



# QUISTES Y TUMORES

## 5.4 Tumores odontogenicos

### 5.4.1 Del epitelio odontogenico maduro

Ameloblastoma: Sólido, uniuistico, periférico, Tumor odontogenico escamoso, Tumor odontogenico epitelial calcificante, Tumor queratoquistico odontogénico

### 5.4.2 Del ectomesenquima con o sin formación de tejidos duros

Fibroma ameloblastico, Fibroodontoma ameloblastico, odontoameloblastoma, Odontoma, Cementoblastoma

### 5.4.3 Tumores odontogenicos del ectomesenquima, con o sin epitelio odontogenico

Fibroma odontogenico: periférico y central, Mixoma odontogenico

A stylized, colorful illustration of a landscape. The foreground features rolling green hills with dark brown soil patches. On the left, there is a green tree, a purple flower, and an orange flower. A small red bird is flying in the sky above the tree. The background consists of layered blue and white wavy bands representing the sky.

# AMELOBLASTOMA

- *Se origina en a mandíbula o maxilar a partir del epitelio incluido en la formación de los dientes*
- *Las posibles fuentes epiteliales son órganos del esmalte, restos odontógenos (restos de Malassez, restos de Serres), epitelio reducido del esmalte y revestimiento epitelial de los quistes odontógenos, en especial el quiste dentífero.*

# Características clínicas

- *Predominante en el cuarto y quinto decenio de la vida.*
- *Las raras anomalías identificadas en la infancia son uniuquísticas y en la clínica se manifiestan como quistes odontógenos.*
- *En la gingiva es infrecuente un ameloblastoma extraóseo (periférico); también se ha descrito unos cuantos casos en la mucosa bucal*
- *Los ameloblastomas casi siempre son asintomáticas y se descubren durante un examen radiográfico rutinario o por expansión asintomática de la mandíbula, los síntomas pueden ser movilidad dental o mal oclusión.*



Fig. 11-1. *A*, ameloblastoma de la mandíbula (el paciente rechazó el tratamiento). *B*, el mismo paciente siete años después.

## Rx

- *Se presentan como procesos osteolíticos, se detectan áreas dentadas de la mandíbula y pueden evidenciar un aspecto unilocular o multilocular. Bordes definidos y esclerosados, cuando hay desmoplasia de tejido conectivo, es típico reconocer márgenes mal definidos*
- *La tasa de crecimiento del tumor es lenta y causa movilidad de las raíces dentales. Junto con el crecimiento de éste puede ocurrir la resorción de la raíz.*



Fig. 11-2. A, vista intrabucal del paciente de la figura 11-1 que muestra desplazamiento de los dientes y ocupación del vestibulo. B, radiografía lateral de la mandíbula que revela radiolucidez multilocular (flechas).

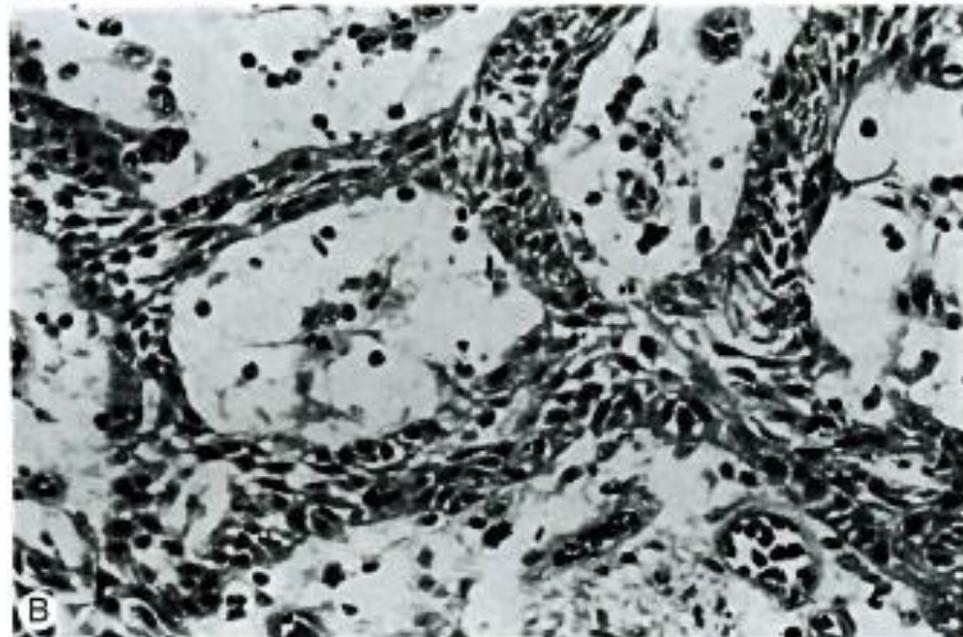
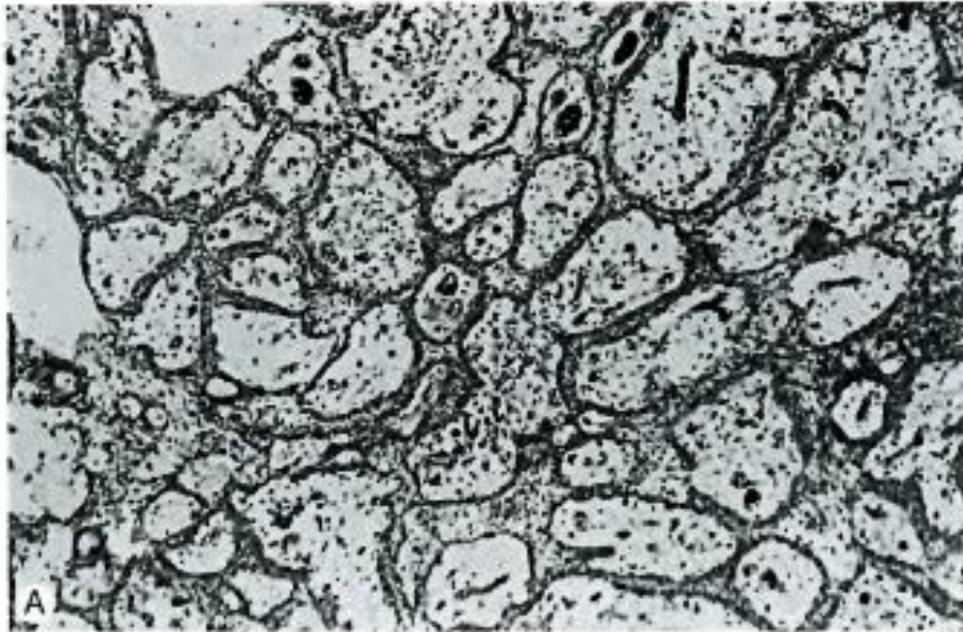


Fig. 11-13. *A* y *B*, ameloblastoma plexiforme unicístico.

# Histología

- *Tipo folicular: Polarización de las células alrededor de nidos proliferantes en un patrón similar a ameloblastos del órgano del esmalte. Compuesto por islotes de células tumorales que simulan el folículo dental normal. La degeneración quística central de los islotes foliculares conducen a un patrón microcítico.*
- *En ocasiones las células neoplásicas se desarrollan en un tramado epitelial, que da lugar al término ameloblastoma plexiforme.*

- *Un subtipo cuyas células neoplásicas centrales presentan granularidad citoplásmica prominente se designa como ameloblastoma de células granulares.*

