



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE AMELOBLASTOMA EN EL HOSPITAL
NACIONAL 2 DE MAYO DURANTE EL PERIODO**

ENERO 1998 – JULIO 2012

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTADA POR

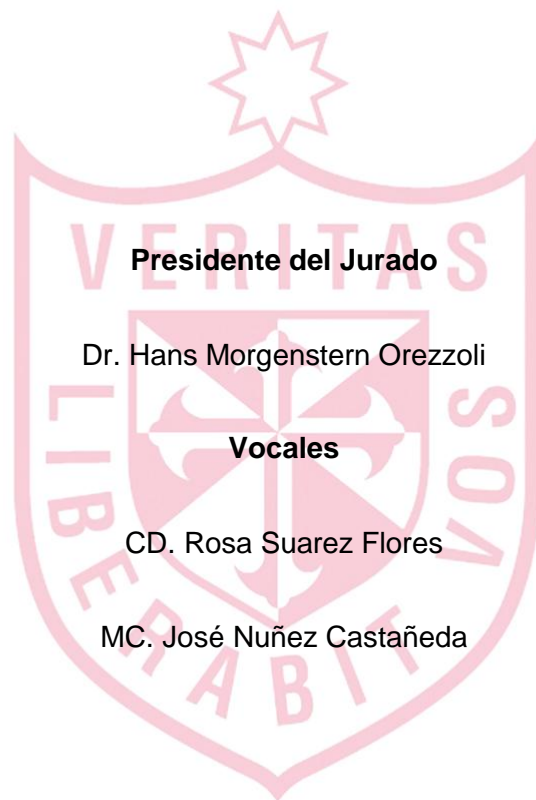
FREDDY MARTIN CHUCOS APUMAYTA

LIMA – PERÚ

2012



**PREVALENCIA DE AMELOBLASTOMA EN EL HOSPITAL NACIONAL 2 DE
MAYO DURANTE EL PERIODO
ENERO 1998 – JULIO 2012**



Presidente del Jurado

Dr. Hans Morgenstern Orezzaoli

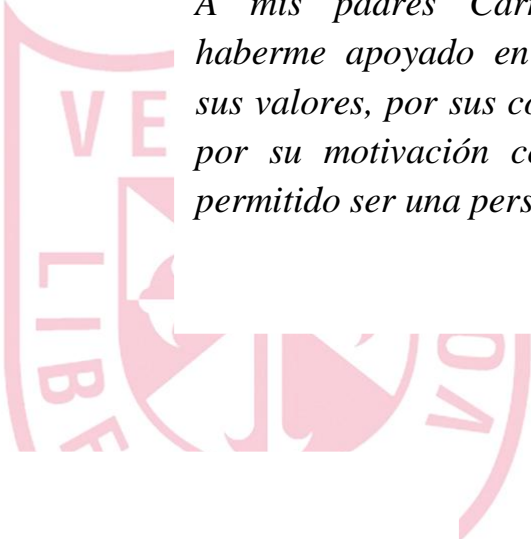
Vocales

CD. Rosa Suarez Flores

MC. José Nuñez Castañeda

Dedicatoria

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este momento y ayudarme a ser mejor persona día con día.



A mis padres Carmen y Fredy, por haberme apoyado en todo momento, por sus valores, por sus consejos, por su amor, por su motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien.

A mi abuelo Julio que se encuentra en la presencia de El Señor, por haberme enseñado con el ejemplo el significado del trabajo.

A mis hermanos Anthony y Guadalupe, por su apoyo constante, por la confianza y la amistad que siempre nos hemos tenido y porque siempre he contado con ellos para todo.



Agradezco el apoyo del

Dr. José Nuñez Castañeda y del CD. Eduardo Quea Cahuana

por el compromiso prestado a este trabajo

y su admirable desprendimiento científico

el cual he aprendido imitar.

INDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCION.....	5
○ Planteamiento del problema.....	7
○ Objetivos.....	8
○ Antecedentes.....	9
○ Variables.....	15
○ Marco Teórico.....	16
MATERIAL Y METODO.....	30
RESULTADOS.....	33
DISCUSION.....	47
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	53
ANEXO.....	58



RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de ameloblastoma en el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Nacional 2 de Mayo, durante el periodo enero 1998 – julio 2012.

Metodología: El diseño de investigación del presente estudio fue de tipo retrospectivo. La información fue recolectada de historias clínicas de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión de pacientes entre 0 – 90 años con diagnóstico de ameloblastoma que se realizaron todo el tratamiento dentro del Hospital (Pre-operatorio, cirugía, post-operatorio y evolución), no se tomaron en cuenta aquellos casos que regresaban por recidivas o que presentaban ameloblastomas fuera de los maxilares, tampoco se tomaron en cuenta aquellas historias clínicas incompletas, poco claras, de acceso restringido y aquellas que habían desaparecido. La recolección de datos se realizó mediante fichas, en las que se anotó el género, la edad, el grupo etario, la raza, el lugar de procedencia, los signos y síntomas principales, la localización del tumor, el tamaño de la lesión, la evolución post-operatoria y la presencia o ausencia de recidivas. Los datos fueron analizados en cuadros estadísticos procesados en el paquete Excel 2007.

Resultados: Se determinó que durante los últimos 13 años comprendidos entre enero 1998 – julio 2012, se presentaron 14 casos con ameloblastoma, el mayor número de casos se presentó durante la tercera década de vida siendo este el 30 % del total de casos presentados; existió también un predominio del sexo masculino con un 90%, y el lugar de mayor frecuencia de la lesión se registró en el maxilar inferior con un 90% del total y el sector más afectado fue el sector posterior mandibular con un 70 % del total de casos, el tipo de

tratamiento que se dio en todos los casos fue quirúrgicos siendo la resección tumoral en bloque el tipo de procedimiento más utilizado correspondiendo el 40% del total de procedimientos realizados, ningún caso reportó recidivas. Se determinó que los pacientes de raza mestiza fueron los más afectados, siendo el 90% del total de casos, según el lugar de procedencia se determino que la mitad de los casos provenían de la costa peruana siendo Lima la ciudad de mayor procedencia. Se determinó que el signo principal fue el incremento de volumen y dolor presentándose en el 80% y 50% de los casos respectivamente, el tamaño promedio del tumor se pudo determinar entre 6 – 10 cm de longitud y de 1 – 5 cm de altura ambos con un 70% del total de casos estudiados, solo el 10% de los casos fueron de evolución desfavorable siendo la exposición de placa de osteosíntesis la complicación que se pudo observar.

Conclusiones: Se encontró que el ameloblastoma es una patología poco frecuente, presentándose en un promedio de 1 caso por año, estando presente con mayor frecuencia en pacientes varones de raza mestiza entre 21 – 30 años procedentes de la costa peruana; se encontró que esta patología mide en promedio 6-10 cm de largo por 1-5 cm de alto, estando ubicado con mayor frecuencia en la zona posterior de la mandíbula, siendo su cuadro clínico predominante el aumento de volumen seguido de dolor y movilidad dentaria.

