

TUMORES ODONTOGÉNICOS CLASIFICACIÓN (OMS -2017)

TUMORES ODONTOGÉNICOS

CLASIFICACIÓN (OMS 2017)

BENIGNOS

EPITELIO ODONTOGÉNICO SIN ECTOMESÉNQUIMA ODONTOGÉNICO

**AMELOBLASTOMA
TUMOR ODONTOGÉNICO ESCAMOSO
TUMOR ODONTOGÉNICO EPITELIAL CALCIFICANTE
TUMOR ODONTOGÉNICO ADENOMATOIDE**

EPITELIO ODONTOGÉNICO CON ECTOMESÉNQUIMA ODONTOGÉNICO (CON O SIN FORMACIÓN DE TEJIDOS DUROS DENTALES)

**FIBROMA AMELOBLÁSTICO
TUMOR ODONTOGENICO PRIMORDIAL
TUMOR DENTINOGENICO DE CÉLULAS FANTASMAS
ODONTOMA (compuesto y complejo)**

ECTOMESÉNQUIMA ODONTOGÉNICO CON O SIN INCLUSIÓN DE EPITELIO ODONTOGÉNICO

**FIBROMA ODONTOGÉNICO
MIXOMA (mixofibroma)
CEMENTOBLASTOMA
FIBROMA CEMENTO-OSIFICANTE**

MALIGNOS

CARCINOMAS ODONTOGÉNICOS

**CARCINOMA AMELOBLASTICO
CARCINOMA INTRAOSEO PRIMARIO
CARCINOMA ODONTOGENICO ESCLEROSANTE
CARCINOMA ODONTOGENICO DE CELULAS CLARAS
CARCINOMA ODONTOGENICO DE CELULAS FANTASMAS**

SARCOMAS ODONTOGÉNICOS

CARCINOSARCOMAS ODONTOGÉNICOS

BENIGNOS

TUMORES CON EPITELIO ODONTOGÉNICO CON ESTROMA FIBROSO MADURO SIN ECTOMESÉNQUIMA ODONTOGÉNICO.

AMELOBLASTOMA :

Neoplasia benigna localmente invasora constituida por una proliferación de epitelio odontogénico en un estroma fibroso.

FRECUENCIA: es el más frecuente de los tu odontogénicos. Representa el 1% de los tumores y quistes maxilares.

ORIGEN: lámina dental, órgano del esmalte, restos epiteliales de Malassez y epitelio de quistes odontogénicos.

EDAD: 40 -50 años SEXO: ambos LOCALIZACIÓN: 80% mandíbula.

MACROSCOPIA: tamaño variable puede llegar a ser grande, ocupando gran parte del maxilar. Crece lentamente. Puede ser sólido, uniuístico, multiuístico, desmoplástico y periférico. El hueso se encuentra deformado, soplado y las corticales adelgazadas.

MICROSCOPIA: variantes histológicas FOLICULAR, PLEXIFORME, ACANTOMATOSO, BASOCELULAR y de CÉLULAS GRANULARES.

Rx: radiolúcido, multilocular que sopla al hueso pero en general no destruye la cortical, la adelgaza.

COMPORTAMIENTO: es una neoplasia benigna pero localmente invasora e infiltrante. Es un tumor que luego de un período de crecimiento localizado tienden a infiltrar el hueso maxilar y en etapas finales avanza sobre los tejidos. RECIDIVA.

TUMOR ODONTOGÉNICO ESCAMOSO:

Neoplasia benigna, infiltrativa.

ORIGEN: restos de Malassez, restos de Serres.

EDAD: promedio 30 años. SEXO: fem.

LOCALIZACIÓN: max.sup.(área IC), max. Inf. (área pr.)

RX: radiolúcido con forma semicircular o triangular, se relaciona con las raices, márgenes poco definidos.

COMPORTAMIENTO:recidiva.

TUMOR ODONTOGÉNICO EPITELIAL CALCIFICANTE (TUMOR DE PINDBORG).

Neoplasia epitelial localmente invasora, caracterizada por el desarrollo de estructuras intraepiteliales, probablemente de naturaleza amiloide, que puede calcificarse y desprenderse al romperse las células.

ORIGEN: estrato intermedio del órgano del esmalte.

LOCALIZACIÓN: mandíbula (zona pr-molar).

EDAD: 20-60 años SEXO: ambos.

MICROSCOPIA: presencia dentro de los grupos celulares epiteliales de un material homogéneo acidófilo (amiloide), que puede estar calcificado formando círculos concéntricos (anillos de Liesegang).