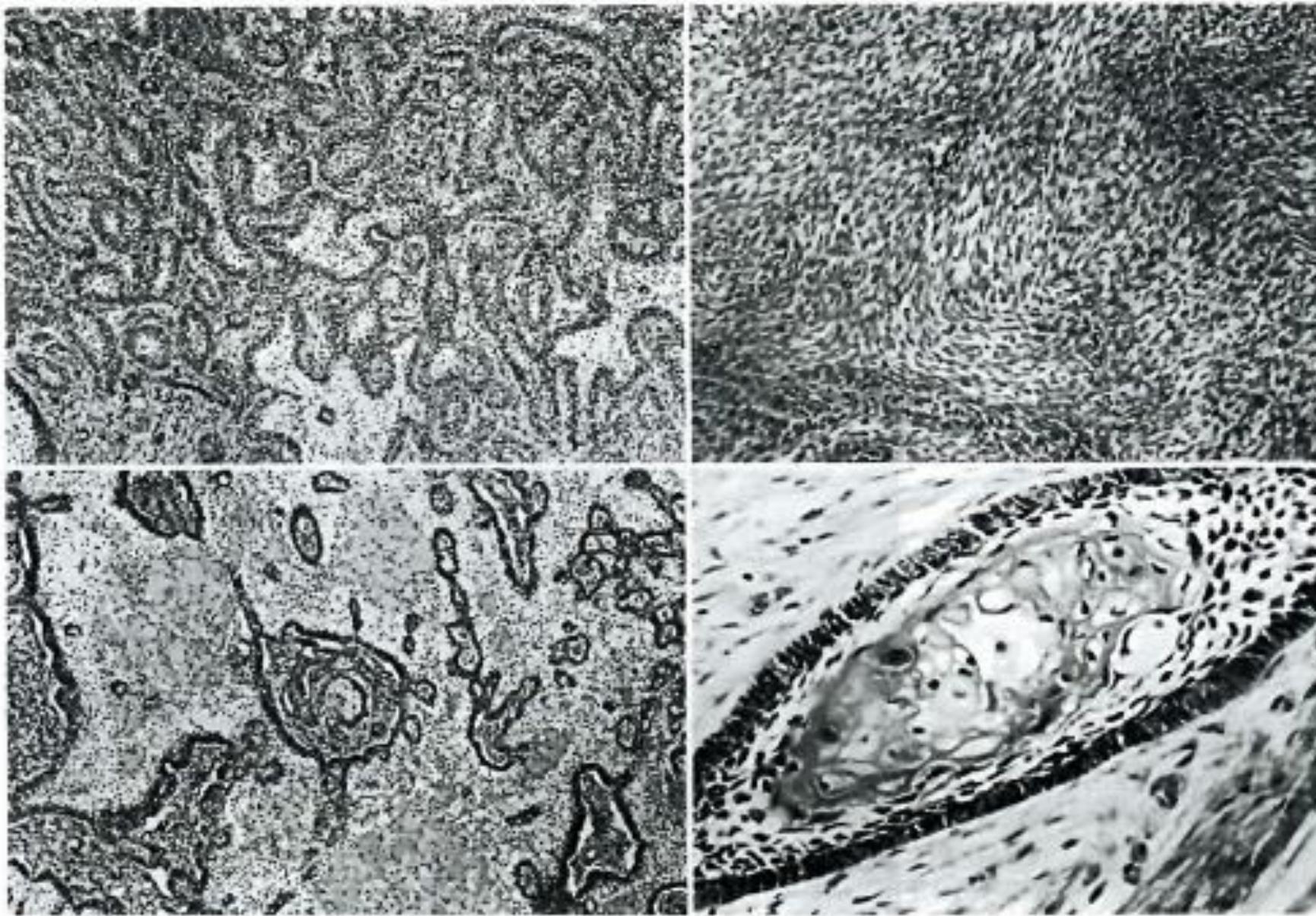


Fig. 11-3. Aspecto microscópico del ameloblastoma del paciente de la figura 11-1. *Arriba a la izquierda*, patrones foliulares. *Arriba a la derecha*, patrón fusiforme. *Abajo a la izquierda*, transformación en células granulares. *Abajo a la derecha*, queratinización de islote tumoral.

- Los ameloblastomas se subdividen en dos subtipos biológicos-microscópicos – sólido o multilocular y quístico (uniquístico)
- Sólido: (multiquístico) Es más agresivo y exige una terapéutica más extensa que su homólogo uniquístico. Posee una tasa de recurrencia del 50 a 90%
- Uniquística: Puede haber crecimiento intraluminal o mural. Una variante de este tipo es el ameloblastoma uniquístico plexiforme en la pared del quiste muestra una red de epitelio ameloblastico. Recurrencia menor al 10%

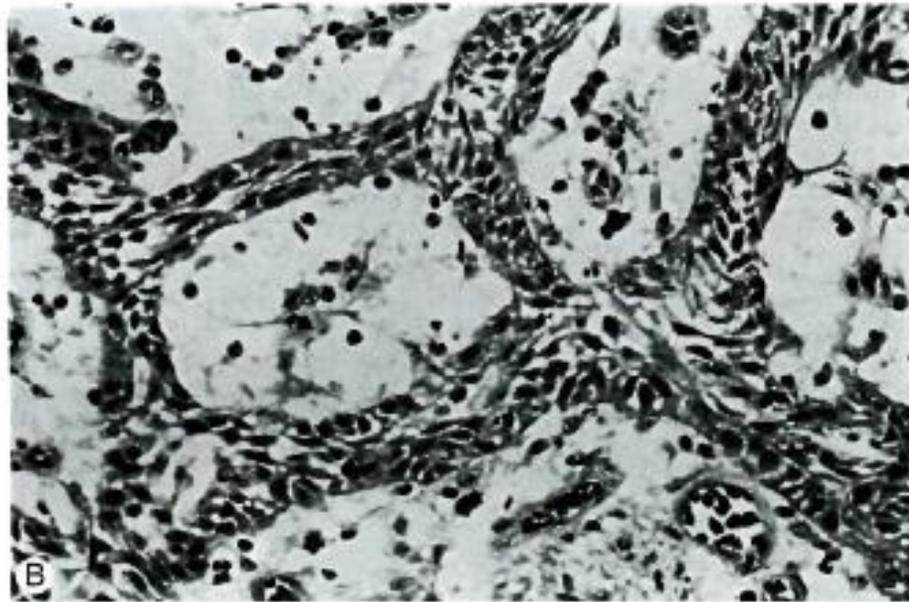
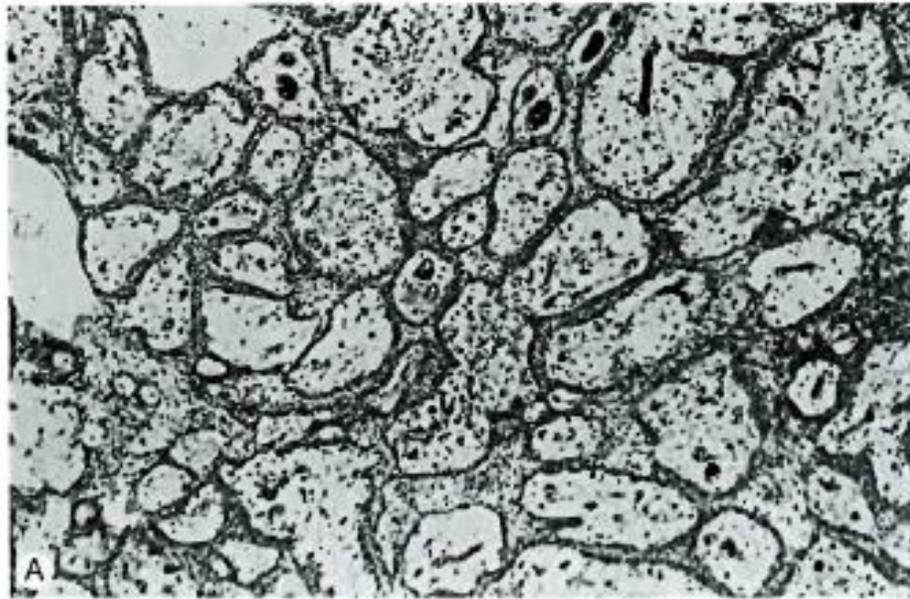


Fig. 11-13. *A* y *B*, ameloblastoma plexiforme uniuqístico.

- *Subtipo ameloblastoma sinusal: hay signos de obstrucción nasal, epistaxis y opacificaciones. Las células “totipotenciales” del revestimiento sinonasal son el supuesto sitio de origen.*

# Diagnóstico diferencial

- *Tumores odontógenos, quistes y lesiones benignas no odontógenas*
- *-Tumor odontógeno epitelial calcificante*
- *- Mixomas odontógenos*
- *- Quiste dentífero*
- *- Queratoquiste odontógeno*

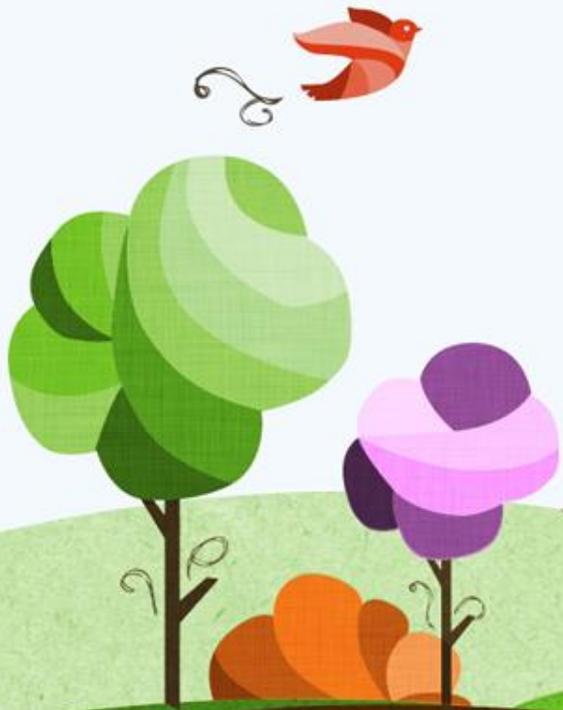
# Tratamiento

- *Depende de las necesidades terapéuticas del caso*
- *Las neoplasias multiquísticas sólidas requieren al menos excisión quirúrgica, puesto que después del raspado hay recurrencia en 50 a 90%*
- *Las uniuísticas sólo ameritan enucleación y no deben someterse a tratamiento excesivo. Los ameloblastomas periféricos también deben tratarse en una forma conservadora similar.*

# Bibliografía

- *Joseph A. Regezi, Patología bucal, correlaciones clínicopatológicas, tercera edición, Mc Graw-Hill Interamericana, capítulo 11, Tumores odontógenos, pag 327-338*