ABSTRACT

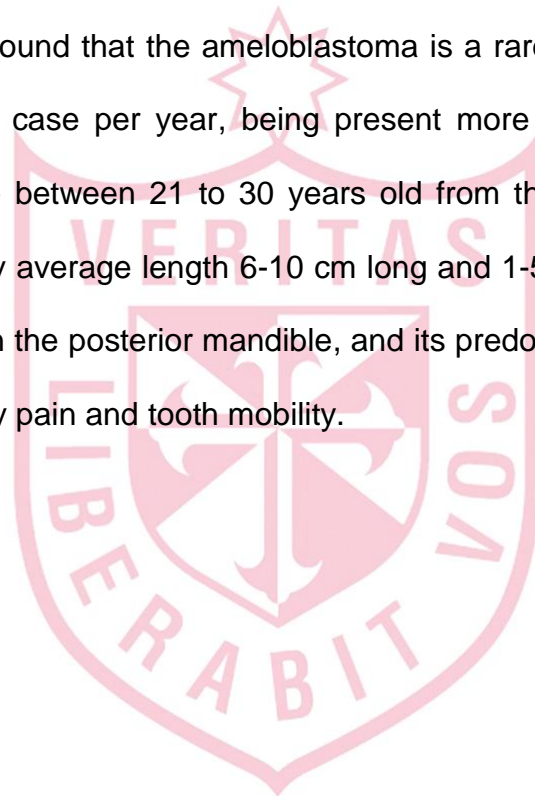
Objective: To determine the prevalence of ameloblastoma at the Department of Head and Neck Surgery, May of 2nd National Hospital, between January 1998 - July 2012.

Methodology: The research design of this study was retrospective. The information was collected from medical records according to the criteria of inclusion and exclusion, of patients from 0 - 90 years with a diagnosis of ameloblastoma that were made throughout the treatment in the Hospital (Pre-surgery, surgery, post- surgery and evolution). Not taking into account those cases return due to which relapsed or were ameloblastomas in the jaws. Neither those medical records incomplete, unclear, with restricted access and those who had disappeared. Data collection was performed by tabs, which are marked with gender, age, age group, race, place of origin, the main signs and symptoms, tumor location, size of the lesion, post-surgery evolution and the presence or absence of recurrence. Data were analyzed in statistical tables processed in Excel 2007 package.

Results: We found that during the past 13 years between January 1998 - July 2012, there were 14 cases of ameloblastoma, the largest number of cases occurred during the third decade of life being the 30% of all cases presented, there also a predominance of males with 90% and the most frequent place of injury was recorded in the lower jaw with 90% of the total, the sector most affected was the mandibular posterior area with 70% of all cases , the type of treatment given in all cases was surgical tumor resection still block the most common type of procedure corresponding to 40% of all procedures performed, no recurrence reported case post - surgery. It was found that patients of mixed

race were the most affected, with 90% of all cases, according to the place of origin was determined that half of the cases came from the Peruvian coast city of Lima, being the highest source. It was determined that the main sign was the increase in volume and pain occurring in 80% and 50% of cases respectively, the average tumor size could be determined between 6 to 10 cm long and 1 to 5 cm in height both with 70% of all cases studied, only 10% of cases were still unfavorable exposure of the osteosynthesis plate complication was observed.

Conclusions: We found that the ameloblastoma is a rare pathology, occurring in an average of 1 case per year, being present more frequently in patients male of mixed race between 21 to 30 years old from the Peruvian coast, we found this pathology average length 6-10 cm long and 1-5 cm high, being more frequently located in the posterior mandible, and its predominant clinical volume increase followed by pain and tooth mobility.



INTRODUCCION

Los tumores odontogénicos forman un grupo de lesiones no usuales de los maxilares que se originan en alguna anomalía del patrón normal de la odontogénesis.

Dentro de ellos los ameloblastomas probablemente constituyen los de mayor controversia en cuanto a su manejo, dada su conducta local agresiva y su elevada tasa de recurrencia.

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

Durante los últimos 127 años se han reportado casos de ameloblastoma desde el primer reporte hecho por Malasses en 1885, esta lesión neoplasia polimórfica de etiología desconocida, de gran incidencia recidivante, de crecimiento lento y silencioso intraóseos y a veces extraóseos que desfigura a la mayoría de sus portadores.

Es estudiada en diferentes poblaciones alrededor del mundo para determinar su causa real, la población de mayor riesgo y los tipos de tratamiento posibles para ayudar a una población que ve afectada su autoestima y su salud, que por lo general tienen que ser sometidas a grandes procedimientos quirúrgicos radicales para poder darle solución.

