

**UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA DE SAN
FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA**

VICERRECTORADO

**CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**



DIAGNÓSTICO DE TUMOR ODONTOGÉNICO ESCAMOSO

TRABAJO EN OPCIÓN A DIPLOMADO DE PATOLOGÍA BUCOMAXILOFACIAL

JUAN CARLOS MORALES MISERICORDIA

SUCRE, 28 DE MAYO DE 2024

CESIÓN DE DERECHOS

Al presentar este trabajo como requisito previo para la obtención del Diplomado en PATOLOGÍA BUCOMAXILOFACIAL de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, autorizo al Centro de Estudios de Posgrado e Investigación o a la Biblioteca de la Universidad, para que se haga de este trabajo u documento disponible para su lectura, según normas de la Universidad.

También cedo a la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, los derechos de publicación de este trabajo o parte de él, manteniendo mis derechos de autor hasta un periodo de 30 meses posterior a su aprobación.

JUAN CARLOS MORALES MISERICORDIA

SUCRE, 28 DE MAYO DE 2024

DEDICATORIA

El presente Trabajo es dedicado con todo mi amor a mi querida esposa que se encuentra acompañándome en todas las circunstancias y brindándome fuerza día a día para ser mejor.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por iluminar mi vida y dejo en tus manos mi futuro.

A mi gran esposa que me impulsa a superarme día a día dando lo mejor de ella para mí.

A mis adorados padres por su cariño, sacrificio y confianza depositadas hacia mi persona, para ellos mi gratitud eterna

ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. PROBLEMA.....	3
1.2. OBJETIVO GENERAL.....	4
II. DESARROLLO.....	4
III. CONCLUSIONES.....	23
BIBLIOGRAFÍA.....	24

I. INTRODUCCIÓN

El Tumor odontogénico escamoso fue descrito de manera inicial en el año 1975 por Pullon & cols mediante un seguimiento de seis casos de unas lesiones bucales con destrucción ósea con una apariencia radiolúcida. Con anterioridad esta neoplasia fue nombrada como ameloblastoma acantomatoso, de igual forma se lo denominó fibroma ameloblastico y tumor odontogénico epitelial antes de llegar a su nombre actual. (1)

Este tumor en el año 1992 la organización mundial de la salud la definió como una patología, es decir una enfermedad la cual fue clasificada como: una neoplasia benigna localmente invasiva desarrollada por islas de epitelio escamoso muy bien diferenciado dentro de un estroma de tejido conjuntivo fibroso. En ocasiones muy raras, las islas epiteliales muestran focos de degeneración cística central. (2)

A partir de ese entonces se reportaron en la literatura 43 casos de los cuales 36 son aceptados como TOE, con respecto a la revisión de la literatura realizada por Philipsen y Reichart, debido a que presentaban las características clínicas, histológicas y radiográficas similares a aquellas señaladas por Pullon & cols.(2)

Esta lesión generalmente se presenta de forma asintomática y puede estar relacionada con sensibilidad, movilidad y percusión dolorosa en los órganos dentarios cercanos. Afecta a ambos maxilares sin discriminarlos en ningún sentido, además radiográficamente se visualiza un área radiolúcida triangular o semicircular, unilocular, asociada a las porciones radiculares de los dientes comprometidos. (3)

El tejido conjuntivo del tumor odontogénico escamoso se encuentra conformado en mayor porcentaje por fibras colágenas maduras, con un número irregular de fibroblastos, fibrocitos y a la vez vasos sanguíneos entrelazados en su interior. En raras ocasiones se denota un grado mediano de infiltrado inflamatorio crónico cuando se origina por una infección secundaria. (1)

Entre las patologías con un parecido diagnóstico se encuentran: periodontitis, ameloblastoma, tumor odontogénico calcificante y el quiste dentígero. La similitud se encuentra más que todo en el apartado radiográfico. (5)

La importancia del diagnóstico diferencial se encuentra en que al no ser una patología frecuente muchas veces los profesionales pueden confundirlo fácilmente con otras alteraciones de similares características clínicas y ni siquiera contemplarlo como una opción de diagnóstico durante la búsqueda del diagnóstico definitivo. (5)

1.1. PROBLEMA

El diagnóstico diferencial del tumor odontogénico escamoso se encuentra desde una enfermedad periodontal con pérdida de altura ósea, hasta lesiones más agresivas como ser el ameloblastoma y también el carcinoma de células escamosas. Esta neoplasia es muy poco común, pero aun así el odontólogo debe considerarla como diagnóstico diferencial, es así que se llegará a un diagnóstico definitivo y un plan de tratamiento lo más precoz o inmediatamente posible, obteniendo y realizando intervenciones quirúrgicas más conservadoras con un pronóstico más favorable, beneficiando a nuestros pacientes. (2)

