prácticos, Metodológicos, Sociales, Psicológicos y Legales:

En el pensum académico de la Facultad de Odontología, nos imparten principios sobre el análisis comparativo mediante una biopsia del ameloblastoma y del granuloma central de células gigantes en los tratamientos de tumores odontogénicos en la asignatura de Histopatología, cuya finalidad es realizar un buen diagnóstico diferencial para realizar con eficacia los tratamientos de tumores odontogénicos.

Principios Psicológicos, La Odontología ciertamente no está ajena a la vivencia emocional de las patologías bucales. Una persona puede desarrollar una vida emocional equilibrada a pesar de las enfermedades bucales o sistémicas que se les presente

La presente investigación nos permitirá identificar parámetros técnicos, prácticos y metodológicos. Los parámetros técnicos son mi apoyo de investigación y doctores científicos quienes aportan actualizaciones sobre el estudio comparativo por biopsia de los ameloblastomas y los granulomas central de células gigantes en los tratamientos de tumores odontogénicos.

El desarrollo de la metodología aplicada será descriptivo, exploratorio de aporte cualitativo. Con lo cual, estaremos en capacidad de conocer el estudio comparativo por biopsia entre los ameloblastomas y los granulomas central de células gigantes. Logrando con ello un mayor nivel de conocimiento para el desarrollo de las futuras generaciones de la carrera Profesional.

Principios Legales, basan su desarrollo en la Constitución de la República del Ecuador Sección quinta.

Art. 26.- la educación es un derecho de las personas a lo largo de su vida y un derecho ineludible e inexcusable del Estado. Constituye un área prioritaria de la política pública y de la inversión estatal, garantía de la igualdad e inclusión social y condición indispensable para el buen vivir. Las personas, las familias y la sociedad tienen el derecho y la responsabilidad de participar en el proceso educativo

Art. 27.- la educación se centrara en el ser humano y garantizara su desarrollo holístico, en el marco del respeto a los derechos humanos, al medio ambiente sustentable y a la democracia, será participativa,

obligatoria, intercultural, democrática, incluyente y diversa, de calidad y calidez; impulsara la equidad de género, la justicia, la solidaridad y la paz, estimulara el sentido crítico, el arte y la cultura física, la iniciativa individual y comunitaria, y el desarrollo de competencias y capacidades para crear y trabajar, la educación es indispensable para el conocimiento, el ejercicio de los derechos y la construcción de un país soberano.

Art. 28.- la educación responderá al interés público y no estará al servicio de intereses individuales y corporativos, se garantizará el acceso universal, permanencia, movilidad y egreso sin discriminación alguna y la obligatoriedad en el nivel inicial, básico y bachillerato o su equivalente. Es derecho de toda persona y comunidad interactuar entre culturas y participar en una sociedad que aprende, el estado promoverá el dialogo intercultural en sus múltiples dimensiones, el aprendizaje se desarrollara de forma escolarizada y no escolarizada, la educación pública será universal y laica en todos sus niveles, y gratuita hasta el tercer nivel de educación superior inclusive.

Art. 29.- el estado garantizará la libertad de enseñanza, la libertad de cátedra en la educación superior de las personas de aprender en su propia lengua y ámbito cultural. Las madres y padres o sus representantes tendrán la libertad de escoger para sus hijas e hijos una educación acorde con sus principios, creencias y opciones pedagógicas.

1.5. VIABILIDAD

Esta investigación es viable ya que cuento con la suficiente bibliografía y facilidad de acceder a información científica del internet sobre el tema, recursos técnicos, laboratorio y talento humano y cuento con el apoyo de mi tutor como guía para llevar a cabo esta investigación.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

Revisando los archivos de la biblioteca de la facultad de odontología en la Universidad de Guayaquil, no hay tema similar desarrollado. En la especialidad de la patología bucal, el uso de exámenes auxiliares es muy importante y determinante en el momento del diagnóstico, las biopsias se practican a menudo, porque permite casi siempre el diagnóstico definitivo de una lesión. Los resultados de las biopsias indican el grado de diferenciación, el tipo histológico, infiltrado, borde, etc. de lesiones malignas, que se puedan presentar en boca.

Muchas veces el cuadro clínico puede simular varias lesiones, las cuales solamente el examen histopatológico puede determinar. Recurriendo de esta manera a la biopsia, como un examen complementario, que ayuda, auxiliar al clínico en sus observaciones. Es muy importante conocer que la biopsia, es un examen auxiliar complementario, que en ningún momento sustituye al examen clínico. Resultando solo un complemento del diagnóstico clínico que se obtiene previamente².

La finalidad principal de la biopsia es el diagnóstico definitivo, utilizándose maniobras quirúrgicas como un medio y no como un fin. Donde los principios quirúrgicos deben ser respetados.

La conducta terapéutica de un buen profesional Odontólogo debe basarse en un diagnóstico de certeza, logrado por el conocimiento clínico de las diversas afecciones y corroborado por el estudio histopatológico de

² COSIO Dueñas Herberl, Lazo OlazuLiceth, Biopsia en odontología, erv. Situa, vol 15 (1-2):37 – 41, 2006.

estas³. Para el estudio histológico de un tejido vivo debe tomarse una muestra por medios quirúrgicos.

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1.1 BIOPSIA

Una biopsia es un procedimiento diagnóstico que consiste en la extracción de una muestra total o parcial de tejido para ser examinada al microscopio por un patólogo.

Existen varios tipos diferentes de biopsias⁴:

Una biopsia por punción se denomina percutánea. Se extrae tejido mediante un tubo hueco llamado jeringa. Se pasa la aguja varias veces a través del tejido que se va a examinar. El cirujano utiliza la aguja para extraer la muestra de tejido. Las biopsias por punción a menudo se llevan a cabo utilizando una tomografía computarizada o una ecografía. Estas herramientas de imágenes ayudan a guiar al cirujano hasta el área correcta.