TUMOR  
ODONTÓGENO  
ESCAMOSO



## TUMOR ODONTÓGENO ESCAMOSO

Es...	CX CLÍNICAS	HISTOLOGÍA	RX	TRATAMIENTO
<p>Afecta la cavidad alveolar, puede derivarse de la transformación neoplásica de los restos de Malassez</p>	<p>Se presenta en un intervalo de edad desde el segundo hasta la séptima década de la vida. Los pacientes pueden ser asintomáticos, aunque se han comunicado dolor y movilidad dental</p>	<p>Muestra semejanza con el ameloblastoma, aunque el tumor odontógeno escamoso carece de una capa de células epiteliales columnares con palizada periférica. También existe cierta similitud con restos odontógenos proliferantes que en ocasiones se observan en los quistes periapicales</p>	<p>Las malformaciones típicas están bien circunscrita, es a menudo semilunar y guarda relación con las raíces dentales</p>	<p>La terapéutica de elección es el raspado o la excisión. Esta anomalía muestra cierta invasiva y su recurrencia es rara luego del tratamiento conservador</p>

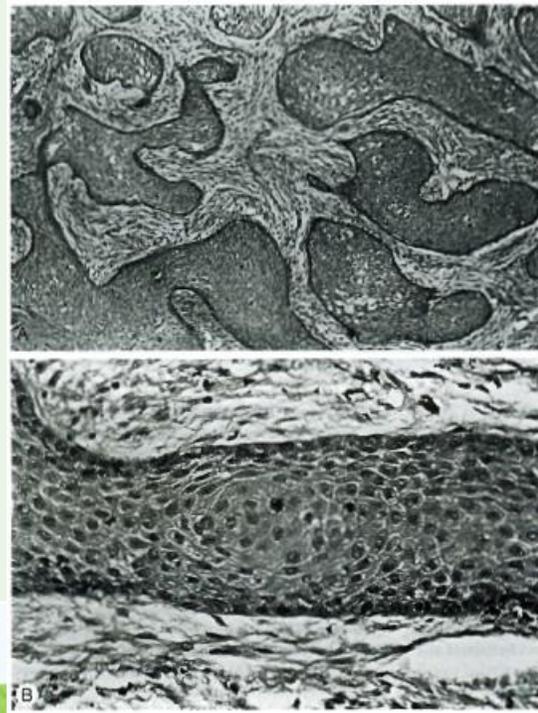


Fig. 11-18. A y B, tumor odontógeno escamoso.

# Bibliografía

- Joseph A. Regezi, *Patología bucal, correlaciones clínicopatológicas, tercera edición, Mc Graw-Hill Interamericana, capítulo 11, Tumores odontógenos, pag 338 - 339*

TUMOR  
ODONTÓGENO  
EPITELIAL  
CALCIFICANTE



## TUMOR ODONTÓGENO EPITELIAL CALCIFICANTE

Es...	CX CLÍNICAS	HISTOLOGÍA	DX DIFERENCIAL	TRATAMIENTO
También conocida como tumor de Pindborg, es de origen odontógeno. Se ignora cuál es la célula específica de la que se deriva y el estímulo para su crecimiento, aunque se ha postulado el estrato intermedio del órgano del esmalte.	<p>Segunda y decima década de vida, no hay predilección por sexo. Mayor afectación a la mandíbula. Expansión de la mandíbula.</p> <p>Rx Se advierte relación con dientes retenidos. Las anomalías suelen ser uniloculares o multiloculares. Las loculaciones pequeñas de algunos defectos llevaron al uso del término panal de abeja para referirse a este patrón translúcido. Se encuentran por lo regular bien circunscritas, pese que algunas veces no son evidentes los márgenes esclerosados.</p>	Es común identificar láminas de grandes células epiteliales poligonales. Los núcleos muestran variación considerable en tamaño, forma y número y las figuras mitóticas son raras. El citoplasma es abundante y eosinofílico. En ocasiones es posible detectar zonas focales de células ópticamente claras en variante microscópica de células claras.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quiste dentigero</li> <li>- Queratoquiste</li> <li>- Ameloblastoma</li> <li>- Mixoma odontogeno</li> </ul>	Varia depende del caso que va desde la enucleación hasta la resección, con recurrencia menor al 20%



Fig. 11-19. A, tumor odontógeno epitelial calcificante de la maxila. B, radiografía que muestra una radiolucidez mal delimitada. (Cortesía del Dr. T. Pickens.)

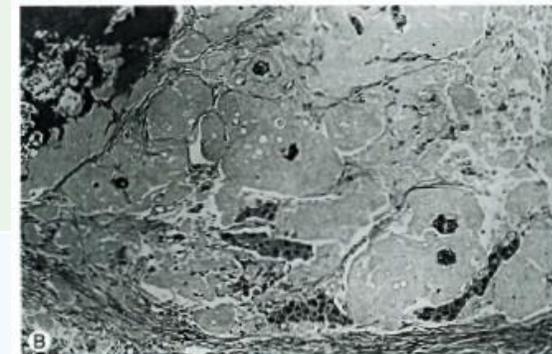
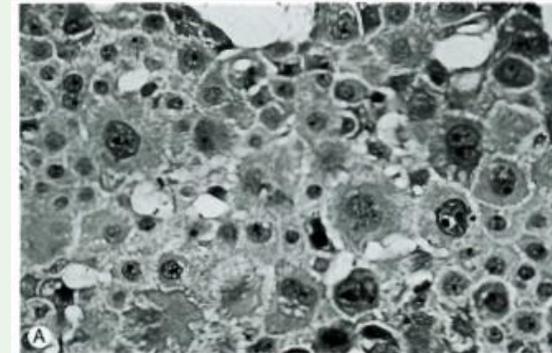


Fig. 11-21. Tumor odontógeno epitelial calcificante. A, células epiteliales complejas. B, componente amiloide que muestra calcificación (arriba izquierda).

# Bibliografía

- *Joseph A. Regezi, Patología bucal, correlaciones clínicopatológicas, tercera edición, Mc Graw-Hill Interamericana, capítulo 11, Tumores odontógenos, pag 339-340*

A stylized, colorful illustration of a landscape. The foreground features rolling green hills with dark brown soil patches. On the left, there is a green tree, a purple flower, and an orange flower. A small red bird is flying in the sky above the tree. The background consists of light blue and white wavy bands representing the sky.

# FIBROMA AMELOBLASTICO

## FIBROMA AMELOBLASTICO

Es...	CX CLÍNICAS	HISTOLOGÍA	RX	TRATAMIENTO
<p>Tumor benigno odontogénico mixto (epitelial y mesenquimal) de rara aparición, que constituye 2 % de todos los tumores odontogénicos.</p>	<p>Edad media de presentación entre los 12 y 15 años, más frecuente es la mandíbula (80 a 90 %), principalmente en el área molar, Se asocia con retención dental, que ocasiona retraso en la erupción o alteración en la secuencia dental de erupción, La expansión ósea y la movilidad dental son signos frecuentes. Las lesiones pequeñas son asintomáticas y los tumores grandes se asocian con inflamación. Aparece con base sésil en la mucosa gingival, rojiza y firme, sin implicación ósea al examen radiográfico.</p>	<p>Está compuesto de un tejido mesenquimal rico en células semejando la papila dental primitiva con epitelio odontogénico proliferante. Puede tener uno o dos patrones, siendo el más común el epitelial, que consiste en cordones largos y estrechos de epitelio odontogénico. Estos cordones de grosor de una o dos células están compuestos de células cuboidales o columnares</p>	<p>Suelen ser bien definidas, transparentes, con un halo más esclerosado radioopaco. Pueden ser uniloculares o multiloculares y asociarse con la corona de dientes impactados. Las lesiones pueden crecer considerablemente y alcanzar un tamaño que afecte el cuerpo y la rama ascendente de la mandíbula. Puede reabsorber también las raíces y desplazar el canal alveolar inferior</p>	<p>Extirpación de la lesión y del diente incluido, si lo hay, con curetaje del hueso circundante a la lesión; en el quiste folicular no parece necesario el curetaje óseo.</p>



Figura 1 | Radiografía panorámica en la que se observa la presencia de una lesión multilocular radiolúcida que involucra el tercer molar inferior

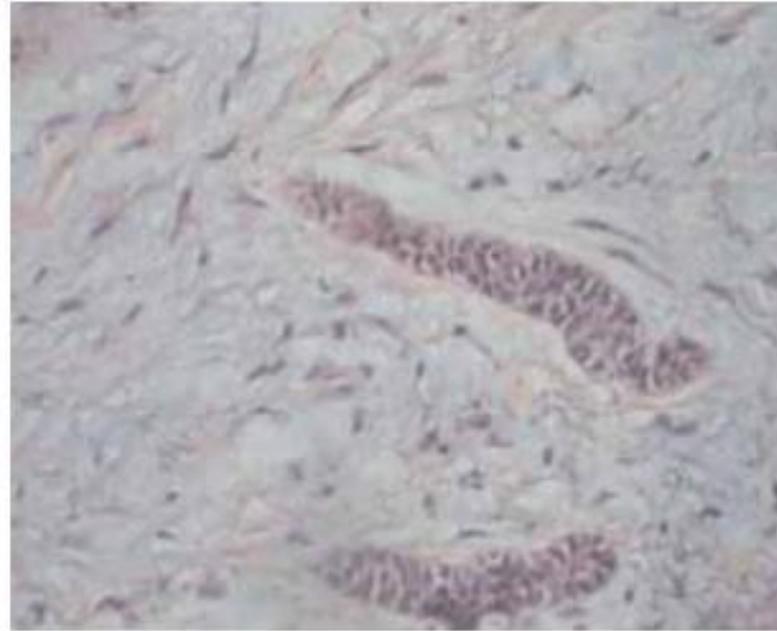


Figura 5 | Corte histológico con presencia de abundantes fibroblastos y tejido odontogénico



Figura 4 | Pieza quirúrgica

# Bibliografía

- Susana Ruiz-Ortega, Fibroma ameloblástico que involucra tres molares. Informe de un caso, Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011; 49 (3): 339-344

<https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im113t.pdf>

A stylized, colorful illustration of a landscape. The foreground features rolling green hills with dark brown soil patches. On the left, there is a green tree, a purple flower, and an orange flower. A small red bird is flying in the sky above the tree. The background consists of layered blue and white wavy bands representing the sky.