En la clínica el tumor odontogénico escamoso se representa como una lesión de lento crecimiento que conlleva un aumento del tamaño ya sea del hueso maxilar o hueso mandibular, movilidad dentaria en dientes afectados, tejidos blandos ulcerados, dolor y también desplazamiento dentario. Sin embargo, en ocasiones la lesión puede mostrarse asintomática y solo ser un hallazgo radiográfico, en el análisis radiográfico se muestra una radiolucidez triangular unilocular bien ubicada en medio de las raíces de dientes vecinos. (1)

1.2. OBJETIVO GENERAL

Identificar características clínicas y radiográficas del tumor odontogénico escamoso es importante, de esta forma lo tendremos como un diagnóstico presuntivo, y además de una serie de diagnósticos diferenciales que ayudarán a llegar al diagnóstico definitivo.

Encontrarse con este tumor odontogénico escamoso es poco frecuente, pero tiene sus características propias que ayuda a su identificación, sin olvidar que el diagnóstico definitivo se realiza con la ayuda del estudio histopatológico.

II. DESARROLLO

El tumor odontogénico escamoso (TOE) es una neoplasia benigna, de origen odontogénico, que se presenta con poca frecuencia, locamente infiltrativa, mencionada y descrita por primera vez en 1975. Se piensa que su origen es a partir de los restos epiteliales de Malassez, generalmente representada como una sola lesión, sin embargo, se pudo observar casos conocidos donde su presentación es múltiple, mostrando así que familiares pueden tener esta patología, por lo que se podría decir que el tumor odontogénico escamoso tiene una predisposición genética. (7)

El tumor odontogénico escamoso es una rara lesión, con una cantidad de casos clínicos muy reducidos, y más aún, pocos casos reportados hasta el día de hoy. Pullon y col. fueron las primeras personas en describir seis casos e instituyeron criterios para su diagnóstico, además de sus abordajes y procedimientos quirúrgicos que aún se siguen utilizando en la actualidad. (4)

Se han descritos tumores odontogénicos escamosos a lo largo de los años y se toma en cuenta 45 casos plenamente identificados, entre estas personas oscilaban edades de entre los 8 y 74 años con un promedio de 38 años de edad. En cuanto al género se tiene una relación de 1: 1.8 a favor de los hombres, dicho de otra manera, el género más afectado es el masculino.(2)

De los 45 casos, muy pocos se localizaron en la región anterior del hueso mandibular. En el maxilar, el tumor odontogénico escamoso se ubicó con mayor frecuencia a nivel del primer premolar y canino. Se debe esta predilección de ubicación a: la anatomía, naturaleza medular del hueso y porosidad, es de esta forma que la ubicación más frecuente es en el maxilar superior.(2)

Clínicamente, el tumor odontogénico escamoso se manifiesta como una lesión de lento crecimiento que conlleva a un aumento del volumen del hueso maxilar o mandibular, ulceración de los tejidos blandos, movilidad dentaria, síntomas dolorosos y desplazamiento de los dientes. (6)

A pesar de que el TOE es una lesión benigna, en algunas situaciones se comportó de manera recidivante y agresiva. Reportes mencionan e indican que estos tumores cuando afectan el maxilar superior son más agresivos que los mandibulares e inclusive hay publicaciones y estudios sobre casos donde presenta áreas de transformación maligna, como ejemplos mencionamos un paciente de 53 años, presenta cinco años de evolución en una tumoración relacionada a un cordal inferior impactado, donde se detectó áreas de malignización dentro de un tumor odontogénico escamoso. (5)

En el mayor de los casos clínicos se desarrollan en el ligamento periodontal de dientes permanentes, o en lugares que no presentan piezas dentarias o zonas edéntulas (tipo intraóseo), aunque también existen estudios donde el tumor odontogénico escamoso solo afectó al tejido blando. (7)

En ocasiones esta lesión puede ser asintomática y detectarse solo en radiografías rutinarias intraorales. A pesar que las características radiográficas del tumor odontogénico escamoso no son patognomónicas o únicas, la lesión aparece en general como una imagen radiolúcida triangular o semicircular de 1.5cm en el hueso alveolar, con un vértice orientado en dirección del reborde alveolar, pudiéndose confundir con un defecto periodontal ubicado comúnmente lateral a la raíz de una pieza dentaria. (4)

La presentación puede darse como una lesión unilocular o multilocular, con bordes irregulares o márgenes definidas radiopacas, teniendo relación con las raíces de los dientes adyacentes, es así que puede causar desplazamiento y en otras ocasiones reabsorción radicular externa, cabe mencionar que en ciertas ocasiones también se asocian a dientes incluidos.(4)