Una biopsia abierta es una cirugía en la que se utiliza anestesia general o local. Esto significa que uno permanece relajado (sedado) o dormido y sin sentir dolor durante el procedimiento, el cual se lleva a cabo en el quirófano de un hospital. El cirujano hace una incisión en el área afectada y extrae el tejido.

En una biopsia cerrada, se utiliza una incisión quirúrgica mucho más pequeña que en la biopsia abierta. Se hace una pequeña incisión de manera que se puede introducir un instrumento similar a una cámara, el cual ayuda a guiar al cirujano al lugar apropiado para tomar la muestra.

³ COTRAN RS, Kurnar V, Collins T, Patología estructural y funcional. 6ta edición en español. Madrid: McGrawhill. Interamericana; 2000.

⁴COWLES Roberto A., 12/octubre/2012], Biopsia, <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003416.htm>>, [3/mayo/2013].

Antes de programar la biopsia, coménteles al médico y al personal de enfermería respecto a cualquier medicamento que esté tomando, incluso hierbas y suplementos. Le pueden solicitar que deje de tomar algunos por un tiempo, en particular los que pueden provocar sangrado. Estos medicamentos abarcan ácido acetilsalicílico (aspirin), Coumadin (warfarina) y antiinflamatorios no esteroides (AINES).

Nunca cambie ni suspenda sus medicamentos sin consultarlo primero con el médico

En una biopsia por punción, se sentirá un pequeño pinchazo agudo en el sitio de la biopsia.

Con frecuencia, se utiliza anestesia local o general en las biopsias abiertas o cerradas para que el procedimiento sea indoloro.

2.1.1.1 Biopsia en odontología

La biopsia es un procedimiento de elucidación diagnóstica a través de la remoción de tejido vivo para el estudio macro y microscópico, que se puede realizar en el consultorio dental cuando se quiera hacer el diagnóstico definitivo de alguna patología bucal. El examen de la biopsia puede realizarse de dos maneras: en tejido vivo, en el caso que se quiere mostrar resultados dinámicos de la fisiología tisular y celular; también, se limita a la observación de las estructuras y hacer una descripción de la misma.

La biopsia de la mucosa bucal, en la atención dental, está indicada⁵:

Para lesiones que no pueden ser diagnosticadas por otros métodos.

Como ayuda en evolución diagnóstica de enfermedades infecciosas, micóticas y bacterianas.

⁵ MAZZEI E, Rozman C, Semoitecna y Fisiopatología. 6ta edición. Buenos Aires: El ateneo; 2002.

Para determinar el tipo de tumor maligno o su grado de malignidad en la clase V de Papanicolaou.

En lesiones con sospecha de cáncer.

Cualquier lesión de aspecto clínico compatible con ulcera, ulceración, erosión, ampolla, y que no muestre evidencia de curación en 5 a 10 días.

Nódulos de crecimiento rápido. Lesiones negras.

Lesiones blancas.

Lesiones rojas con sospecha de eritroplasia.

Cualquier tejido eliminado quirúrgicamente o eliminado espontáneamente.

No existe ninguna contraindicación para la realización de una biopsia. Por ser el retiro de la lesión más importante para el mantenimiento de la propia vida del paciente. Para las lesiones de pequeño tamaño, cuando se realiza la remoción total (biopsia excisional), interviniendo en áreas vecinas del tejido normal, no existe contraindicación. Aun con el riesgo de diseminar la lesión, en la biopsia incisional, no se puede dejar de realizar la biopsia. Siempre debe obtenerse la autorización del paciente para realizar una biopsia.

Es probable que algunas condiciones sistémicas o generales, contraindiquen una biopsia de la mucosa bucal, como es el caso de⁶:

Pacientes diabéticos no compensados.

Pacientes hipertensos no compensados.

Pacientes cardiopatas no compensados.

Pacientes anémicos y hemofílicos no compensados.

Hemangiomas, en la biopsia incisional por el sangrado difícil de controlar.

Melanomas, en la biopsia incisional puede ocurrir proliferación celular en el interior de los vasos en 24 horas y ocurrir la metástasis

⁶CECCOTTI EL, Sforza R, Bruzzone R, Calb I, Daboul J, Balestrieri J; Goldstein S, Venegas SL, Rivas H. Leucoplasia hoy: una revisión. Rev. Asoc. Odontol. Argent;91(5):420-429, oct.-dic. 2003. ilustr.

2.1.1.2 Clasificación de las biopsias en odontología

Son múltiples las formas como se clasifican este examen de laboratorio. Será distinto realizar la biopsia de un fragmento de la lesión o de su totalidad; también veremos que no es lo mismo retirar material sólido y retirar líquidos.

Es así que tenemos las siguientes clasificaciones⁷:

En cuanto al material retirado, vemos que se puede retirar un fragmento de la lesión, con su porción de tejido sano para hacer las comparaciones; es la biopsia incisional. También se puede remover la totalidad de lesión, con su respectivo margen de seguridad; es la biopsia excisional. En cualquiera de los casos es preciso recoger una cantidad suficiente de tejido.

En cuanto al posible contenido de la lesión y material utilizado; se pueden clasificar en aquellos que se realizan con bisturí o con “punch” (saca bocados) ; son las biopsias en material sólido. También se puede retirar el material a evaluar con jeringas de agujas de grueso calibre y con curetas; estamos hablando de las biopsias a líquidos.

2.1.1.3 Técnica de la biopsia en odontología

La biopsia es un procedimiento de elucidación diagnóstica que emplea maniobras quirúrgicas, en la cual siempre deben ser observados los principios de la cirugía, la zona elegida debe ser la más representativa de la lesión.