Así tenemos estudios como el de Saghravarian N. y col en Irán en un periodo de 30 años que determinó que de 8766 biopsias 165 eran T.O y de estos el 42.4% eran ameloblastomas, o como Fernandez A. y col en Brasil en un

periodo de 51 años determinó que de 19123 biopsias 340 eran tumores odontogénicos (T.O) y de estos el 45.3% eran ameloblastomas, o como Palomino Mendoza en nuestro país que determinó que de 135231 biopsias 37 eran T.O y de estos el 8.1% eran ameloblastomas.

Existen también investigaciones hechas sobre la cantidad de pacientes que presentan la enfermedad en determinada población, por ejemplo Larsson y Almeren arrojan una incidencia de 0,6 casos por millón, Shear y Singh encontraron una incidencia de 0,31 casos por millón en la población de Witwatersrand en Sudáfrica, otros como Reichart y Philipsen arrojan una edad promedio en la que se presenta la enfermedad, así tenemos que la etapa media en la que se desarrolla el ameloblastoma para ellos es a los 36 años, para Gardner la edad media es a los 39 años con respecto al ameloblastoma sólido multiquístico, 22 para el ameloblastoma monoquístico y 51 para el ameloblastoma periférico, Según Reichart no se encontraron diferencia de incidencia entre los dos sexos.

También existe un estudio realizado en el INEN entre los años 1972 al 1992 que dio como resultado que la edad promedio fue entre 20 y 30 años.

Por otro lado, un estudio realizado en el departamento de Odontología y Cirugía de la universidad de Bari – Italia entre los años 1990 al 2006 obtiene como resultados de 10 casos presentados, 8 eran ameloblastomas sólidos multiquísticos y 2 unikuísticos, la relación hombre – mujer fue en el ameloblastoma multiquistico de 4-1 y en el monoquistico de 25-1.

Con respecto a la localización más frecuente tenemos un estudio realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba - Argentina entre los años 1970 al 2005 obteniendo como resultado 15 casos, de los cuales

14 se encontraban en el maxilar inferior y 1 en el maxilar superior; en el maxilar inferior 11 casos se ubicaron en el cuerpo mandibular, 1 en el cuerpo y ángulo, 1 en el ángulo y 1 en ángulo y rama.

Con respecto a la cantidad de recidiva pos quirúrgica de ameloblastoma tenemos el estudio realizado por Nakamura que realizó una comparación de los resultados a largo plazo de los distintos manejos quirúrgicos del ameloblastoma en 78 casos, reportando una recurrencia de 7.1% posterior a un tratamiento radical y 33.3% en tratamientos conservadores.

Por tal motivo, de acuerdo con el objetivo de nuestra investigación científica, inicialmente nos hemos propuesto conocer la prevalencia del Ameloblastoma en el Hospital Nacional 2 de Mayo a lo largo de los últimos 13 años, tratando de saber a la vez cual es la población de riesgo, la localización y el tamaño frecuente de esta neoplasia, el tipo de tratamiento utilizado y su eficacia en el tiempo.

Para desarrollar el tema en referencia, se ha revisado bibliografía en textos y artículos científicos, y sus incidencias en diferentes poblaciones a lo largo del tiempo alrededor del mundo, de esta manera exponemos en la presente tesis la experiencia obtenida en el Hospital Nacional 2 de Mayo para dar una luz sobre la cantidad de pacientes que aquejan de esta neoplasia y las diferentes características clínicas que presentaron durante el transcurso de su enfermedad.

- **Planteamiento del Problema**

El ameloblastoma es una neoplasia benigna altamente recidivante, silenciosa y agresiva que se evidencia en la mayoría de los pacientes tras una radiografía panorámica de rutina o por el incremento de una zona en el maxilar, momento

en el cual esta neoplasia ya representa un verdadero problema para el paciente comprometiendo gran parte de la estructura maxilar, por tal motivo la necesidad de un diagnóstico precoz de esta patología son fundamentales para la salud del paciente, ya que se podrá intervenir directamente en la salud de este, eligiendo el mejor tratamiento y siendo lo más conservador posible al momento de la resección quirúrgica.