Lesiones extensas o amplias pueden observarse multiloculares y en ocasiones asociadas o relacionadas a dientes impactados, formando parte de la pared de quistes odontogénicos como ser en el caso del quiste periapical y el residual. (7)

Entonces, el aspecto radiográfico asemejarse a diferentes tipos de lesiones intraóseas, entre ellas pérdida ósea vertical como en la enfermedad periodontal. Existe una variante periférica puede causar erosión superficial del hueso subyacente en forma de “copa”, lo cual se considera que es consecuencia de la presión ejercida por el tumor sobre el tejido óseo en vez de infiltración de las células neoplásicas en el mismo. (4)

Figura 1

Radiografía periapical de TOE



Ortega AI. (2002), Tumor Odontogénico Escamoso: Aspectos clínicos, radiográficos e histológicos Revisión de la Literatura.

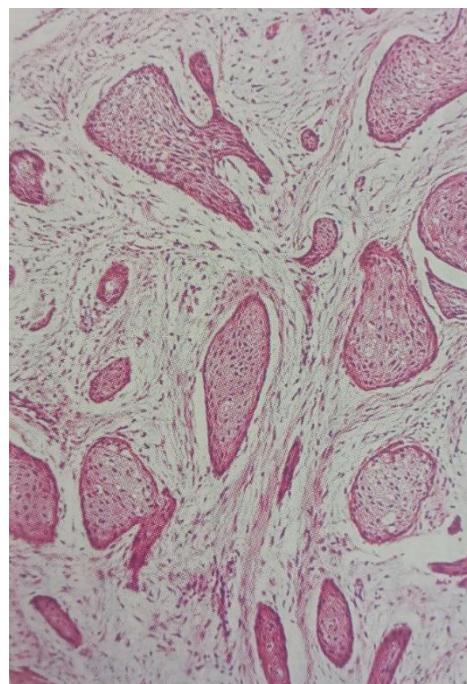
Cuando el tumor odontogénico escamoso no se trata puede llegar a tener proporciones mayores, comprometiendo el cuerpo mandibular y al maxilar superior, provocando expansión de corticales y afectando las estructuras cercanas como tejidos blandos o también el seno maxilar. (5)

En este apartado de estudio radiológico la importancia del diagnóstico diferencial cobra vital importancia pues es de fácil interpretación errónea confundirlo por ejemplo con una alteración periodontal o una variable de un ameloblastoma uniquístico. Es importante entrelazar toda la información diagnóstica y tener en cuenta también la opción de diagnóstico del tumor odontogénico escamoso. (3)

Por medio de la microscopía óptica, se observa numerosas islas de epitelio escamoso benigno de forma irregular y de tamaños inestables o irregulares, con áreas localizadas de queratinización y calcificación dentro de un estroma de tejido conjuntivo fibroso maduro. Es así que se observan zonas focales de degeneración cística y una capa sencilla de células cuboides aplanadas en la proximidad de islas epiteliales. (6)

Figura 2

Imagen microscópica de TOE



Elmuradi S, (2016). Multicentric Squamous Odontogenic Tumor: A Case Report and Review of the Literature. Head Neck Pathol.

El tejido conjuntivo del tumor odontogénico escamoso está compuesto por fibras colágenas maduras, con un número irregular de fibroblastos, fibroцитos y a la vez vasos sanguíneos. En algunas ocasiones se muestra un grado mediano de infiltrado inflamatorio crónico cuando se origina por una infección secundaria. (1)

Entre los diagnósticos diferenciales más comunes del tumor odontogénico escamoso se encuentran: el quiste dentígero porque en ambas lesiones se puede presentar una imagen radiolúcida asociado a un diente incluido, entre otros diagnósticos diferenciales se encuentra el ameloblastoma, también una enfermedad periodontal localizada, granuloma periférico de células gigantes y tumor odontogénico periférico cuando se trata de la variante periférica. (7)

Recordemos que esta lesión generalmente se presenta de forma asintomática y puede estar en relación con movilidad, sensibilidad, y percusión dolorosa en las piezas dentarias cercanas. (3)

El tratamiento del tumor odontogénico escamoso más común es la extirpación quirúrgica conservadora o también la enucleación o legrado completo. Sin embargo, en algunas ocasiones, los tumores ubicados en el hueso maxilar superior deben tener un tratamiento más agresivo y no tan conservador debido al potencial del tumor odontogénico escamoso en esta ubicación y la porosidad característica del maxilar. La recurrencia es muy rara y se debe más que todo a una exéresis incompleta del tumor. (5)

En la literatura se reportaron 43 casos de los cuales 36 fueron aceptados como tumor odontogénico escamoso, y con respecto a esa revisión de la literatura realizada por Philipsen y Reichart mostramos la tabla siguiente.(2)

Tabla No1. Resumen de los casos publicados del tumor odontogénico escamoso.