Se debe de mantener las medidas de asepsia durante acto operatorio, que permitan mantener condiciones que eviten infecciones sobre agregadas. Antes, durante y después del acto quirúrgico se debe de utilizar antiséptico, que complementen las medidas de asepsia; los

⁷Borack S, DiagnosticoBucal. 1ra edición. Brasil: Artes Medicas Latinoamérica; 2004.

antisépticos a utilizar deben ser soluciones que no pigmenten (soluciones de yodo) o modifiquen el tejido de la muestra.

Como todo procedimiento quirúrgico se debe de realizar con anestesia local, que permitan una maniobra limpia y libre de daños al material de la muestra, nunca deben de inyectarse dentro de la lesión, para evitar la pérdida de los límites. Sea con bisturí o con otro instrumento se debe de retirar el tejido de muestra sin contaminarlo⁸. En la mayor parte de los casos, la biopsia por disección al escalpelo, debe estar seguida de una electrocoagulación para cerrar los vasos linfáticos y evitar de esta manera una diseminación de la lesión, en el caso sea maligno. Una vez retirado el tejido se debe de suturara o realizar la hemostasia de la superficie cruenta.

Se debe de tener cuidado con el material retirado, no comprimiendo, no dilacerando el tejido, remover sangre y otros materiales usando suero fisiológico; introducir el material retirado en un frasco de vidrio conteniendo solución fijadora (formalina o formol al 10%). La proporción de la solución fijadora o formalina con la muestra es de 10 a 1. El frasco con la solución de formol y el material retirado debe ser de amplia abertura del material

Los cuidados post operatorios deben ser los mismos que en cirugía bucal. Una vez obtenida la muestra y puesto en el frasco, se debe de enviar al Patólogo, ofreciendo todos los datos que ayuden en el examen histopatológico.

Se debe de rotular con los siguientes datos:

Identificación del paciente.

Breve relato clínico de la lesión (incluye localización).

Diagnóstico clínico.

⁸Giglio M, Nicolosi L, Semiología en la Practica de la Odontología. 1ra edición. Santiago: McGraw-hill. Interamericana; 2000.

2.1.1.4. Resultados en la biopsia en odontología

Se debe de tener en cuenta que los resultados pueden ser de dos tipos. Se puede identificar la lesión desde el punto de vista histológico, realizando una apreciación nosológica realizando un diagnóstico histopatológico, es decir una identificación de una lesión⁹. También se puede hacer una apreciación descriptiva de la muestra; es decir cuando describe la estructura que se observo al microscopio, sin necesariamente hacer un diagnóstico histopatológico.

2.1.2 TUMORES ODONTOGÉNICOS

Los tumores de origen odontogénico representan un conjunto de entidades patológicas exclusivas de los huesos de la región maxilomandibular. La importancia de su diagnóstico clínico, radiográfico y microscópico radica en las serias implicaciones de su tratamiento y pronóstico. Se presenta un estudio retrospectivo sobre estas entidades a partir del análisis de 2,859 biopsias vistas en una Unidad de Diagnóstico de la ciudad de Puebla, Pue. México. En el presente estudio, estas entidades representaron el 0.24%, siendo el ameloblastoma de tipo quístico la lesión más frecuentemente hallada y representó el 57.1% de los tumores odontogénicos estudiados¹⁰.

Se discuten los aspectos anatomoclínicos, de tratamiento y pronóstico y se hace énfasis en la importancia del diagnóstico preciso para estas lesiones, ya que como se reporta en la literatura, este grupo de entidades tienden a producir una gran destrucción del hueso y presentan complicaciones importantes.

⁹Odell EW, Resolución de Problemas Clínicos en Odontología. 1ra edición. Madrid: Harcourt; 2000.

¹⁰PALMA GJM, Ledesma MC, Gonzalez JL, Figueroa MS, Tumores Odontogénicos en Puebla, Rev. Medigraphic, Mexico, vol. 2, 2007.

Son propios de los huesos maxilares.

Son raros.

Se originan de restos epiteliales que quedan atrapados en los maxilares durante la odontogénesis.

2.1.2.1 Clasificación de los tumores odontogénicos

Los tumores odontogénicos son aquellos que se originan y desarrollan a expensas de los tejidos con capacidad o potencialidad formadora de tejidos dentales¹¹.

- Benignos

Tumores odontogénicos epiteliales

Ameloblastoma

Tumor odontogénico escamoso

Tumor odontogénico epitelial calcificante

Tumor odontogénico de células claras

Tumores odontogénicos mixtos

Fibroma ameloblastico

Fibrodentinoma ameloblastico y fibrodontoma ameloblastico

Odontoameloblastoma

Tumor odontogenico adenomatoide

Quiste odontogenico calcificante

Odontoma compuesto

Odontoma complejo

Tumores odontogénicos mesenquimales

Fibroma odontogénico

Mixomaodontogénico, mixofibroma

¹¹BUENASTAREAS.COM. Tumores Odontogenicos Y No Odontogenicos. Recuperado 10, 2010, <http://www.buenastareas.com/ensayos/Tumores-Odontogenicos-y-No-Odontogenicos/924223.html>

Cementoblastoma benigno

- Malignos

Carcinomas odontogénicos

Ameloblastoma maligno

Carcinoma intraoseo primario

Variantes malignas de otros tumores epiteliales odontogénicos

Cambios malignos en quistes odontogénicos

Sarcomas odontogénicos

Fibrosarcoma ameloblástico

Fibrodentinosarcoma ameloblástico y fibrodontosarcoma ameloblastico

Carcinosarcoma odontogénico.