Por lo tanto el problema se basa en el desconocimiento de sus características clínicas, epidemiológicas, de evolución y tratamiento en el tiempo de pacientes con Ameloblastoma en el Perú, ya que en la actualidad no se cuentan con investigaciones sistemáticas sobre esta neoplasia en el poblador peruano.

Por lo cual se plantea la siguiente interrogante: ¿CUÁL ES LA PREVALENCIA DE AMELOBLASTOMA EN EL HOSPITAL NACIONAL 2 DE MAYO DURANTE EL PERIODO ENERO 1998 – JULIO 2012?

- **Objetivos**

- **Objetivo General**

Determinar la prevalencia de ameloblastoma en el servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital Nacional 2 de Mayo, durante el periodo enero 1998 – julio 2012.

- **Objetivo Específico**

1. Determinar la prevalencia de ameloblastoma en los maxilares, en el servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital Nacional 2 de Mayo.
2. Identificar el número de casos presentados de acuerdo a la edad del paciente.
3. Precisar el género que presento la mayor cantidad casos.
4. Identificar la zona anatómica más prevalente de esta neoplasia.

5. Detallar la cantidad de casos que presentaron recidiva.
6. Evaluar los tipos de tratamiento.

➤ **Justificación de la investigación**

La investigación se justifica por las siguientes razones:

Porque demostrando la prevalencia de los diversos factores epidemiológicos que caracterizan al Ameloblastoma se podrá contribuir a tomar acciones preventivas en contra de este tipo de neoplasia.

Porque nos permitirá tener una valoración estadística de la misma en el poblador peruano, contribuyendo de esta manera a la salud pública en el Perú.

- **Antecedentes**

- **Antecedentes Generales**

Fernández A. y col. (2005), Analizaron las diferencias patológicas dentro del grupo de tumores odontogénicos en grandes grupos poblacionales, para esto se valieron de una muestra de 19123 biopsias obtenidas de la Universidad Federal Minas Gerais – Brasil en un periodo de 51 años, de estas últimas se pudieron identificar 340 como tumores odontogénicos (T.O.), siendo el más prevalente el ameloblastoma estando presente en 154 casos de los 340 estudiados e identificados como T.O. según la clasificación patológica de la Organización Mundial de la Salud de 1992, dentro de sus características de benignidad o malignidad se encontró que solo en 2 casos eran malignas y en 338 eran benignas, dentro de las diferencias de prevalencia por género se identifico un mayor porcentaje de casos identificados en mujeres con 187 casos, también se pudo determinar que la población con la mayor cantidad de casos de T.O. correspondían a la segunda, tercera y cuarta década de vida, siendo la segunda década de vida la más frecuente en el ameloblastoma, se

determino también que la localización más frecuente de la patología fue la mandíbula con 209 casos, y el área más afectada fue la parte posterior de la mandíbula.¹

Palomino Mendoza (2008), Investigo la cantidad de casos de tumores odontogénicos presentados en un periodo de tiempo de 7 años en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Perú, en este tiempo, el Servicio de Patología analizo 135231 biopsias, de las cuales 1119 fueron de cavidad oral y maxilares, de estos solo 37 fueron identificados como tumores odontogénicos de los cuales la totalidad de ellos manifestaron características de benignidad, también cabe mencionar que de estos 37 se obtuvieron: 7 mixomas odontogénicos, 5 lesiones centrales de células gigantes, 5 fibromas odontogénicos, 4 tumores odontogénicos queratoquísticos, 4 displasias fibrosas, 3 odontomas, 3 ameloblastomas, 2 fibromas osificantes, 1 tumor odontogénico adenomatoide, 1 cementoblastoma, 1 fibroma ameloblástico y 1 tumor odontogénico escamoso, también se pudo determinar que el género que presento mayor prevalencia fue el femenino con 24 casos identificados, y la edad promedio con más casos presentados fue la correspondiente entre los 21 – 30 años con 10 casos pero no se debe dejar de mencionar que le siguen muy de cerca las edades entre 11 – 20 y las de 31 – 40, con 8 y 9 casos correspondientemente; se obtuvo también como resultado que la región con mayor cantidad de casos fue la mandibular posterior con 16 casos presentados, dentro de esta investigación también se realizó un estudio sobre el lugar de localización más frecuente sobre cada tipo de tumor odontogénico encontrado, hallándose una mayor cantidad de casos en el sector mandibular posterior (66.7%) y el resto de casos en el sector mandibular anterior.²