Año	Nº	Referencia	Signos y síntomas	Características Radiográficas
1975	1	Pullon	Movilidad dentaria	Áreas radiolúcidas de destrucción ósea
1975	2	Pullon	Inflamación indolora	Área radiolúcida asociada canino incluso
1975	3	Pullon	Asintomático	Área radiolúcida con margen radiopaca
1975	4	Pullon	Movilidad dentaria	Pérdida irregular del trabeculado
1975	5	Pullon	Movilidad dentaria, pérdida ósea	Pérdida ósea severa similar a periodontitis
1975	6	Pullon	Asintomático	Radioluscinencia asociada 3º molar incluido
1977	7	Doyle	Dolor, movilidad, sensibilidad a la percusión	Lesión radiolúcida (11–12)
1977	8	Doyle	Inflamación indolora	Radioluscinencia multilocular
1980	9	McNeill	Movilidad dentaria, sensibilidad a la palpación	Pérdida ósea severa en 4 cuadrantes
1980	10	Van Der Waal	Inflamación indolora, movilidad dentaria	Área radiolúcida definida 44-45
1980	11	Hooper	Movilidad dentaria, sensación de presión, pérdida ósea	Lesión radiolúcida maxilar anterior. mandíbula posterior
1981	12	Kangvonkit	Masa indolora	Área radiolúcida bien definida (23)

1981	13	Carr	Inflamación indolora, movilidad dentaria, leve expansión en paladar	Área radiolúcida triangular, reabsorción y separación de las raíces (24-25)
1981	14	Leventon	Asintomático	Área radiolúcida circunscrita (34-35)
1981	15	Sampaio	Asintomático	Área radiolúcida zona edéntula del 22
1982	16	Goldblatt	Dolor, drenaje, 37 sensible a la percusión	Área radiolúcida ovoide, circunscrita, distal al 37, zona edéntula
1982	17	Goldblatt	Desconforto	Área radiolúcida difusa, hemisférica
1982	18	Goldblatt	Movilidad dentaria	Área radiolúcida 2 x 3
1982	19	Goldblatt	Lesión recidiva	Radioluscinencia triangular circunscrita
1982	20	Goldblatt	No descrito	No descrito
1982	21	Anneroth	Movilidad dentaria	Radioluscinencia bien definida (43-45)
1983	22	Swan	Asintomático	Sin imagen radiográfica
1983	23	Cataldo	Movilidad dentaria	Pérdida ósea severa, separación de las raíces
1984	24	Norris	Asintomático	Radioluscências asociadas 3º molares
1985	25	Hietanen	Nódulo indoloro	Sin imagen radiográfica
1985	26	Warnock	Asintomático	Área radiolúcida definida
1985	27	Kristensen	Dolor, tumoración proceso alveolar superior y porción del paladar	Área radiolúcida en proceso alveolar superior y paladar

1985	28	Monteil	Expansión indolora asociada canino impactado, parestesia	Área radiolúcida con halo radiopaco asociada a canino impactado
1986	29	Mills	Asintomático	Área radiolúcida difusa raíces molares sup. inf.
1989	30	Tatemoto	Inflamación	Área radiolúcida
1989	31	Tatemoto	Inflamación	Radioluscência irregular en el hueso alveolar
1989	32	Leider	Asintomática	Pérdida ósea severa
1989	33	Leider	Lesión indolora, levemente expansiva	Maxila: área radiolúcida entre 11-12 Mandíbula: radioluscencia triangular 33-34
1990	34	Loyola	Expansión cortical ósea	Radioluscencia difusa asociada a 3º molar
1990	35	Reichart	Movilidad dentaria, dolor moderada, inflamación firme	Radioluscencia multilocular, separación de las raíces
1990	36	Yaacob	Inflamación indolora	Área radiolúcida hemisférica, límite esclerótico
1990	37	Schwartz – Arad ²⁸	Lesión exofítica sensible a palpación, ulcerada superficialmente	Radioluscencia entre canino y 1º molar deciduos
1993	38	Baden	Tumefacción, ulceración superficial, movilidad de los dientes remanentes	Área radiolúcida difusa desde incisivos hasta tuberosidad, afectando seno maxilar

1993	39	Baden	Lesión expansiva asintomática ulceración gingival, consistencia firme	Radioluscinia multilocular, mesial 3º molar, localizado en área desdentada
1993	40	Baden	Lesiones nodulares en encía adherida maxilar, sintomática	Sin imagen radiográfica
1993	41	Saxby	Inflamación firme, en encía adherida	Aumento leve de radioluscinia
1998	42	Kusama	Dolor, inflamación firme	Radioluscinia relacionada diente incluso
1999	43	Ide	Asintomático	Radioluscinia relacionada 3º molar impactado

Ortega AI. (2002), Tumor Odontogénico Escamoso: Aspectos clínicos, radiográficos e histológicos Revisión de la Literatura.