2.1.3 AMELOBLASTOMA

Es el tumor odontogénico más frecuente, después del grupo de los odontomas y con más significación clínica, dentro de la baja prevalencia de los tumores odontogénicos en general. Constituye el 11-18% de todos los tumores odontogénicos de la región maxilo-mandibular. Más del 80% de los casos se desarrollan en mandíbula y aproximadamente el 20% lo hacen en maxilar superior. En torno al 70% de los casos mandibulares asientan en la zona molar y rama ascendente, un 20% en región premolar y un 10% en la región anterior¹². En la raza africana parece existir una mayor frecuencia en la sínfisis y cuerpo mandibulares. En el maxilar superior se localiza preferentemente en la región canina.

No existe predilección en cuanto al sexo se refiere, pudiendo observarse en cualquier edad aunque existe un pico de incidencia entre la 3ª y 4ª décadas de la vida

¹²MARCO Antonio, Tumores odontogénicos benignos, 2ª edición, slideshare, 19/abril/2009, 60 diapositivas (color).

El Ameloblastoma (de la palabra inglesa antigua amel, que significaba esmalte + la palabra griega blastos, que significa germen) 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. Fue descrito en 1827 por Cusack. Este tipo de neoplasia odontogénica fue definida como un adamantinoma en 1885 por el médico francés Louis Charles Malassez Siendo finalmente denominado con el nombre actual ameloblastoma en 1930 por Ivey y Churchill.

No obstante estos tumores son raramente malignos o metastásicos (con poca frecuencia se extienden a otras partes del cuerpo), y progresan lentamente, las lesiones resultantes pueden causar anormalidades severas de la cara y mandíbula. En forma adicional, debido a que el crecimiento anormal de las células fácilmente infiltra y destruye los tejidos óseos circundantes, una escisión quirúrgica amplia es requerida para tratar esta enfermedad.

La incidencia anual es de 1,96 1,20 0,18 y 0,44 por millón de personas, para hombres negros, mujeres negras, hombres blancos y mujeres blancas respectivamente. Constituyen alrededor del 1% de todos los tumores, y cerca del 18% de los tumores odontogénicos. Tanto los hombres como las mujeres parecen se afectados por igual, sin embargo las mujeres tienden a presentarse unos 4 años antes en las mujeres y parecen ser más grandes en estas¹³

Existen tres subtipos clínicos del ameloblastoma: uniuquístico, multiquístico, periférico. El subtipo periférico constituye el 2% de todos los ameloblastomas. De la totalidad de ameloblastomas en pacientes jóvenes, el uniuquístico representa el 6% de los casos. Un cuarto subtipo, maligno, se ha considerado por parte de algunos oncólogos, sin embargo, este tipo de tumor es raro y puede ser simplemente una manifestación de

¹³OPEN Course Vare, 2007, Tumores odontogénicos, <http://ocwus.us.es/estomatologia/cirugia-bucal/cirugia_bucal/tema-49/page_06.htm>, pág. 6.

uno de los tres principales subtipos. El ameloblastoma también puede aparecer en huesos largos y otra variante es el craneofaringioma (tumor de la bolsa de Rathke, ameloblastoma pituitario).

Su etiopatogenia es muy discutida. El origen de los ameloblastomas en la cavidad oral puede estar relacionado con¹⁴:

Trastornos genéticos del órgano del esmalte.

Los restos de Malassez o de Serres, uno de los orígenes invocados con mayor frecuencia.

La superficie epitelial de la cavidad bucal.

El epitelio de los quistes odontogénicos.

2.1.3.1 Manifestaciones clínicas

Es una lesión de crecimiento lento que provoca la expansión de la cortical ósea, siendo indoloro y tardando en diagnosticarse varios años, descubriéndose por la deformidad facial que provoca, por la movilidad dentaria o por el desarrollo de maloclusión. La cortical ósea se rompe fácilmente al ser palpada notándose el llamado "crujido en cáscara de huevo".

Raramente da signos y síntomas de compresión nerviosa, ulceración y disrupción de la mucosa oral. Frecuentemente será detectado como un hallazgo casual mediante un examen radiológico y dental.

La presentación clínica en el maxilar superior difiere de la mandíbula debido a la posibilidad del gran crecimiento y expansión tumoral previa al desarrollo de la deformidad ósea que se presentará de una forma muy tardía y puede acompañarse de proptosis y elevación del contenido orbitario. Debe ser tomada en cuenta esta posibilidad ante la aparición espontánea de maloclusión, alteración de la cicatrización de lechos de

¹⁴PALMA GJM, Ledesma MC, Gonzalez JL, Figueroa MS, Tumores Odontogénicos en Puebla, Rev. Medigraphic, Mexico, vol. 2, 2007.

extracciones dentarias, obstrucción nasal o expansión bucal con asimetría facial.

La mitad izquierda de una mandíbula reseca afectada por un ameloblastoma, originado en el tercer molar

Los ameloblastomas están asociados frecuentemente con la presencia de dientes no erupcionados. Los síntomas incluyen edema indoloro, deformidad facial en casos severos, dolor si el hinchazón comprime otras estructuras, pérdidas dentales, úlceras, y enfermedades periodontales. Pueden presentarse lesiones en la mandíbula o el maxilar, sin embargo el 75% se presentan en la rama mandibular presentándose con deformidad extensa de la región facial afectada¹⁵. En el maxilar puede extenderse dentro del seno maxilar y base de la nariz. La lesión tiene una tendencia a engrosar las cortezas óseas, debido a que el lento crecimiento de la lesión permite que el periostio desarrolle una capa delgada de hueso alrededor de la lesión en expansión.

Esta capa de hueso se rompe al ser palpada y el fenómeno es descrito como «ruptura de cáscara de huevo» crépito, un signo diagnóstico importante. El ameloblastoma es tentativamente diagnosticado por medio de radiografías y debe ser confirmado por medio del examen histológico (e.g., biopsia).

Radiográficamente, aparece como una zona radiolúcida en el hueso, de tamaño y apariencia variables, en ocasiones es una lesión única, bien demarcada, pero en ocasiones se presenta en apariencia, como una «pompa de jabón» multiloculada.