RX: radiolúcido con focos radioopacos, puede rodear la corona de un diente no erupcionado.

COMPORTAMIENTO: raramente recidiva.

TUMOR ODONTOGÉNICO ADENOMATOIDE:

Lesión que muestra estructuras seudoductales (como canalículos) y un grado variable de cambios inductivos en el tejido conectivo.

ORIGEN: órgano del esmalte EDAD: 10-80 años (prom.20 años) SEXO: F>M

LOCALIZACIÓN: maxilar superior (caninos). Existen 3 variantes de TOA: tipo folicular, extrafolicular y periférica.

RX: radiolúcido unilocular (1 a 3 cm.), rodea un diente no erupcionado, dilata las tablas corticales, en muchos casos focos RO en su interior.

MACRO: lesión quística con una pequeña masa sólida en su interior.

MICRO: pseudocanalículos revestidos por células cilíndricas, células epiteliales dispuestas en cordones o nidos arremolinados (rosetas), estroma de tejido conectivo fibroso, calcificaciones.

COMPORTAMIENTO: benigno, encapsulado, no recidiva.

TUMORES CON EPITELIO ODONTOGÉNICO CON ECTOMESÉNQUIMA ODONTOGÉNICO, CON O SIN FORMACIÓN DE TEJIDOS DUROS DENTALES.

FIBROMA AMELOBLÁSTICO:

Neoplasia constituida por epitelio odontogénico proliferante incluido en un tejido mesodérmico similar a la papila dentaria pero sin formación de odontoblastos.

ORIGEN: vaina radicular de Hertwig.

EDAD: 5 a 20 años. **SEXO:** ambos.

LOCALIZACIÓN: maxilar inferior (zona pr-molar).

RX: radiolúcido (uni o multilocular), con márgenes bien definidos.

MACRO: masa fibrosa, blanda.

MICRO: islotes y finos cordones epiteliales que emiten yemas y ramificaciones sostenidas por un tejido conjuntivo semejante a la papila dental.

COMPORTAMIENTO: crece lentamente, dilata corticales sin destruirlas, produce dolor y raramente recidiva.

TUMOR ODONTOGÉNICO PRIMORDIAL

El tumor odontogénico primordial (POT) es un tumor odontogénico descrito recientemente caracterizado por un tejido fibroso suelto variablemente celular con áreas similares a la papila dental, cubierto por epitelio cuboidal a columnar que se asemeja al epitelio interno del órgano del esmalte, rodeado por una delgada cápsula fibrosa.

ORIGEN a partir del mesénquima de un germen dental abortivo que no produce un órgano dental.

LOCALIZACIÓN: Solo siete casos han sido reportados. Suele ocurrir en la mandíbula posterior. Relación 6:1 con el maxilar.

Rx: radiolucencia bien definida asociado a un diente no erupcionado (3^{er} M inf.) en relación pericoronar.

CLÍNICA: agrandamiento bucal asintomático, pero pueden causar expansión cortical con desplazamiento y reabsorción radicular de dientes vecinos.

MACRO: masa sólida blanquecina multilobulada sin espacios quísticos en el corte.

MICRO: compuesto principalmente por tejido conectivo fibroso suelto que contiene n° variable de fibroblastos fusiformes y estrellados con poco colágeno. Algunas áreas tienen la apariencia semejante a la papila dental y periféricamente una única capa de epitelio cilíndrico o cúbico rodeado de una delgada capsula fibrosa.

COMPORTAMIENTO: sin recidivas.

TUMOR DENTINOGENICO DE CELULAS FANTASMAS

Neoplasia localmente agresiva conformada por la proliferación de islotes epiteliales similares al ameloblastoma, células fantasmas y material dentinoide.

CLÍNICA: Prácticamente todos intraóseos, son rarísimos los periféricos. Puede provocar expansión e incluso exteriorizarse en los tejidos blandos.

EDAD: desde la 2ª hasta la 9na década. SEXO: M

LOCALIZACIÓN: sin preferencia por la maxila o mandíbula, un poco más en el área de canino a molar en el maxilar inferior.

Rx: Área radiolúcida con áreas radiopacas, generalmente unilocular, puede provocar reabsorción en las piezas dentarias adyacentes.

HISTOLOGÍA: Sobre un estroma fibroso islotes de epitelio odontogénico similares al ameloblastoma y las células del retículo estrellado se han transformado en "células fantasmas" algunas calcificadas (aspecto dentinoide) que eventualmente pueden provocar reacción a cuerpo extraño.

(se ha descrito la malignización de este tumor).

PRONÓSTICO: Se recomienda resección con margen de seguridad.