Entre los diagnósticos diferenciales más frecuentes se encuentran las siguientes patologías:

- Periodontitis: La clasificación de enfermedades periodontales engloba situaciones que van desde la gingivitis hasta diferentes estados de periodontitis y en este momento, condiciones peri-implantares, según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la enfermedad periodontal afecta a los tejidos de soporte del diente; manifestándose con inflamación y sangrado siendo la gingivitis su etapa inicial.

En los períodos más avanzados, la gíngiva pierde su inserción en los dientes y en el hueso, provocando movilidad y en casos drásticos la pérdida del órgano dental, esto explícitamente lo que conocemos como periodontitis. La gingivitis tiene etiologías múltiples, pero de manera general se reduce a: inducida o no por placa, esta última hace referencia a que se puede iniciar debido a infecciones enfermedades sistémicas, desórdenes endócrinos, malnutrición, etc. Si el paciente retoma a un buen estado de salud y se trata de forma adecuada la gingivitis remitirá, caso inverso, puede desarrollarse a periodontitis. (8)

Este diagnóstico periodontal debe establecerse con una historia clínica tanto médica como dental de carácter completo, exámenes intra y extraorales, apoyo radiográfico periapical seriado, con el objetivo de identificar la enfermedad periodontal y los orígenes de reabsorción ósea ya que estos pueden ser independientes de la periodontitis: ortodoncia, alargamientos de corona, lesiones endo-periodontales y otros. (8)

Las características principales de la periodontitis son: disminución de las crestas óseas evaluada por medio de radiografías, sangrado, pérdida de los tejidos de soporte debido a la inflamación, presencia de bolsas periodontales (>3 mm) e inserción mayor de 3 mm. Una vez que se valide un caso de periodontitis, se clasifica en estadio, grado y extensión. (8)

El estadio y extensión hace referencia a la severidad de la enfermedad y la complejidad del tratamiento, la primera se basa en la pérdida de inserción, destrucción ósea visible en radiografías y ausencias de piezas dentales. La extensión se determina valorando la cantidad de piezas con defectos óseos y su inserción clínica en relación con sitios saludables, si el total de los dientes que representan estos criterios es mayor al 30% se designa periodontitis generalizada y de manera contraria se considera localizada cuando es menor al 30%. (8)

La periodontitis la clasificamos en 4 estadios: los primeros 2, es decir: estadios I y II, corresponden a la separación entre gingivitis y periodontitis, depende de la inserción clínica y de la cantidad de pérdida ósea. Característico del estadio I es la ausencia de hueso siendo menor o igual al 15 % de la longitud de la raíz del órgano dental con mayor defecto y la desinserción clínica no debe ser mayor a 1-2 mm, a diferencia del estadio II estos criterios son 15-33% y 3-4 mm correspondientemente. (8)

En el estadio III la reabsorción ósea llega al tercio medio o avanza aún más allá y la pérdida de inserción es igual o mayor a 5 mm, se contempla las perdidas dentales por razones periodontales (hasta 4 piezas) y permanencia de más de 10 pares dentales en oclusión. En el estadio IV se puede evidenciar pérdida de más de 4 piezas dentales, menos de 10 pares de dientes en oclusión, migraciones dentales, abanicamiento y colapso en la mordida. (8)

- Ameloblastoma: Conciernen alrededor del 1% de todos los quistes y tumores odontógenos, la mayor frecuencia se encuentra en la mandíbula y en la edad de los 30 y 40 años de edad de vida. En cuanto al género es controvertido y se describen diferentes informes en la literatura. Los ameloblastomas son tumores benignos agresivos, los cuales pueden originarse en la lámina dental, en el órgano del esmalte, en el folículo del quiste odontógeno (dentígero) y probablemente, en las células epiteliales de la capa basal de la mucosa bucal. (11)