La reabsorción de las raíces de los dientes involucrados puede observarse en algunos casos, pero no es exclusiva del ameloblastoma. La enfermedad con más frecuencia se encuentra en el cuerpo posterior y el ángulo de la mandíbula, pero puede presentarse en cualquier sitio, ya sea

¹⁵Giglio M, Nicolosi L, Semiología en la Práctica de la Odontología. 1ra edición. Santiago: McGraw-hill. Interamericana; 2000.

del maxilar o de la mandíbula. El ameloblastoma está a menudo asociado con las muelas del juicio impactadas, una de las razones para que los odontólogos recomienden su extracción.

2.1.3.2 Manifestaciones radiográficas

Lesión radiolúcida de los maxilares que en los casos avanzados aparecen septos óseos dentro de la tumoración dando el aspecto multilocular característico con una imagen radiológica en "pompas de jabón" o "panal de abeja". El límite no siempre está delimitado en la radiología. Puede presentarse como una cavidad unilocular, indistinguible de las enfermedades quísticas. Puede haber un molar retenido observándose en éste falta de desarrollo radicular; puede haber rizálisis de dientes adyacentes o desplazamiento de dichas raíces¹⁶.

2.1.3.3 Diagnóstico diferencial

Debemos diferenciar siempre a un ameloblastoma de¹⁷:

Quiste odontogénico.

Quistes dentígeros.

Carcinoma epidermoide.

Tumor de Abrikossov.

Carcinoma adenoide quístico intraóseo.

Tumor odontogénicoepitelialcalcificante.

¹⁶OPEN Course Vare, 2007, Tumores odontogénicos, <http://ocwus.us.es/estomatologia/cirugia-bucal/cirugia_bucal/tema-49/page_06.htm>, pág. 6.

¹⁷MARCO Antonio, Tumores odontogénicos benignos, 2ª edición, slideshare, 19/abril/2009, 60 diapositivas (color).

Además debemos distinguirlo de aquellas patologías que cursen con imágenes radiotrasparente como los quistes odontogénicos, mixoma, fibroma odontogénico adenomatoide, el granuloma central de células gigantes, el quiste óseo aneurismático, displasias óseas, el querubismo.

2.1.3.4 Tratamiento

El tratamiento va a depender de la localización, tamaño, tipo clínico y la edad del paciente. El tratamiento de elección es quirúrgico, ya que son relativamente radioresistentes, siendo la técnica con mayor probabilidad de eliminar totalmente la lesión, la resección marginal o en bloque, con un margen de seguridad de al menos 10 mm. Puede ser necesaria la resección de periostio y tejidos blandos adyacentes si existe afectación. En los casos de lesiones grandes o de afectación de maxilar superior debido a razones anatómicas y la vecindad de estructuras vitales, se requiere un tratamiento agresivo mediante hemimandibulectomía o hemimaxilectomía.

El tratamiento del ameloblastoma unicístico es la enucleación simple del tumor, con fresado del hueso peritumoral en los tipos III y IV¹⁸.

En el caso del ameloblastoma periférico se llevará a cabo la resección local con márgenes de tejido sano incluyendo el periostio como margen. En un estudio detallado en 345 pacientes, la quimioterapia y radioterapia parece estar contraindicadas para el tratamiento de ameloblastomas.² En lugar de estos, la cirugía es el tratamiento de elección para este tumor. Debido a la naturaleza invasiva del crecimiento, se requiere la escisión de tejido normal en la vecindad del tumor. A menudo se requiere retirar márgenes amplias para asegurar un buen pronóstico. A menudo el tratamiento requiere la resección de porciones enteras de la mandíbula.

¹⁸CECCOTTI EL, Sforza R, Bruzzone R, Calb I, Daboul J, Balestrieri J; Goldstein S, Venegas SL, Rivas H. Leucoplasia hoy: una revisión. Rev. Asoc. Odontol. Argent;91(5):420-429, oct.-dic. 2003. ilus.

2.1.4 GRANULOMA

En medicina, un granuloma es una masa más o menos esférica de células inmunes que se forma cuando el sistema inmunológico intenta aislar sustancias extrañas que ha sido incapaz de eliminar. Dichas sustancias incluyen organismos infecciosos como bacterias y hongos, así como otros materiales tales como la queratina y suturas¹⁹. Un granuloma es, por tanto, un tipo especial de inflamación que puede ocurrir en una amplia variedad de enfermedades. El adjetivo granulomatosa significa caracterizada por granulomas.

Aunque en ocasiones el término granuloma se utiliza genéricamente para designar "pequeños nódulos" que pueden abarcar desde nevus a tumores, la utilización correcta es la que se hace en patología, siendo una agrupación organizada de macrófagos, donde estas células suelen estar tan cercanas entre sí, que los bordes de las células individuales son difíciles de apreciar formando una estructura cerrada, de bola²⁰. Las agrupaciones de macrófagos dispersos no son consideradas como granulomas.

Al fracasar la fagocitosis del cuerpo extraño, se produce una activación de linfocitos T, que a su vez activan a los macrófagos o histiocitos que son los componentes principales del granuloma²¹. A menudo, aunque no siempre, se fusionan para formar células gigantes multinucleadas. A estos macrófagos que forman el granuloma se les suele denominar "epitelioides", debido a su cierto parecido con las células epiteliales. Éstos se diferencian de los macrófagos normales en que poseen un núcleo mayor y alargado, además de presentar una coloración más eosinófila cuando se tiñe con eosina. Todos los granulomas,

¹⁹JANEWAY'S Immunobiology. Garland Science. 2008. p. 372

²⁰HUNTER DC, Logie JR (1988). «Suture granuloma». British Journal of Surgery 75 (11): pp. 1149–1150

²¹CHEN KT, Kostich ND, Rosai J (1978). «Peritoneal foreign body granulomas to keratin in uterine adenocanthoma». Archives of Pathology and Laboratory Medicine 102 (4): pp. 174–177

independientemente de la causa, puede contener células adicionales y una matriz, como linfocitos, neutrófilos, eosinófilos, células gigantes multinucleadas, fibroblastos y colágeno (en fibrosis, típica de la sarcoidosis) y estar rodeados por leucocitos mononucleares, sobre todo linfocitos y en ocasiones células plasmáticas²². Las células adicionales son a veces una pista de la etiología del granuloma.