Faria da Silva L. y col. (2009), Realizaron un estudio sobre odontomas en el cual pudo recopilar también información sobre tumores odontogénicos (T.O.) en general del Departamento de Patología del Hospital de Sao Joao – Porto – Portugal y del Instituto de Inmunología y Patología Molecular de la Universidad de Porto en un periodo de 13 años, en este periodo se pudieron identificar 65 casos de T.O. de los cuales 64 casos eran benignos y solo un caso era maligno, las edades promedio comprendían la segunda y tercera década de vida y el lugar de localización más común era el maxilar, la patología más común encontrada fue el odontoma con 48 casos, también se pudieron identificar 5 casos con ameloblastoma, de esta última se pudo conocer que dentro de los casos presentados la región molar en la mandíbula era de predilección de esta patología.³

Saghravanian N. y col. (2010), Realizaron un estudio retrospectivo sobre la cantidad y tipo de tumores odontogénicos durante un periodo de 30 años en una población de 8766 casos tomados del Departamento de Patología Oral y Maxilofacial de la Facultad Odontológica de Mashhad – Iran, de estos se pudo determinar que 165 casos correspondían a tumores odontogénicos clasificados en 162 casos benignos y 3 casos malignos, se pudo determinar también que la edad promedio en la que se presentaba esta patología era la segunda y tercera década de vida siendo el género más afectado el femenino, el área donde se presentaron la mayor cantidad de casos correspondió a la zona posterior de la mandíbula tanto en varones como en mujeres, se determino también que la patología más común dentro del grupo de los T.O. fue el ameloblastoma con una preferencia en el género masculino y una edad promedio de aparición a los 38 años con un área frecuente de aparición en el sector posterior de la

mandíbula; y la menos común fue el odontoma con una preferencia de aparición en el género femenino y una edad promedio de aparición a los 21 años de edad con un área frecuente de aparición en el sector posterior de la mandíbula.⁴

➤ **Antecedentes Específicos**

Ledesma C. y col (2007), Realizaron un estudio retrospectivo sobre la prevalencia del ameloblastoma en 9 regiones de Latinoamérica comprendidas entre México y Guatemala, el estudio comprendió una muestra de 34307 biopsias de las cuales se determinó que 742 fueron tumores odontogénicos y de estos solo 163 correspondían a ameloblastoma. Este estudio también pudo determinar que la edad más frecuente de aparición fue a los 36 años de edad y la región de mayor presencia de la enfermedad comprendía a la mandíbula a nivel del área de los molares, también se determinó que el tamaño promedio que ocupaba la enfermedad dentro de los maxilares era de 6.2 cm de largo, en esta investigación se pudo identificar también tipos de ameloblastomas como el unicístico en 103 casos de los 162 en total siendo 50 casos de varones y 53 de mujeres, también se identificó al ameloblastoma periférico en 55 casos siendo 32 casos de varones y 23 de mujeres, también estuvo presente el ameloblastoma periférico en 3 casos siendo estos tres solo de varones y por último se identificaron 2 casos de ameloblastoma desmoplástico siendo 1 de varones y 1 de mujeres. Dentro de los signos y síntomas que se pudieron identificar se encontró que entre el 90 – 97 % de los casos presentaba como signo principal la tumoración del área afectada, dolor solo entre el 28 – 34%, ulceración entre el 9 – 12% y desplazamiento dentario solo en el ameloblastoma sólido. En este estudio también se pudo determinar que las

imágenes radiográficas de la lesión correspondían a imágenes radiolúcidas y la imagen más frecuente fue la unilocular de características bien definidas.⁵