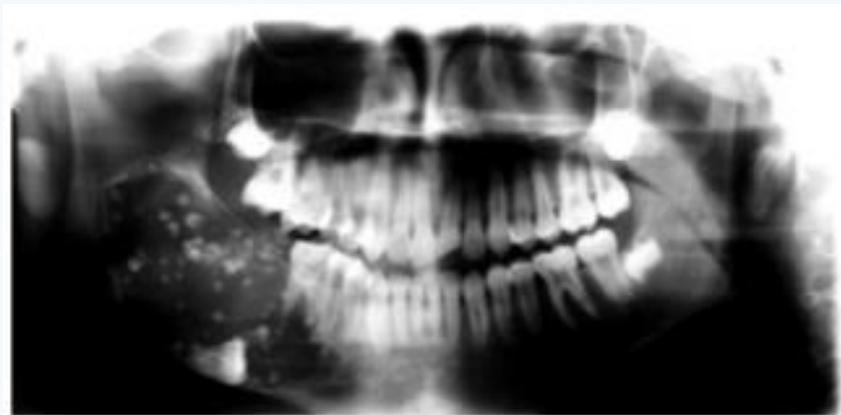
# FIBRODONTOMA AMELOBLASTICO

## FIBRODONTOMA AMELOBLASTICO

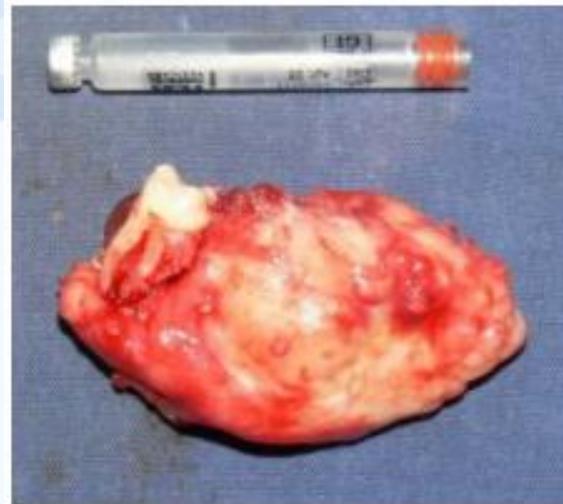
Es...	CX CLÍNICAS	HISTOLOGÍA	RX	TRATAMIENTO
<p>tumor el cual tiene características histológicas de un fibroma ameloblástico (FA) en conjunto con la presencia de dentina y esmalte</p>	<p>Tumor odontogénico benigno, bien circunscrito, no doloroso, de lento crecimiento, que expande corticales, no propenso a la invasión ósea. Tiende a producir aumento de volumen y tiene una localización central en los maxilares.</p>	<p>Se compone de islas y cordones de epitelio cuboidal o columnar que rodea algunas cuantas células con aspecto de retículo estrellado, las cuales se disponen dentro de un tejido ectomesenquimatoso muy celular, con escasa producción de colágeno, parecido al tejido de la papila o al folículo dental, además de la producción de esmalte.</p>	<p>Una radiolucidez uni o multilocular, con bordes radioopacos bien delineados, dependiendo de la extensión de la mineralización.</p>	<p>Enucleación quirúrgica conservadora</p>



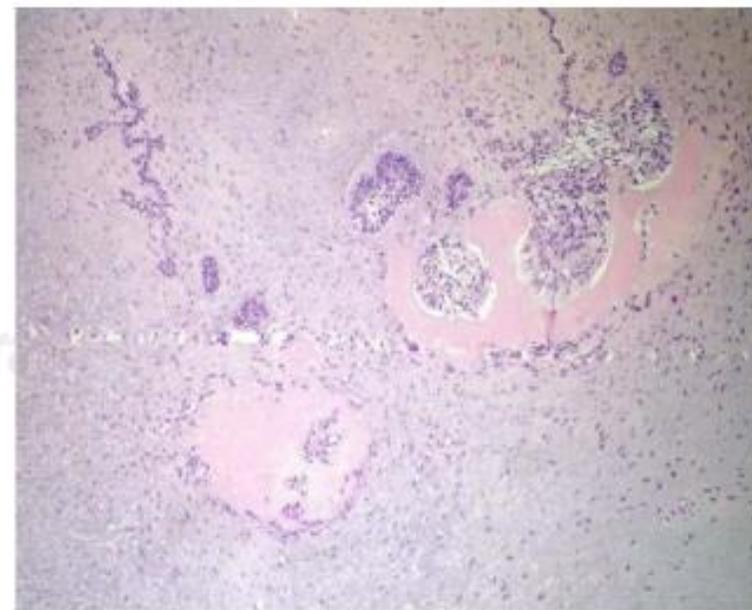
**Figura 1.**  
Aspecto  
extraoral  
preoperatorio.



**Figura 2.** Radiografía preoperatoria donde se observa la zona radiolúcida con múltiples calcificaciones intralesionales.



**Figura 6.**  
Aspecto  
macroscópico.



**Figura 7.** Aspecto microscópico, se observa el tejido mineralizado característico y los cordones epiteliales.

# Bibliografía

- *Fernando Álvarez González, Fibro-odontoma ameloblástico: Revisión de la literatura y presentación de un caso, Revista Odontológica Mexicana, Vol. 13, Núm. 2, Junio 2009, pp 122-125*



# ODONTOAMELOBLASTOMA

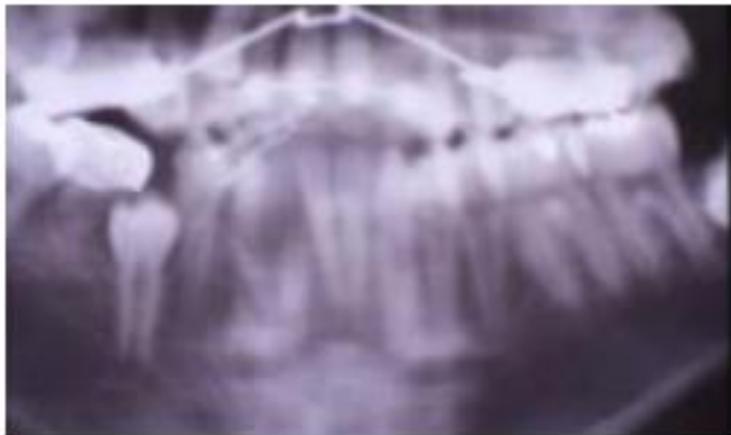
## ODONTOAMELOBLASTOMA

Es...	CX CLÍNICAS	HISTOLOGÍA	RX	TRATAMIENTO
<p>Tumor odontogénico mixto extremadamente raro que aparece en los huesos maxilares y que presenta tanto componentes epiteliales como mesenquimales.</p>	<p>Es rara la aparición de esta neoplasia y la mayoría se diagnostican durante las primeras tres décadas de vida. Clínicamente, puede presentar expansión ósea, reabsorción de las raíces de los dientes vecinos y/o desplazamiento de los mismos, y ocasionalmente dolor. Son tumores no encapsulados, de crecimiento lento y con posibilidad de recidivas</p>	<p>Tumor constituido por células epiteliales que se disponen en cordones anastomosados con patrón plexiforme, formando brotes y estructuras foliculares en las cuales el centro consiste en tejido conectivo laxo. En algunas secciones se reconoció dentina y en ocasiones también esmalte rodeado d epitelio ameloblástico. En la zona periférica, tejido fibroso que rodea los cordones</p>	<p>Lesión radiolúcida unilocular o multilocular. Dentro de la misma pueden identificarse zonas radioopacas y en muchas oportunidades pueden identificarse elementos dentarios retenidos y desplazados</p>	<p>Se debe valorar la conducta del cirujano al decidir la técnica quirúrgica a emplear por posibles recidivas del tumor y la importancia en instruir a los pacientes sobre los controles post quirúrgicos a lo largo del tiempo.</p>