Una característica importante de los granulomas es si contienen o no necrosis. La necrosis se refiere a células muertas que, bajo el microscopio, aparecen como una masa de escombros sin forma, sin presentar núcleos. Un término relacionado, "caseificación" (literalmente: convertir en queso) se refiere a una forma de necrosis que, a simple vista (es decir, sin un microscopio), parece similar al queso ("caseosa"), y por lo general (pero no únicamente) una característica de los granulomas de la tuberculosis. La identificación de la necrosis en los granulomas es importante porque granulomas con necrosis suelen tener causas infecciosas. Hay varias excepciones a esta regla general, pero no deja de ser útil para el día a día de los diagnósticos.

Los granulomas se observan en una amplia variedad de enfermedades, tanto infecciosas como no infecciosas. Las infecciones que se caracterizan por granulomas incluyen la tuberculosis, la lepra, histoplasmosis, criptococosis, coccidioidomicosis, blastomicosis y la enfermedad por arañazo de gato. Ejemplos de enfermedades no infecciosas granulomatosas son la sarcoidosis, la enfermedad de Crohn, beriliosis, granulomatosis de Wegener²³, síndrome de Churg-Strauss, nódulos pulmonares reumatoides y la aspiración de alimentos y otros materiales en el pulmón.

²²ADAMS DO (1976). «The granulomatous inflammatory response. A review». *American Journal of Pathology* 84 (1): pp. 164–191

²³WOODARD BH, Rosenberg SI, Farnham R, Adams DO (1982). «Incidence and nature of primary granulomatous inflammation in surgically removed material». *American Journal of Surgical Pathology* 6 (2): pp. 119–129.

2.1.5 GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES

El granuloma central de células gigantes es una lesión osteolítica localizada de naturaleza variablemente agresiva que afecta a los maxilares, se presenta con relativa frecuencia en pacientes pediátricos y adultos jóvenes, muchos aspectos de esta lesión son controversiales, ya que en ocasiones se cree que la lesión central de células gigantes de los maxilares es la contraparte intraósea del granuloma reparador periférico de células gigantes, una masa exofítica relativamente común de la encía que tiene una capacidad destructiva limitada²⁴.

Las dificultades diagnósticas surgen a menudo porque el cuadro histológico de las lesiones centrales y periféricas es idéntico al tumor de células gigantes benigno de los otros huesos del cuerpo.

Se presenta el siguiente caso de un granuloma central de células gigantes con dos años de evolución localizado en ramas mandibulares en una niña de nueve años de edad cuya lesión se eliminó por medio de curetaje quirúrgico

Lesión destructiva intraósea de la parte anterior de la mandíbula y maxilar superior, que en caso de gran tamaño expande las láminas corticales causando desplazamiento dentario y produciendo exorizalízis²⁵.

Constituida por células gigantes multinucleadas.

2.1.5.1 Manifestaciones clínicas²⁶

Mayor frecuencia entre 10 y 30 años.

El 60% de los casos antes de los 30 años.

²⁴ ANTONUCCI Daniela, Azcarate Solange, Granuloma central de células gigantes, 2009, odontochile, Chile, 28 diapositivas (color)

²⁵ DOMINGUEZ Estrada Maribel, Reyes Omar, Jimenez Norberto, Granuloma central de células gigantes, rev.Medoral, 2001, vol. 3(3): 122 -128.

²⁶ ANTONUCCI Daniela, Azcarate Solange, Granuloma central de células gigantes, 2009, odontochile, Chile, 28 diapositivas (color)

El 65% de los casos en mujeres.

70% de los casos en la mandíbula.

Frecuentemente atraviesan la línea media.

Asintomático.

2.1.5.2 Manifestaciones radiográficas²⁷

Lesión uni o multilocular radiolúcida.

De bordes o límites netos o difusos (dependiendo de su clasificación)

Tamaño 5mm a 10 cm

2.1.5.3 Histopatología²⁸

Características Comunes:

Presencia de número variable de células gigantes multinucleadas en fondo de células mesenquimatosas.

Presencia de extravasación sanguínea y depósitos de hemosiderina.

Puede presentar fibrosis del estroma.

No Agresiva:

Células gigantes dispuestas en nódulos.

Focos de neoformación ósea (osteóide y hueso reticular).

Agresivas:

Células gigantes dispuestas de manera difusa.

²⁷DOMINGUEZ Estrada Maribel, Reyes Omar, Jimenez Norberto, Graguloma central de células gigantes, rev.Medoral, 2001, vol. 3(3): 122 -128.

²⁸DOMINGUEZ Estrada Maribel, Reyes Omar, Jimenez Norberto, Graguloma central de células gigantes, rev.Medoral, 2001, vol. 3(3): 122 -128.

Mayor cantidad de células gigantes y mononucleares.

Disminución del tejido fibroso maduro.

2.1.5.4 Diagnóstico diferencial²⁹

Granuloma Periapical.

Quiste Periapical.

Ameloblatoma.

Otras Lesiones Multiloculares.

Tumor Pardo de Hiperparatiroidismo.

Querubismo.

Tumor Verdadero de Células Gigantes.

2.1.5.5 Tratamiento y pronóstico³⁰

Curetaje.

Resección en Bloque. (Tamaño, tipo y localización).