Caldas Pereira y col. (2010), Investigaron las características clínico patológicas y demográficas del ameloblastoma de los archivos del Servicio de Patología Quirúrgica de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Bahia – Brazil de una población de 70 casos en un periodo de tiempo de 8 años pudiendo obtener como resultados que la localización más frecuente que se ubico en el sector posterior de la mandíbula presentados en 36 casos y como sector menos frecuente el maxilar con 3 casos, dentro de los rangos etarios se determinó que el rango etario más frecuente fue de 21 – 30 años de edad y el menos frecuente fue de 71 – 80 años de edad, también se determinó en este estudio que el tipo histológico de ameloblastoma más frecuente fue el uniuquístico presentado en 35 casos y el menos frecuente fue el desmoplástico.⁶

Krishnapillai R. y col. (2010), Al considerar que tenían pocos estudios sobre el tema de ameloblastomas en la India se propusieron hacer un estudio retrospectivo de 18 años en la población india, para este propósito se valieron de 5650 biopsias tomadas del Departamento de Patología Oral y Maxilofacial de la Facultad de Ciencias Dentales y Hospitalarias de la Universidad SDM – Dharwad – India, de esta cantidad de biopsias se determinó que 121 correspondían a tumores odontogénicos (T.O.), y de estos solo 73 casos tuvieron diagnostico definitivo de ameloblastoma representando el 60.3% de los T.O. considerados en el estudio. Dicho estudio también determinó que la edad promedio en la que se diagnosticaba la enfermedad correspondía a los 30 años de edad, siendo en hombres a los 34 años en una escala de 12 a 72 años en

41 casos obtenidos y en mujeres a los 29 años en una escala de 10 a 73 años en 32 casos obtenidos correspondientemente, cabe mencionar también que 16 casos de los 41 casos en varones se diagnosticaron a la edad temprana de 19 años siendo muestra que la enfermedad no era exclusiva de la edad adulta; se pudo ver también la presencia de la enfermedad en el maxilar como en la mandíbula, siendo esta última de predilección del ameloblastoma presentándose en 67 casos de los 73 totales, y teniendo como región frecuente de aparición a la rama mandibular a nivel molar, también cabe destacar que la región incisal y rama mandibular fue la más afectada en las mujeres en tanto que la región premolar y cuerpo mandibular alejadas de la línea media fueron frecuentes en varones. Radiográficamente la lesión se presento como una imagen radiolúcida tanto unilocular como multilocular, siendo esta ultima la de mayor frecuencia en los casos presentados, las imágenes radiográficas uniloculares se presentaron con mayor frecuencia en la segunda década de vida y las imágenes multiloculares en la tercera década de vida. Dentro de los signos y síntomas que se pudieron evidenciar se determinó que 64 casos presentaban una tumoración sólida, 30 casos presentaron dolor, 10 presentaron movilidad dentaria, 3 casos ulceraciones, 3 parestesia, 3 trismos, y 4 presentaron descargas purulentas, variaron su duración desde los 3 meses hasta los 5 años. En el estudio también se evidenciaron recurrencias por lo general en varones en lesiones de características multiloculares después de 10 meses como después de 16 años.⁷

Santana T. y col. (2010), Realizaron un estudio retrospectivo de 17 años de una muestra obtenida de los archivos del Departamento de Patología Oral de la

Facultad de Odontología de la Universidad de Pernambuco – Pernambuco – Brasil. En este estudio se pudo identificar a 60 pacientes con diagnóstico histopatológico de ameloblastoma, de estos se pudo determinar que la población más afectada fueron las mujeres estando presentes en 55% de los casos, dentro de las tipos raciales más afectados se encontraron que la raza blanca respondía a la raza más afectada con 31% de los casos y la raza negra seguida muy de cerca con 36.7% de casos del total. También se pudo determinar que la zona más frecuente en la que se ubicaba a la enfermedad era la región mandibular presentándose en 51 de los 60 casos, siendo el área posterior de la mandíbula la parte más afectada estando en 30 de los 51 casos y en el maxilar el área más afectada fue la parte posterior estando en 6 de los 9 casos presentes en el maxilar. Se observó también que las lesiones comprendía entre 3.5 a 6.0 cm de largo en un 55% de los casos y en un 75% fueron asintomáticos, siendo la edad más frecuente de aparición la segunda década de vida.⁸