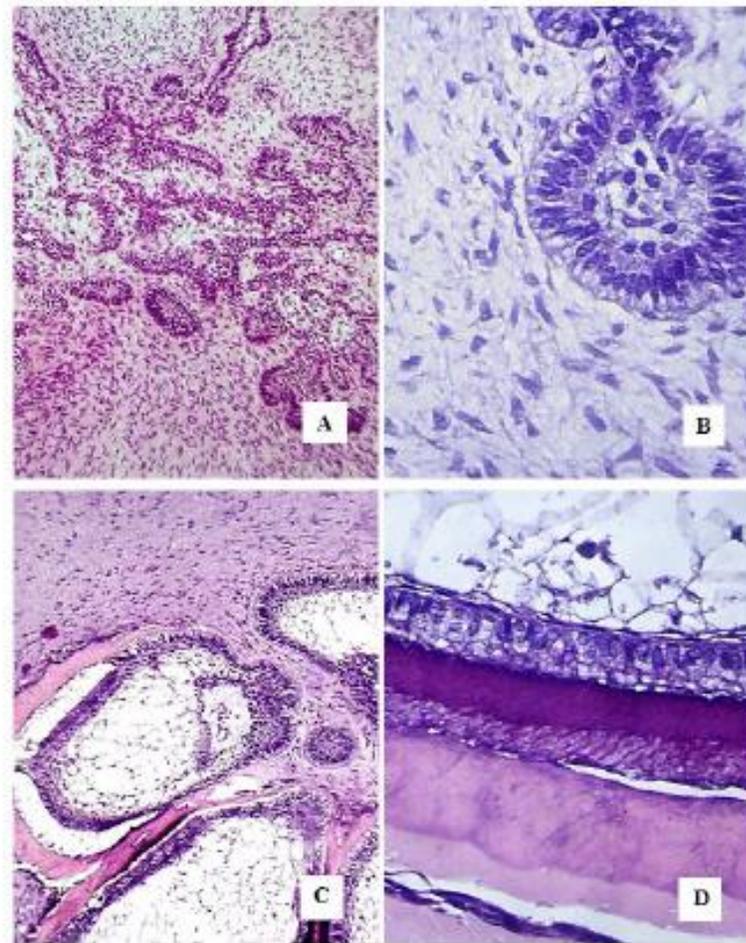
**Fig. 1.** Intraoral view of the patient. An enlargement of the vestibular cortex of the mandible with an absence of the right side mandibular incisors and canine, can be observed.

Vista intraoral del paciente. Se puede observar un ligero abombamiento de la cortical vestibular de la mandíbula junto a una ausencia de los incisivos y canino inferiores derechos.



**Fig. 2.** Preoperative panoramic radiograph showing a well-defined radiolucency with a tooth and radiopaque structures inside.

Ortopantomografía preoperatoria donde se aprecia una zona radiolúcida bien delimitada con estructuras dentarias y radiopacas en su interior.



**Figura 2.** A. Cordones epiteliales interpuestos con estroma fibroso. 10x. B. En el interior de los nidos hay células estrelladas que formarían la papila dentaria. 40x. C. Esmalte y dentina con coloración eosina/hematoxilina 5x. D. Esmalte y dentina. Cordón de células odontoblasticas. 40x

# Bibliografía

- *Bachur RO, Odontoameloblastoma: reporte de caso, Rev Fac Odont 28(2), 2018*



# ODONTOMA

## ODONTOMA

Es...	CX CLÍNICAS	HISTOLOGÍA	RX	TRATAMIENTO
<p>Grupo de lesiones neoplásicas cuyo origen se da a expensas de los tejidos que dan origen al órgano dental y de los tejidos remanentes después de su formación. Son de Etiología desconocida, sin embargo, se les asocia con antecedentes previos de traumatismos durante la primera dentición, así como a procesos inflamatorios o infecciosos, anomalías hereditarias (síndrome de Gardner, síndrome de Herrmann), hiperactividad odontoblástica o alteraciones en el gen de control del desarrollo dentario.</p>	<p>Lesiones hamartomatosas, localizadas en la mayoría de casos en el área de incisivos y caninos del maxilar superior. Los odontomas compuestos se caracterizan por su crecimiento lento e indoloro, diagnosticándose de forma casual mediante exámenes radiográficos de rutina entre la segunda y tercera década de la vida</p>	<p>Las células de los tejidos del odontoma son normales, se caracteriza por presentar dentina primaria, esmalte calcificado e hipocalcificado, cemento inmaduro y una cápsula, se presenta un desorden en las moléculas extracelulares de la matriz en le mesénquima</p>	<p>A. Inicial: se observa radiolúcido, por la ausencia de calcificación de los tejidos dentarios.                      B. Intermedio: existe una calcificación parcial.                      C. Maduro: clásicamente radiopaco con un predominio de calcificación de los tejidos, los cuales están rodeados por un halo radiolúcido.</p>	<p>Su tratamiento debe ir encaminado a la exéresis, erupción del diente retenido asociado, así como la recuperación del contorno óseo alterado por la remoción de la lesión.</p>



Figuras 3 y 4.  
Fotografías intraorales iniciales.

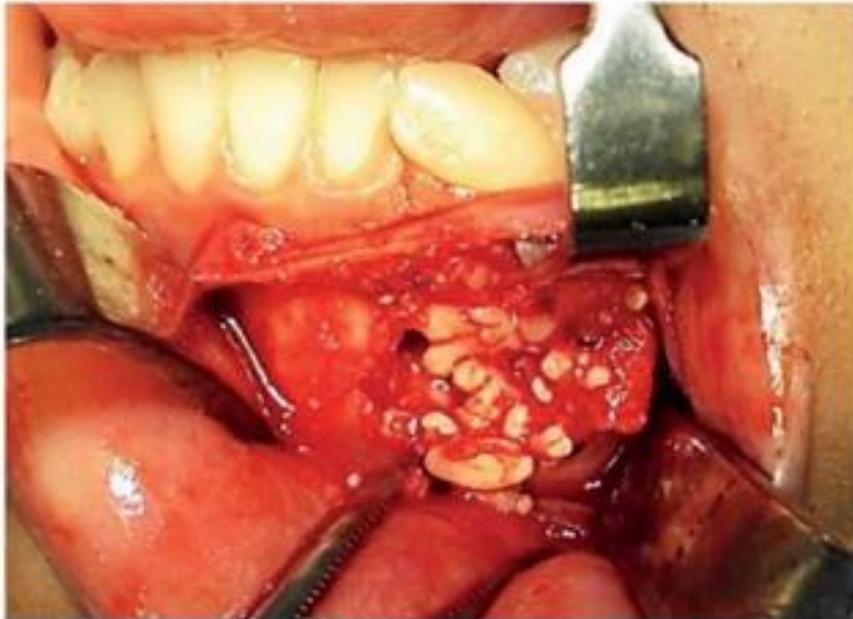
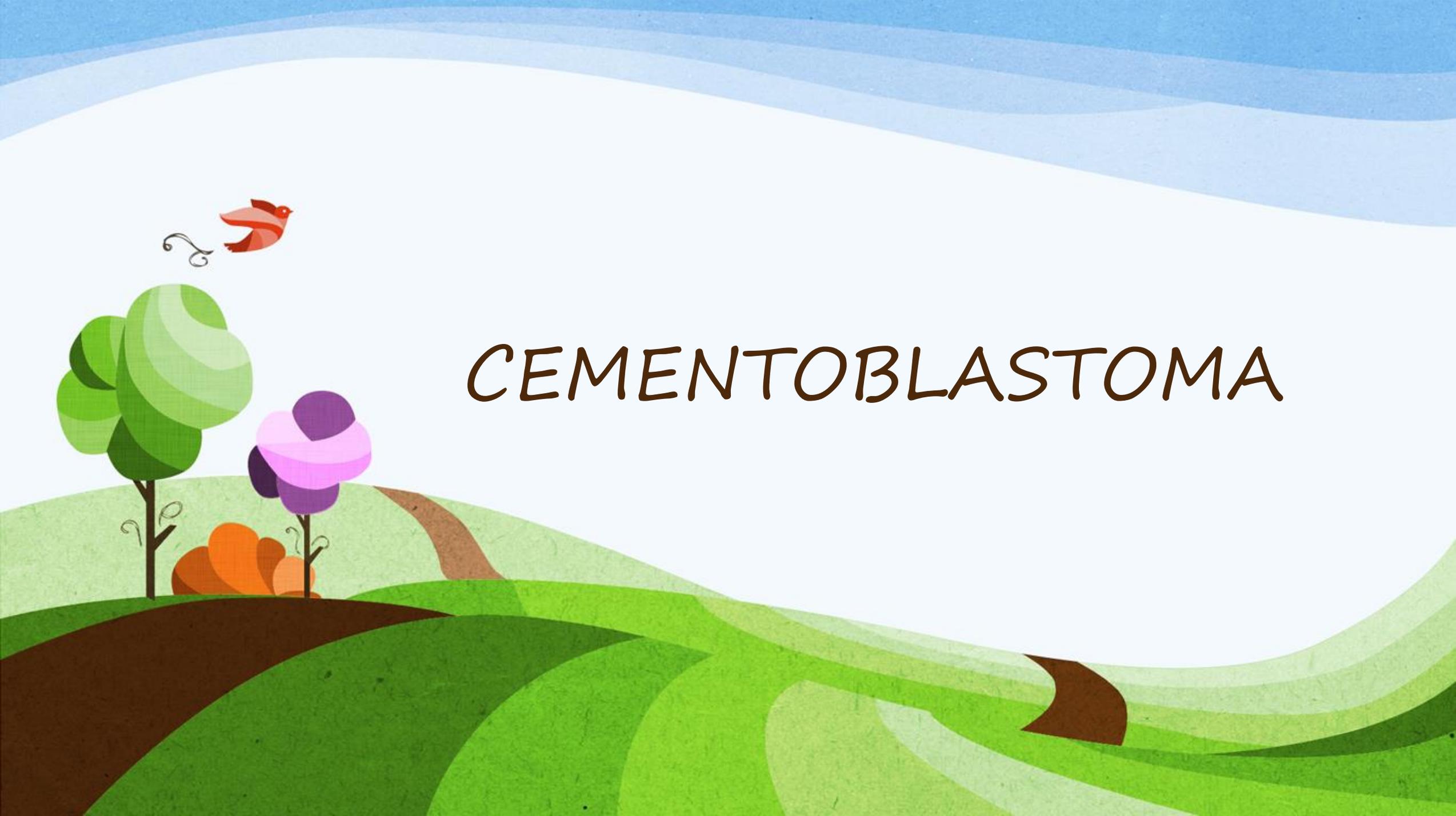


Figura 8. Exposición del sitio quirúrgico.