ODONTOMAS:

Malformaciones odontogénicas benignas (hamartomas) en las que se conjugan elementos epiteliales y mesenquimales, y que muestran una diferenciación completa con formación de E,D,C y pulpa.

EDAD: niños y adolescentes.

LOCALIZACIÓN: max. sup. (inc.-caninos)

ODONTOMA COMPUESTO: se hallan todos los tejidos dentarios con disposición organizada (dentículos).

ODONTOMA COMPLEJO: se hallan todos los tejidos dentarios desordenados.

Ambos presentan cápsula periférica quística.

RX: masas radiopacas rodeadas por banda radiolúcida que lo separa del hueso.

COMPORTAMIENTO: no recidivan.

TUMORES CON ECTOMESENUQUIMA ODONTOGÉNICO CON O SIN INCLUSIÓN DE EPITELIO ODONTOGÉNICO.

FIBROMA ODONTOGÉNICO:

Tumor odontogénico fibroblástico con una porción variable de epitelio odontogénico inactivo.

EDAD: promedio 40 años SEXO: fem.(7:1)

LOCALIZACIÓN: max. sup.(zona ant. hasta 1er molar).

RX: radiolúcido bien definido (a veces áreas opacas).

MICRO: masa de tejido fibroso que contiene depósitos calcificados de material considerado dentinoide o cemento.

COMPORTAMIENTO: benigno.

MIXOMA:

Neoplasia localmente invasora constituida por células redondeadas y angulosas con un abundante estroma mucoide.

Se denomina también MIXOFIBROMA cuando tiene mucho colágeno.

ORIGEN: papila dental EDAD: promedio 30 años SEXO: ambos

RX: lesión radiolúcida multilocular que expande corticales.

MICRO: tejido conectivo mixomatoso, fibroblastos con cantidad variable de colágeno en una matriz de mucopolisacáridos.

COMPORTAMIENTO: no tiene cápsula, puede recidivar.

CEMENTOBLASTOMA: Neoplasia odontogénica que se caracteriza por la formación de tejido cementario.

EDAD: 20-30 años SEXO: ambos.

LOCALIZACIÓN: mandíbula (zona posterior). En relación con un diente vital.

RX: lesión radioopaca asociada con 1 o más raíces dentarias.

MICRO: formación de masas de tejido semejante al cemento, con presencia de cementoblastos y cementoclastos.

COMPORTAMIENTO: crecimiento ilimitado.

CEMENTO FIBROMA OSIFICANTE

Los fibromas cemento-osificantes son neoplasias fibro-ósicas benignas raras que afectan las mandíbulas.

Se incluyen en el grupo de tumores odontogénicos mesodérmicos y comúnmente se presentan como una lesión de crecimiento progresivo que podría alcanzar un tamaño enorme con la deformidad resultante, si no se trata.

CLINICA: Son lesiones de crecimiento lento y generalmente se presentan con una expansión indolora. El dolor y el desplazamiento de los dientes circundantes rara vez se informan. Los dientes relacionados pueden ser móviles y con menor frecuencia se observa reabsorción de raíces.

ORIGEN: Se cree que surgen del ligamento periodontal, lo que representa la proximidad habitual de los dientes

EDAD: El tumor se ve a menudo en la segunda y cuarta décadas de la vida con una edad media de 35 años.

SEXO: predominio femenino.

LOCALIZACION: El tumor se localiza con frecuencia en la zona premolar y molar mandibular.

RX: radiolucidez unilocular bien definida con cantidades variables de opacificación dependiendo de la cantidad de tejido duro producido por la neoplasia, que expande el hueso subyacente.

HISTOPATOLOGÍA: Pueden estar encapsulados. El tumor consiste en cantidades variables de tejido calcificado en un estroma fibroblástico. El material calcificado puede parecerse al hueso o al cemento (a menudo más globular y acelular).

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO: El tratamiento quirúrgico conservador generalmente no produce recurrencia.

TUMORES ODONTOGÉNICOS

CLASIFICACIÓN (OMS 2017) **MALIGNOS**

CARCINOMAS ODONTOGÉNICOS

- **CARCINOMA AMELOBLÁSTICO**
- **CARCINOMA INTRAÓSEO PRIMARIO**
- **CARCINOMA ODONTOGÉNICO ESCLEROSANTE**
- **CARCINOMA ODONTOGÉNICO DE CÉLULAS CLARAS**
- **CARCINOMA ODONTOGÉNICO DE CÉLULAS FANTASMAS**

SARCOMAS ODONTOGÉNICOS

CARCINOSARCOMAS ODONTOGÉNICOS