La nueva clasificación de la OMS de 2005, registró la existencia de cuatro variantes distintas del ameloblastoma: desmoplásico, multiquístico, unicístico y periférico. La variante multiquística es la más usual, alcanzando el 86% de los ameloblastomas, esta tiene la mayor tendencia a ser agresiva y también a la recurrencia. Con respecto a la localización, el 80% de los ameloblastomas se hallan en la región distal de la mandíbula y regularmente se asocian a dientes impactados. (11)

Los ameloblastomas regularmente presentan un modelo radiológico de lesiones multiquísticas radiolúcidas, límites bien definidos similares a "burbujas de jabón" o "panales de abeja". En pequeño número se exhiben como lesiones quísticas radiolúcidas uniloculares, que generalmente engloban la corona dental de una pieza retenida y que en este punto pueden confundirse con los quistes más frecuentes: los quistes dentígeros. (11)

La reabsorción dental es un elemento característico que diferencia a esta patología de otras lesiones quísticas simples. En cuanto al comportamiento clínico, el ameloblastoma es un tumor de lento crecimiento, regularmente asintomático, y puede provocar movilidad, desplazamiento y reabsorción dentaria, en raras ocasiones genera parestesia, además de tener potencial de expansión y erosión cortical con invasión en tejidos blandos. (11)

- Quiste dentígero (QD): es uno de los quistes odontogénicos más habituales que se presentan en los huesos maxilares. Este quiste se relaciona a la corona de dientes ya sean sumergidos, incluidos y no erupcionados, pegado a la corona de éstos en la unión cemento adamantina (UCA) aumenta de volumen por expansión del folículo, siendo la presencia de la corona dentro de este aumento de volumen indicio de este quiste. (10)

El diagnóstico radiológico consiste en saber diferenciar un folículo dental hiperplásico, regularmente el área folicular mide de 3 a 4 mm desde la superficie del esmalte hasta el contorno de la lesión, cuando se tiene en mente el diagnóstico de un quiste dentígero se debe considerar que la lesión mida más de 5mm. Este quiste generalmente crece sin mostrar sintomatología aparente, pudiendo existir durante años y regularmente descubierto como un hallazgo radiográfico. (10)

Algunos quistes dentígeros llegan a progresar a lesiones más agresivas debido a que las células epiteliales que recubren su luz pueden ser capaces de cambios metaplásicos, como por ejemplo queratoquiste odontogénico, carcinoma mucoepidermoide, ameloblastoma, y carcinoma intraóseo primario. (10)

Este quiste dentígero es una entidad solitaria, pero puede ser a la vez múltiple o multifocal en presencia de síndromes o situaciones sistémicas como mucopolisacaridosis, síndrome de Klippel Feil, displasia cleidocraneal, síndrome de Gorlin-Goltz y Maroteaux-Lamy. (10)

El quiste dentígero se forma por la presión desplegada por un diente en erupción dentro de un folículo impactado, éste cierra el flujo venoso normal y produce a un transudado de suero a través de las paredes de los capilares sanguíneos, acrecentando la presión hidrostática del fluido, lo que causa la separación del folículo de la corona. (10)

Existe una variante llamada “quiste dentígero inflamatorio”. Este no es más que el quiste de erupción el cual está cercano al reborde alveolar. Clínicamente se observa un enrojecimiento, aumento de tamaño de la encía, la expansión de la lesión. (10)

En una observación lateral, el quiste aparece en ambos lados de la corona y podría rodear las raíces de la pieza implicada. En la clínica denota la ausencia dental y áreas de inflamación eritematosa, sin dolor al inicio y a la palpación puede mostrar crepitación debido a la expansión de las corticales. Radiográficamente, se presenta un área radiolúcida bien definida de bordes corticalizados, unilocular con medidas mayores a 2.5mm. (10)

El quiste dentígero es el segundo quiste más frecuente luego del quiste radicular, representando el 24% de todos los quistes mandibulares, predominante al sexo masculino frente al femenino, en una relación 2:1. Los dientes más afectados son los cordales inferiores, caninos maxilares y premolares. (10)

- Granuloma periférico de células gigantes: es una tumoración no odontogénica, es decir que su origen no es exclusivamente de un órgano dental de carácter benigno y poco frecuente en la cavidad bucal. Fue descrita por primera vez en huesos de manos y pies, posteriormente como como lesión reparativa y posiblemente causado a un traumatismo los cuales en su momento produjeron focos hemorrágicos e inducción a la formación de células gigantes. (9)

En un inicio se asoció a piezas dentarias y rebordes edéntulos como una hiperplasia reactiva, que podía mostrarse tanto en la encía como en la mucosa alveolar, como resultado a una irritación local o trauma crónico. (9)