Inyección intralesionar de corticoides.

Pronóstico bueno, sin desarrollo de metástasis.

Rango de recidiva 11 a 50%.

Radioterapia contra indicada.

²⁹ ANTONUCCI Daniela, Azcarate Solange, Granuloma central de células gigantes, 2009, odontochile, Chile, 28 diapositivas (color)

³⁰ DOMINGUEZ Estrada Maribel, Reyes Omar, Jimenez Norberto, Granuloma central de células gigantes, rev.Medoral, 2001, vol. 3(3): 122 -128.

2.2 ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS.

Si se aplicara biopsias de los ameloblastomas y el granuloma central de células gigantes en los tratamientos de tumores odontogénicos se evitaría malos diagnósticos diferenciales para dicho tratamiento.

2.3 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

2.3.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:

Estudio comparativo por biopsia entre el ameloblastoma y el granuloma central de células gigantes.

2.3.2 VARIABLE DEPENDIENTE:

Tratamiento de tumores odontogénicos.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Ítems
Variable Independiente: Estudio comparativo por biopsia entre el ameloblastoma y el granuloma central de células gigantes	es un procedimiento diagnóstico que consiste en la extracción de una muestra total o parcial de tejido para ser examinada al microscopio por un patólogo	Existen varios tipos diferentes de biopsias	extrae tejido utiliza la aguja utilizan tomografía computarizada	Muestra Tiempo procesos
Variable Dependiente: Tratamiento de tumores odontogénicos.	Son procedimientos que se llevan a cabo para curar una enfermedad	Los realiza un especialista en estos casos el cirujano maxilofacial	Resección en Bloque. (Tamaño, tipo y localización). Inyección intralesionar de corticoides	Curetaje Técnicas Tiempo Procedimientos Asepsia

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

Universidad de Guayaquil, clínicas de la Facultad Piloto de Odontología

3.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación inicia en Junio del 2012 y finaliza en abril 2013

3.3. RECURSOS EMPLEADOS

3.3.1 RECURSOS HUMANOS

Investigadora: Dalila Llerena

Tutor: Dr. José Zambrano

Pacientes

3.3.2 RECURSOS MATERIALES

Artículos

Revistas

Libros

Internet

Biopsias

3.4. UNIVERSO Y MUESTRA

Esta investigación es solo bibliográfica por lo que no se cuenta con universo y muestra pero se cuenta con resultados de biopsias hechas por pacientes que acudieron a la consulta del consultorio de mi tutor académico.

3.5 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva, porque se empleara, para alcanzar un segundo Nivel de conocimiento, a través de la cual describiremos todos los hechos y características más sobresalientes que se produzcan en relación al problema de Investigación. Con lo cual, estaremos en capacidad de conocer el estudio comparativo por biopsia entre el ameloblastoma y el granuloma central de células gigantes en el tratamientos de tumores de origen odontogénicos.

Logrando con ello un mayor nivel de conocimiento para el desarrollo de la carrera profesional.

Exploratorio: porque los estudios exploratorios buscan especificar las propiedades, características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a investigación.

3.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación es de tipo cualitativa por que se explicara cómo influye la comparación por medio de biopsia entre el ameloblastoma y el granuloma central de células gigantes en los tratamientos de tumores de origen odontogénicos.

Bibliográfica ya que se revisaran textos relacionados al tema para poder obtener una base teórica.

3.7. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En esta investigación no se cuenta con análisis de resultados por tratarse solo de estudio bibliográfico.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

En base a la investigación realizada se llegó a las siguientes conclusiones:

Es este estudio bibliográfico se comparó que es un ameloblastoma y un granuloma central de células gigantes, los cuales en sus manifestaciones clínicas y radiográficas presentan similitud.

Se identificó que las biopsias es la mejor elección para dar un buen diagnóstico diferencial en los tratamientos de tumores odontogénicos porque es la única forma de saber el tipo de tumor que presenta el paciente.

4.2. RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones se llegó a las siguientes recomendaciones:

Para poder dar un buen diagnóstico diferencial en los tratamientos de tumores odontogénicos se recomienda mandar al paciente a realizarse biopsia para saber el tipo de tumor presenta

Al tener los resultados de biopsia nos daremos cuenta el tipo de tumor que presenta el paciente, si es un ameloblastoma o un granuloma central de células gigantes, en el cual daremos un verdadero diagnóstico que nos llevara a dar un buen tratamiento y pronostico, evitando iatrogenia y dándole una satisfacción al paciente.

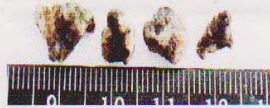
BIBLIOGRAFIA

- 1) ADAMS DO (1976). «The granulomatous inflammatory response. A review». American Journal of Pathology 84 (1): pp. 164–191
- 2) ANTONUCCI Daniela, Azcarate Solange, Granuloma central de células gigantes, 2009, odontochile, Chile, 28 diapositivas (color)
- 3) ANTONUCCI Daniela, Azcarate Solange, Granuloma central de células gigantes, 2009, odontochile, Chile, 28 diapositivas (color)
- 4) BORACK S, Diagnostico Bucal. 1ra edición. Brasil: Artes Medicas Latinoamérica; 2004.
- 5) BUENASTAREAS.COM. Tumores Odontogenicos Y No Odontogenicos. Recuperado 10, 2010, <http://www.buenastareas.com/ensayos/Tumores-Odontogenicos-y-No-Odontogenicos/924223.html>
- 6) CECCOTTI EL, Sforza R, Bruzzzone R, Calb I, Daboul J, Balestrieri J; Goldstein S, Venegas SL, Rivas H. Leucoplasia hoy: una revisión. Rev. Asoc. Odontol. Argent; 91(5):420-429, oct.-dic. 2003. ilustrado.
- 7) CECCOTTI EL, Sforza R, Bruzzzone R, Calb I, Daboul J, Balestrieri J; Goldstein S, Venegas SL, Rivas H. Leucoplasia hoy: una revisión. Rev. Asoc. Odontol. Argent; 91(5):420-429, oct.-dic. 2003. ilustrado.
- 8) CHEN KT, Kostich ND, Rosai J (1978). «Peritoneal foreign body granulomas to keratin in uterine adenocanthoma». Archives of Pathology and Laboratory Medicine 102 (4): pp. 174–177
- 9) COSIO Dueñas Herberl, Lazo Olazu Liceth, Biopsia en odontología, erv. Situa, vol 15 (1-2):37 – 41, 2006.