# Bibliografía

- *Harris Ricardo J, Odontoma serie de casos. Revisión de literatura. Av. Odontoestomatol 2011; 27 (1): 25-32*
- *Diego Esteban Palacios Vivar, Odontoma compuesto: revisión de la literatura y reporte de un caso con 40 dentículos, Revista ADM 2016; 73 (4): 206-211*

A stylized, colorful illustration of a landscape. The foreground features rolling green hills with dark brown soil patches. On the left, there is a green tree, a purple flower, and an orange flower. A small red bird is flying in the sky above the tree. The background consists of light blue and white wavy bands representing a sky or distant hills. The word 'CEMENTOBLASTOMA' is written in a brown, hand-drawn font across the center of the image.

# CEMENTOBLASTOMA

## CEMENTOBLASTOMA

Es...	CX CLÍNICAS	HISTOLOGÍA	DX DIFERENCIAL	TRATAMIENTO
También conocido como cementoma verdadero, es una neoplasia benigna rara de origen cementoblasticó	<p>Segundo y tercer década de la vida, sin predilección por sexo, y más común en la mandíbula. Se relaciona estrechamente con la raíz dental, pero el diente permanece vital, puede causar expansión cortical y a veces dolor intermitente de poca intensidad.</p> <p>Rx Lesión opaca que sustituye la raíz del diente. Suele rodearse de un anillo radiotransparente</p>	Se observa como un conglomerado de material mineralizado en grado variable o similar a cemento con abundantes líneas reversas. El tejido blando bien vascularizado interpuesto contiene cementoblastos, casi siempre abundantes, grandes e hiperromáticos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Odontoma</li> <li>-Osteoblastoma</li> <li>-Osteomielitis focal esclerosante</li> <li>-Hiper cementosis</li> </ul>	Extracción del diente. Para extirpar esta masa bien circunscrita se requiere reparación del hueso. No hay recurrencia.

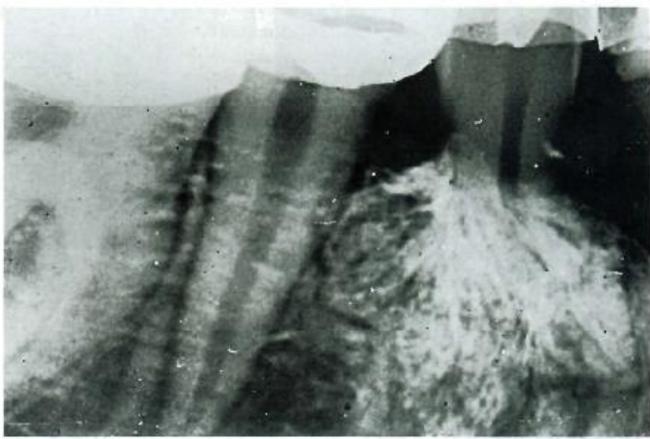
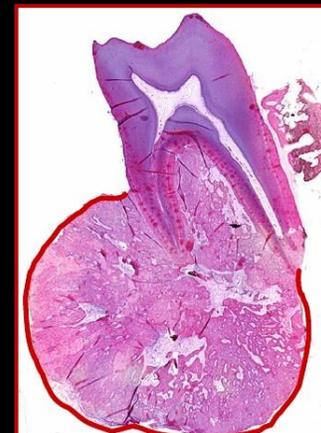


Fig. 11-36. Cementoblastoma.

### Cementoblastoma

Cemento neoplásico unido al cemento del diente



# Bibliografía

- *Joseph A. Regezi, Patología bucal, correlaciones clínicopatológicas, tercera edición, Mc Graw-Hill Interamericana, capítulo 11, Tumores odontógenos, pag 350-351*

A stylized, colorful illustration of a landscape. The foreground features rolling green hills with dark brown soil patches. On the left, there is a green tree, a purple flower, and an orange flower. A small red bird is flying in the sky above the tree. The background consists of layered, wavy blue and white bands representing a sky or distant hills. The text 'FIBROMA PERIFERICO' is written in a brown, hand-drawn font in the center-right area.

# FIBROMA PERIFERICO

## FIBROMA PERIFERICO

Es...	CX CLÍNICAS	HISTOLOGÍA	DX DIFERENCIAL	TRATAMIENTO
<p><i>Esta masa hiperplásica reactiva surge en la gingiva y puede derivar del tejido conectivo de la submucosa o del ligamento periodontal</i></p>	<p>Masa pediculada o sésil de color similar al tejido conectivo circundante. Algunas veces se advierte ulceración sobre la cúspide de la lesión: Es infrecuente que provoque erosión del hueso alveolar subyacente. Frecuente en adultos jóvenes mujeres</p>	<p><b>Fibroma periférico osificante:</b> Masa gingival con islotes calcificados, presumiblemente de hueso metaplasico. El hueso se encuentra dentro de una proliferación no encapsulada de fibroblastos hinchados benignos.</p> <p><b>Fibroma odontógeno periférico:</b> Masa gingival compuesta de tejido conectivo fibroso no encapsulado y bien vascularizado, se caracteriza por presencia e fibras de epitelio no odontógeno, por lo regular abundantes, en todo el tejido conectivo.</p> <p><b>Fibroma de células gigantes:</b> Hiperplasia fibrosa focal en la cual las células de tejido conectivo muchas multinucleadas, adoptan de tejido conectivo, muchas multinucleadas, adoptan una forma estrellada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Granuloma piógeno</li> <li>- Granuloma periférico de células gigantes</li> </ul>	<p>Excisión local que incluya el ligamento periodontal si está afectado además de cualquier agente causante como cálculo u otro material extraño</p>



Fig. 7-1. A, fibroma periférico. B, fibroma periférico con osificación.

# IMÁGENES HISTOLÓGICAS

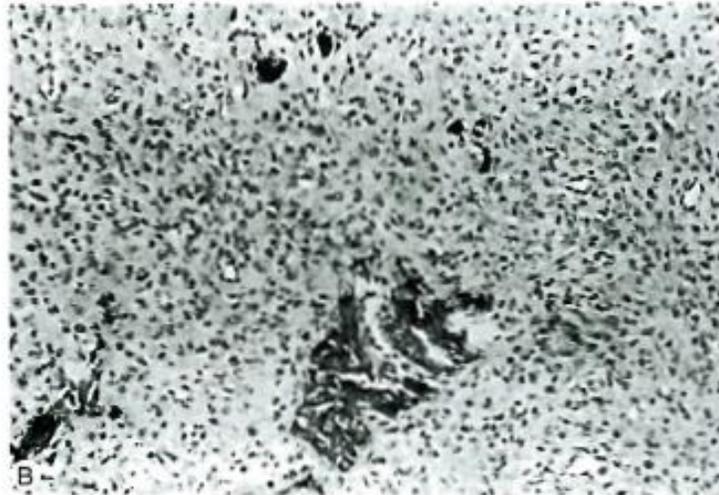


Fig. 7-2. Fibroma periférico osificante. *A*, con poco aumento y mostrando ulceración superficial. *B*, gran aumento de la matriz fibroblástica con islotes de hueso reciente.