Tiene presencia tanto en el tejido mucoso como en el hueso alveolar, durante estos años se distinguieron un tipo periférico y otro central. Años después se identificó la relación entre la lesión y elementos irritantes como exodoncias, infecciones crónicas, prótesis no ajustadas, el uso de mondadienes y, recientemente los implantes dentales. (9)

La OMS lo concreta como una lesión benigna, intraósea, conformada por tejido celular fibroso, múltiples focos hemorrágicos, estancia de células gigantes multinucleadas y casualmente trabéculas óseas. Existen diferentes lesiones benignas pero destructivas, que muestran entre sus componentes histológicos células gigantes multinucleadas, entre ellas: tumor de células gigantes, tumor pardo del hiperparatiroidismo, quiste óseo aneurismático, granuloma de células gigantes periférico o granuloma gigantocelular periférico. (9)

Su frecuencia más notable es en el sector anterior de la mandíbula, aunque algunos autores denotan una equitativa distribución entre el sector anterior y posterior. Es posible alcanzar un gran tamaño, expandiéndose entre las láminas corticales, desencadenando desplazamiento de los dientes y en algunos casos aislados reabsorción de las raíces de las piezas dentarias cercanas. (9)

Es una lesión regularmente sin síntomas aparentes a no ser que exista un trauma constante durante la oclusión y que suele presentarse clínicamente de manera nodular muy bien definida, firme, cuya base puede ser sésil o pediculada, presentando un color variable desde rojo oscuro hasta un púrpura o azul de consistencia firme o blanda y superficie lisa o lobular y, en ocasiones presenta ulceraciones. (9)

El tamaño varía de 0,5 a 1,5 cm, de todos modos, también se han informado casos de hasta 5 cm; aunque, las lesiones mayores a 2 cm son poco frecuentes, su evolución puede durar 3 meses a varios años. En cuanto a la información radiológica de esta lesión es variable, ya que puede ser uni o multilocular y tener márgenes definidos o no, entonces designamos al aspecto radiológico no patognomónico y puede ser confundido con otras lesiones fácilmente si no se tiene la experiencia requerida. (9)

En ocasiones se observa desplazamiento de dientes cercanos como también reabsorción de raíces. Entonces llegamos a la conclusión que el diagnóstico de esta patología debe ser histopatológico, ya que clínicamente es similar a otras lesiones, como el fibroma osificante, granuloma piógeno o el fibroma odontogénico periférico. (9)

- Quiste odontogénico calcificante: La lesión constantemente se muestra como un lento crecimiento, no doloroso, sin inflamación en los huesos maxilares y por ende en muy raras ocasiones causa asimetría facial. Es importante señalar que, la lesión no siempre es intraósea, originándose ésta en la encía. En la casuística realizada por Freedman, los hombres y mujeres estaban equivalentemente afectados, por lo que no se puede decir que existe predilección evidente por un género. (12)

El paciente de más corta edad reportado hasta el momento, es de 7 años de edad y el más longevo es de 82 años. Se observó también que antes de los 41 años, muchas de las lesiones ocurrían en el maxilar superior en un 70% y mientras que en pacientes mayores de los 41 años las lesiones se presentaban en mayor cantidad en el maxilar inferior con un 80%, y además cabe resaltar que en un 75% de las lesiones se encontraban situadas por delante del primer molar. (12)

Cerca del 65% de los quistes odontogénicos calcificantes se encuentran en la región de incisivos y caninos superiores y asociados regularmente con odontomas. Una característica importante del quiste odontogénico calcificante es que la mayor parte de los pacientes muestran expansión ósea alveolar la cual no presenta asimetría facial esto por el volumen de la expansión la cual no es tan magnificante. (12)

Radiográficamente esta lesión se denota intraósea, como una lesión mixta, con una zona radiolúcida muy bien definida, esta también puede ser uni o multilocular que en su interior contiene cantidades variables de material radioopaco, pudiendo observarse organizaciones dentarias o denticulares bien definidas dentro de esta lesión. Este material radioopaco se encuentra presente por categorías, desde pequeñas radioopacidades, hasta grandes masas calcificadas. (12)

Hablando del diagnóstico diferencial, se pueden mencionar diferentes patologías o entidades que pueden confundirse a esta lesión como ser: el quiste dentígero, el tumor odontogénico adenomatoide, el odontoma compuesto, el tumor odontogénico epitelial calcificante, el queratoquiste y por supuesto al tumor odontogénico escamoso. (12)

En el transcurso de todos los años de investigación se han podido reportado en la literatura solo 6 casos que sufren una transformación maligna. En cuanto a sus características histológicas se puede denotar una cápsula fibrosa y una clase de cubierta conformado por epitelio odontogénico. Las células basales que se encuentran en el revestimiento epitelial tienen una forma variable de cuboidal a columnar, y además una de las capas de este epitelio denota un aspecto muy parecido al retículo estrellado. (12)

Entre las características microscópicas más recurrentes de esta lesión se encuentran la presencia de números variables de células epiteliales con alteración y además sin núcleo los cuales son llamadas células fantasma. Estas células son el producto de una aberración o alteración en la queratinización del revestimiento epitelial del quiste odontogénico calcificante. (12)

III. CONCLUSIONES

El tumor odontogénico escamoso es una neoplasia benigna muy rara, que se origina aparentemente de los restos epiteliales de Malassez, en el ligamento periodontal, la edad promedio es de 38 años y presenta una ligera predilección por el género masculino.