- 10)COTRAN RS, Kurnar V, Collins T, Patología estructural y funcional. 6ta edición en español. Madrid: McGrawhill. Interamericana; 2000.
- 11)COWLES Roberto A., 12/octubre/2012], Biopsia, <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003416.htm>> , [3/mayo/2013].
- 12)DOMINGUEZ Estrada Maribel, Reyes Omar, Jimenez Norberto, Grabuloma central de células gigantes, rev.Medoral, 2001, vol. 3(3): 122 -128.
- 13)GIGLIO M, Nicolosi L, Semiología en la Práctica de la Odontología. 1ra edición. Santiago: McGraw-hill. Interamericana; 2000.
- 14)HUNTER DC, Logie JR (1988). «Suture granuloma». British Journal of Surgery75 (11): pp. 1149–1150
- 15)JANEWAY'S Immunobiology. Garland Science. 2008. p. 372
- 16)MARCO Antonio, Tumores odontogénicos benignos, 2ªedición, slideshare, 19/abril/2009, 60 diapositivas (color).
- 17)MAZZEI E, Rozman C, Semoitecna y Fisiopatología. 6ta edición. Buenos Aires: El ateneo; 2002.
- 18)ODELL EW, Resolución de Problemas Clínicos en Odontología. 1ra edición. Madrid: Harcourt; 2000.
- 19)OPEN Course Vare, 2007, Tumores odontogénicos, <http://ocwus.us.es/estomatologia/cirurgia-bucal/cirurgia_bucal/tema-49/page_06.htm>, pág. 6.
- 20)PALMA GJM, Ledesma MC, Gonzalez JL, Figueroa MS, Tumores Odontogénicos en Puebla, Rev. Medigraphic, Mexico, vol. 2, 2007.

21)WOODARD BH, Rosenberg SI, Farnham R, Adams DO (1982).
«Incidence and nature of primary granulomatous inflammation in
surgically removed material». American Journal of Surgical Pathology6
(2): pp. 119–129.

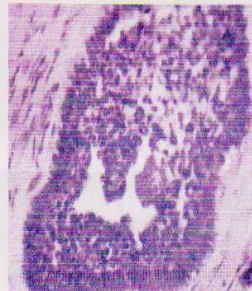
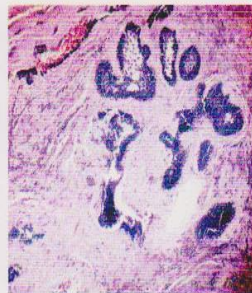
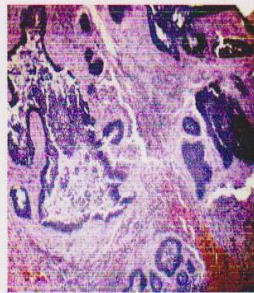
ANEXOS



Origen de la muestra: Biopsia de tumor de ángulo de mandíbula. HC: Paciente que hace tres años se extirpo tumor con diagnóstico de ameloblastoma, actualmente recidiva, mide 3 cm. ID: Ameloblastoma.

EXAMEN MACROSCOPICO: Se reciben cuatro fragmentos de tejido irregulares, color grisáceo, consistencia cauchosa. Miden entre 1.2 cm y 0.8 cm.

Se procesa íntegramente para estudio histopatológico.



EXAMEN

MICROSCOPICO: Los cortes histológicos muestran fragmentos de tejido que presentan neoplasia de estirpe epitelial, constituida por islas de células tumorales constituidas por una capa periférica de células cuboidales o columnares y células poliédricas parecidas al retículo estrellado hacia el centro, estos nidos forman una red epitelial rodeadas por estroma fibroso denso con focos de hemorragia reciente.

No se encuentran cambios neoplásicos malignos en las muestras analizadas.

DIAGNOSTICO:

**Biopsia de tumor de ángulo de mandíbula.
-AMELOBLASTOMA MULTIQUISTICO.**

Anexo 1: resultado de biopsia de un ameloblastoma.

Fuente: propias de la autora, clínica privada (tutor), 2012 - 2013

Origen de la muestra: Biopsia escisional de lesión de reborde alveolar de encía mandibular.

EXAMEN MACROSCOPICO:

Se reciben dos fragmentos de tejido irregulares, color grisáceo, consistencia elástica blanda, miden 2 x 1.5 cm y 0.8 x 0.5 cm.

Se procesan para estudio histopatológico.

EXAMEN MICROSCOPICO:

Los múltiples cortes histológicos muestran fragmentos de tejido, el mayor cubierto focalmente por epitelio escamoso con cambios inflamatorios reactivos. El corion subyacente presenta proliferación de células gigantes multinucleadas, las cuales contienen entre 8-10 núcleos, sin atipias, se disponen de manera dispersa sobre un estroma fibroblástico. Además se observan áreas de hemorragia reciente.

No se encuentran cambios que sugieran malignidad en la muestra analizada.

DIAGNÓSTICO:

Resección de lesión de reborde alveolar en encía mandibular.
-GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES.

Anexo 2: resultado de biopsia un granuloma central de células gigantes.

Fuente: propias de la autora, clínica privada (tutor), 2012 – 2013