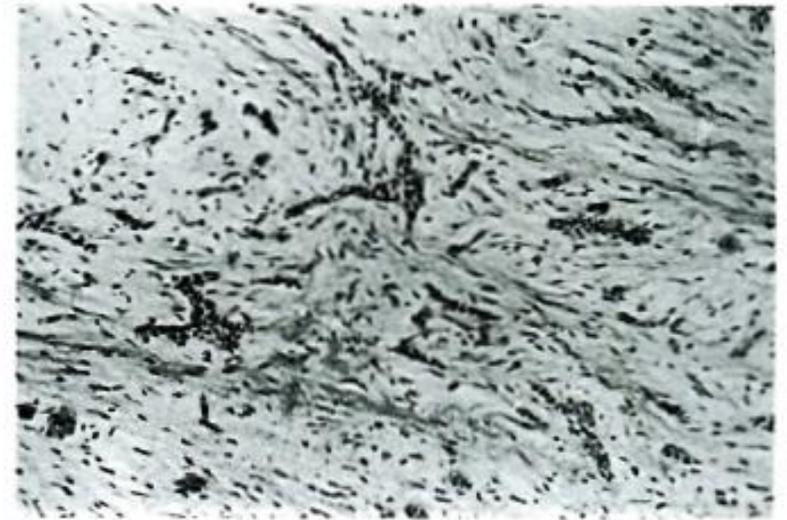
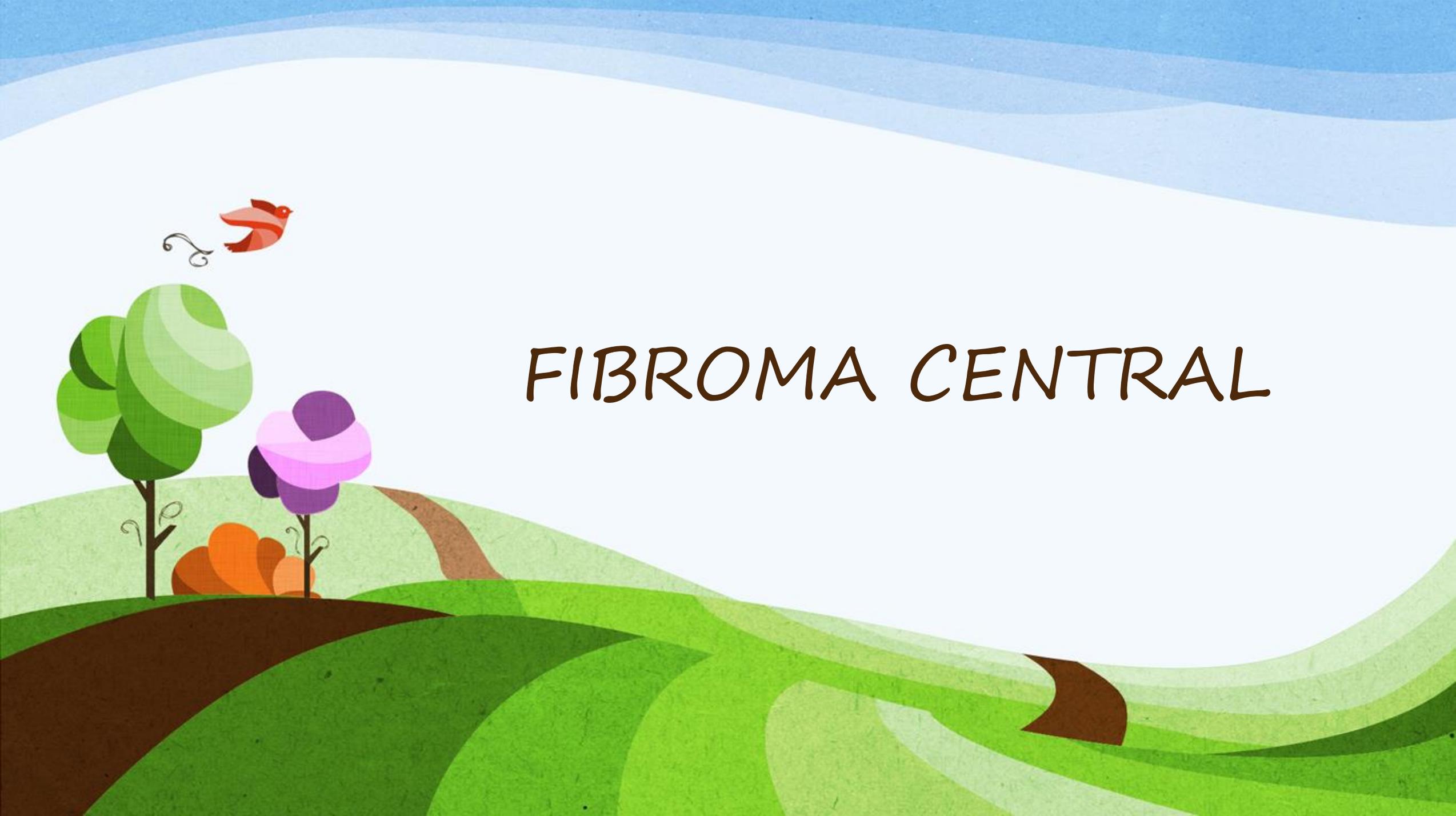


Fig. 7-3. Fibroma periférico odontogéno. Nótese las abundantes bandas de epitelio odontogéno.

# Bibliografía

- *Joseph A. Regezi, Patología bucal, correlaciones clínicopatológicas, tercera edición, Mc Graw-Hill Interamericana, capítulo 7, Lesiones del tejido conectivo, pag 179-182*

A stylized, colorful illustration of a landscape. The foreground features rolling green hills with a dark brown path. On the left, there is a green tree, a purple flower, and an orange flower. A small red bird is flying in the sky. The background consists of layered blue and white bands, suggesting a sky or water. The text 'FIBROMA CENTRAL' is written in a brown, hand-drawn font across the middle of the image.

# FIBROMA CENTRAL

## FIBROMA CENTRAL

Es...	CX CLÍNICAS	HISTOLOGÍA	Rx	TRATAMIENTO
<p>El fibroma odontogénico central (FOC) es una neoplasia benigna de presentación intraósea o central.</p> <p>Histológicamente se la considera entre los tumores de tejido odontogénico mesenquimático, con o sin formación de epitelio odontogénico.</p> <p>Representa 1.5% de los tumores odontogénicos. El rango de edad de presentación es de 5 a 80 años de edad, con un promedio de 37 años y predominio femenino de 2.8:1 sobre el sexo masculino.</p>	<p>Su crecimiento es lento y progresivo, y en muchos casos produce expansión cortical<sup>6,7</sup>. No muestra diferencias de afección entre ambos maxilares, y se localiza preferentemente en la zona anterior en el maxilar y en la posterior en la mandíbula.</p> <p>Normalmente es asintomático.</p>	<p>2 variables principales. a) El tipo simple contiene escaso componente celular y finas fibras colágenas dispersas, y además puede presentar remanentes de tejido odontogénico aparentemente inactivo y pequeños focos de calcificaciones distróficas. b) El tipo complejo, también llamado tipo WHO, está compuesto de tejido conectivo celular y fibroblástico maduro, contiene islotes y cordones de epitelio odontogénico y calcificaciones compuestas generalmente de material dentinario.</p>	<p>lesiones son de tipo radiolúcidas y de bordes bien definidos. En menos casos se observan bordes escleróticos o radiolucidez mixta. Puede ser uni o multilocular, y las lesiones de mayor tamaño tienden a ser multiloculares. También puede estar asociada a dientes no erupcionados y observarse desplazamiento y/o reabsorción de dientes adyacentes<sup>8</sup>.</p>	<p>Enucleación del tumor.</p>