Se distribuye en ambos maxilares, siendo que en el maxilar superior denota un comportamiento más agresivo, que trae consigo tratamientos más radicales.

Entre los síntomas relacionados y los cuales debemos tomar en cuenta para su diagnóstico presuntivo y diferencial son: movilidad dentaria, ulceración de los tejidos blandos, sensibilidad a la percusión y a la palpación, aunque en el mayor número de casos son asintomáticos.

Radiográficamente, se presenta como una imagen radiolúcida unilocular triangular o semicircular asociada a la porción radicular de los dientes afectados, no se observa espacio periodontal y en algunas ocasiones presenta una imagen multilocular o inclusive relacionarse a una pieza retenida.

Se debe tener en cuenta a los diagnósticos diferenciales más cercanos y entre ellos tenemos a: periodontitis, ameloblastoma, tumor odontogénico calcificante y el quiste dentígero.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández G, Miguez S, Otálora L, Rueda S. Tumor odontogénico escamoso. Rev Cient Bogotá. 2000;47-50.
2. Loyola AM, Garrocho A de A, Abdo EN, Gomez RS. [Clinical case--squamous odontogenic tumor]. Arq Cent Estud Curso Odontol. diciembre de 1990;27(1-2):17-25.
3. Elmuradi S, Mair Y, Suresh L, DeSantis J, Neiders M, Aguirre A. Multicentric Squamous Odontogenic Tumor: A Case Report and Review of the Literature. Head Neck Pathol. 8 de septiembre de 2016;11(2):168-74.
4. Upadhyaya JD, Banasser A, Cohen DM, Kashtwari D, Bhattacharyya I, Islam MN. Squamous Odontogenic Tumor: Review of the Literature and Report of a New Case. J Oral Maxillofac Surg. 1 de enero de 2021;79(1):164-76.
5. Ortega AI. Tumor Odontogénico Escamoso: Aspectos clínicos, radiográficos e histológicos Revisión de la Literatura. Acta Odontológica Venez. diciembre de 2002;40(3):310-4.
6. Bansal S, Joshi SK. Squamous Odontogenic Tumor with Unusual Localization and Appearance: A Rare Case Report. Case Rep Med. 2013;2013:407967.
7. Zargaran M, Shojaei S. A Clinicopathological Report of Four Cases of Squamous Odontogenic Tumor-Like Proliferations in Odontogenic Cysts: Suggested Opinions regarding This Unusual Nature. Case Rep Dent. 15 de febrero de 2020;2020:e6978587.
8. Cárdenas-Valenzuela, P., Guzmán-Gastelum, D. A., Valera-González, E., Cuevas-González, J. C., Zambrano-Galván, G., & García-Calderón, A. G. (2021). Principales criterios de diagnóstico de la nueva clasificación de enfermedades y condiciones periodontales. International journal of odontostomatology, 15(1), 175-180.
9. Sicairos, B. A. C., Legorreta, B. C., Yáñez, A. B., & Barrios, B. C. A. (2016). Granuloma periférico de células gigantes. Revisión de 87 casos. Revista ADM, 73(4), 175-182.
10. Olaechea-Ramos, M. A., Evangelista-Alva, A., & Quezada-Márquez, M. M. (2019). Características radiográficas de los quistes dentígeros diagnosticados en la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Revista Estomatológica Herediana, 29(1), 49-61.

11. Muniz, V. R. V. M., Freitas, D. J. D. S. M. D., Neri, R. F. D. A., Dultra, J. D. A., & Dultra, F. K. A. A. (2014). V14N4 Características Clínicas, Radiográficas e Diagnóstico do Ameloblastoma: Relato de Caso. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*, 14(4), 27-32.
12. Trejo, B. M., & Bello, L. C. (1999). Quiste odontogénico calcificante (quiste de Gorlin). Reporte de un caso y su seguimiento. Revisión de la literatura. *Revista ADM Órgano Oficial de la Asociación Dental Mexicana*, 56(2), 83-87.