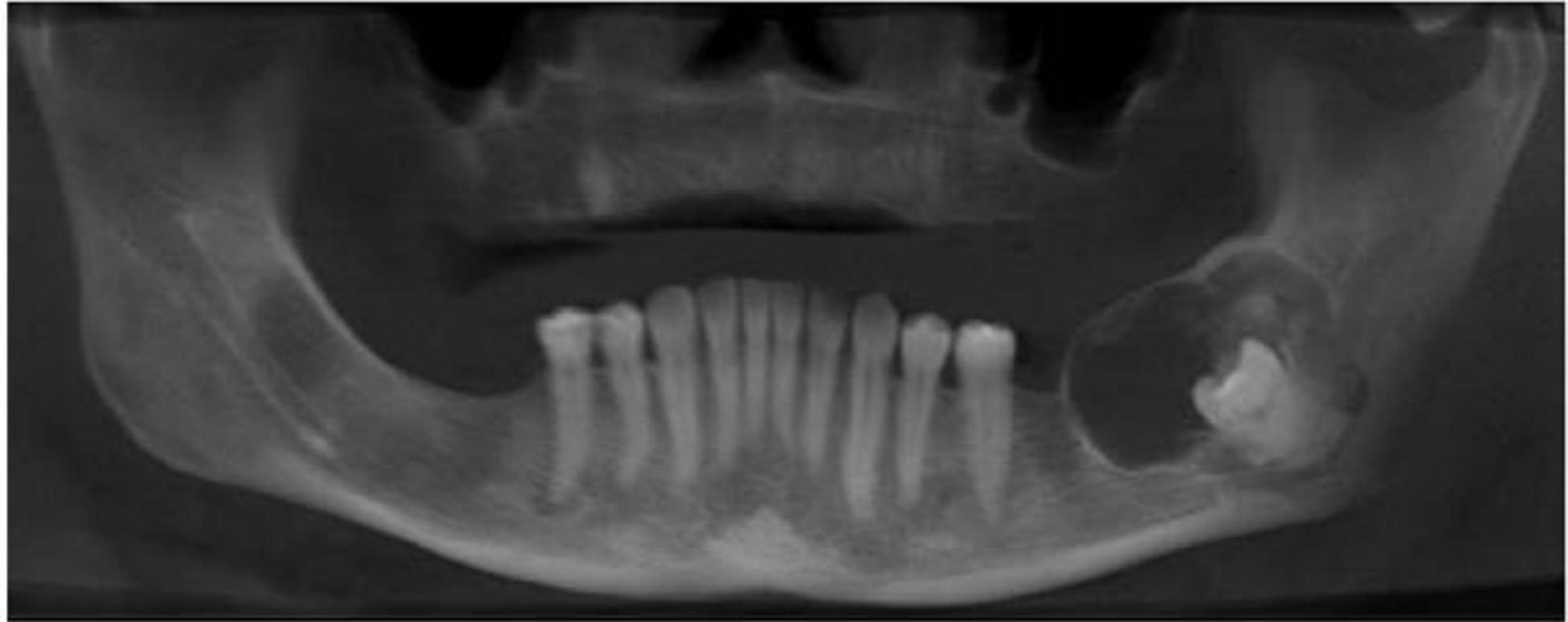
## Caso clínico



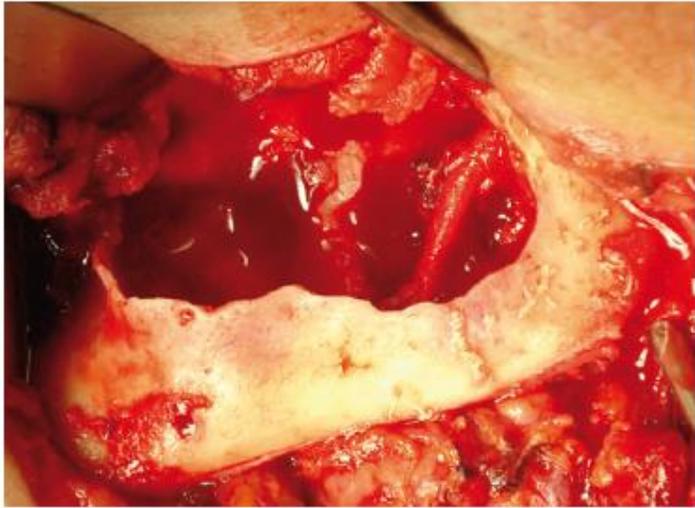
**Figura 1 - Asimetría mandibular; leve aumento de volumen en ángulo mandibular izquierdo.**



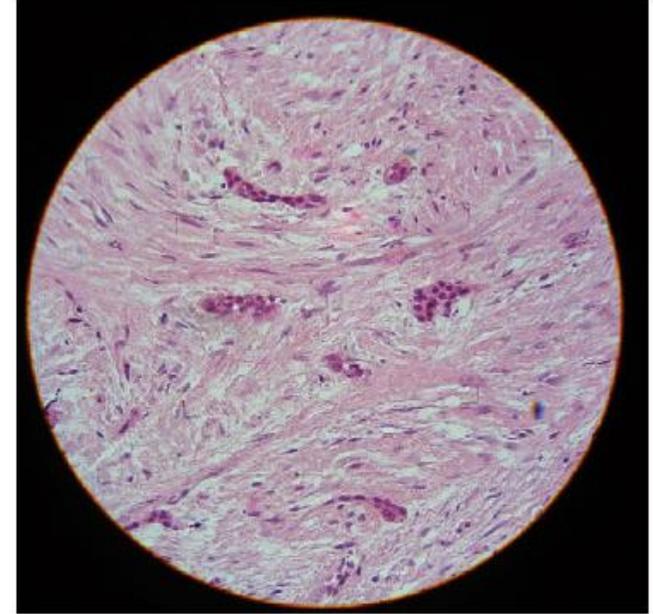
**Figura 2 - Aumento de volumen en la zona desdentada posteroinferior izquierda, con mucosa aparentemente sana.**



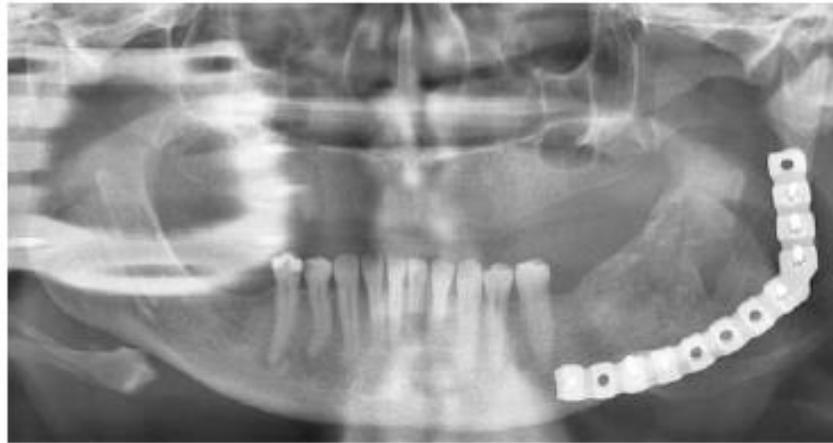
**Figura 3 - Cone beam: Lesión de radiolucidez mixta y bordes corticalizados en la zona del ángulo mandibular izquierdo en relación a diente incluido. Dimensiones aproximadas: longitud: 3,5 cm; altura: 2,5 cm; anchura: 2 cm. Los cortes sagitales muestran expansión de las corticales óseas y desplazamiento inferior del nervio alveolar.**



**Figura 5 - Lecho quirúrgico posterior a la enucleación de la lesión; se observa el nervio alveolar inferior conservado.**



**Figura 6 - Tejido conjuntivo con fibras colágenas y numerosos fibroblastos polimorfos, e islotes de epitelio odontogénico.**



**Figura 7 - Control radiográfico tras un año de seguimiento.**

## Bibliografía

- *Carla Muñoz Torres, Central odontogenic fibroma, WHO type: A case report and literature review, Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac vol.32 no.4 Madrid oct./dic. 2010*

A stylized, colorful illustration of a landscape. The foreground features rolling green hills with dark brown soil patches. On the left, there is a green tree, a purple flower, and an orange flower. A small red bird is flying in the sky above the tree. The background consists of light blue and white wavy bands representing the sky.

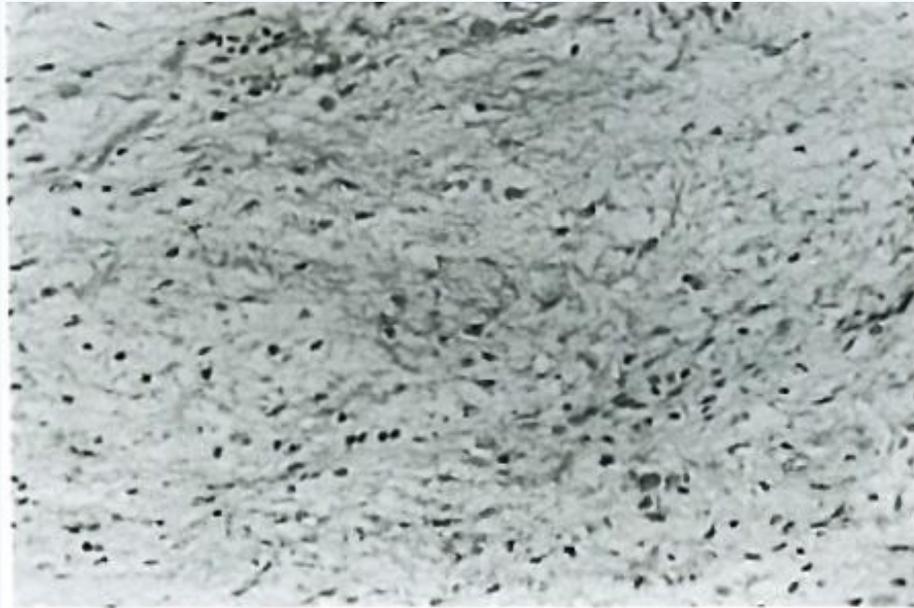
# MIXOMA ODONTOGENICO

## MIXOMA ODONTOGENICO

Es...	CX CLÍNICAS	HISTOLOGÍA	DX DIFERENCIAL	TRATAMIENTO
Lesión rara que adquiere la forma de una masa submucosa asintomática de lento crecimiento. No existe aparentemente predilección por sexo y la malformación puede presentarse a cualquier edad. Afecta con mayor frecuencia el paladar.	Se han comunicado en un síndrome hereditario autosómico dominante consiste de mixomas, pigmentación punteada mucocutánea (similar al síndrome de Peutz-Jeghers) y anomalías endocrinas De mayor relevancia es la presencia de Mixoma cardiaco, que puede ser potencialmente mortal debido a su crecimiento en este órgano.	No están encapsulados y algunas veces infiltran el tejido blando que los rodea. Se detectan fibroblastos fusiformes y estrellados dispersos en un estroma mixoide laxo. Escasas fibras de colágena y fibras de reticulina.	-Mucocelos -Fibroma traumático	Excisión quirúrgica, frecuentemente hay recurrencia.



**Fig. 1.** Paciente antes de operarse.



**Fig. 7-15.** Mixoma de tejido blando.

# Bibliografía

- *Joseph A. Regezi, Patología bucal, correlaciones clínicopatológicas, tercera edición, Mc Graw-Hill Interamericana, capítulo 7, Lesiones del tejido conectivo, pag 188-191*