- **Variables**

1. prevalencia de ameloblastoma de los maxilares
2. número de casos presentados según edad.
3. número de casos presentados según sexo.
4. número de casos presentados según localización en boca.
5. número de casos que presentaron recidiva.
6. número de casos según el tipo de tratamiento.

Operacionalización de Variable

VARIABLE	CONCEPTUALIZACION	INDICADOR	TIPO DE MEDICION	ESCALA
Ameloblastoma	Tumor blando localizado en el maxilar que se inicia en las células del primitivo órgano del esmalte	Diferente estado de salud del paciente después de la cirugía.	Cualitativo Politómico Nominal	Nominal
Edad	Conjunto de edades agrupadas en intervalos	Años vividos	Cuantitativo Proporción	Proporción
Sexo	Características fenotípicas de cada individuo	Fenotipo	Cualitativo Dicotómico Nominal	Nominal
Localización	Ubicación del tumor dentro de la región maxilar	Nivel de referencia canina	Cualitativo Politómico Nominal	Nominal
Recidiva	Reaparición de los síntomas de una enfermedad después de haber logrado su aparente recuperación	Recidivas post-quirúrgicas: Presentes o ausentes	Cualitativo Dicotómico Nominal	Nominal
Resultado post-operatorio	Diferente estado de salud del paciente después de la cirugía	Resultados post-quirúrgicos: Bueno o malo	Cualitativo	Ordinal

• Marco Teórico

Tumores Odontogénicos

Los tumores odontogénicos son lesiones neoplásicas que derivan de los elementos que conforman el germen dentario⁹ y parten de la idea de saber que tiene como origen general al tejido mesenquimal y ectodermal del proceso de odontogénesis en la sexta semana de embarazo como parte de la formación y maduración inicial del sistema tegumentario¹⁴, la perturbación y defectos en este inicio que todavía no se comprende con claridad da como resultado la aparición de patologías benignas y malignas conocidas como tumores odontogénicos que se presentarán de manera definitiva durante el transcurso de la vida pero con una evolución por lo general silenciosa y por tal motivo muchas veces de desinterés por parte de los pacientes hasta que llegan a ser

invasivas y comienzan a producir defectos óseos que influyen en la estética y salud del paciente que ve afectada su autoestima, desde el punto de vista general los tumores odontogénicos son difíciles de clasificar, ya que si se quiere utilizar una clasificación etiológica resulta poco práctica porque se sabe poco o nada sobre su etiología, si se quiere utilizar una clasificación embriológica deja de tener poca aceptación porque embriológicamente todos los tumores de este tipo derivan del germen dentario, y si se pretende utilizar una clasificación topográfica resulta poco útil porque aporta poco en el estudio de tumores ya que topográficamente todos los tumores de este tipo aparecen en los maxilares.⁹ En la actualidad las clasificaciones que se utilizan con mayor éxito son las que utilizan criterios histogénicos que se basan en el estudio microscópico del tumor para detectar el tipo de células que dan origen a este, otra clasificación que también es aceptada, es la del tipo de evolución, ya que al determinar si una patologías es benigna o maligna ayuda en la selección del tratamiento y el tiempo de recuperación por parte del paciente.⁹ La Organización Mundial de la Salud el 2005 emitió una clasificación sobre tumores odontogénicos que comprende una división en cinco partes:

1. Tumores benignos:

1.1 Epitelio odontogénico con estroma fibroso maduro sin ectomesénquima odontogénico.

- a) Ameloblastoma (uniquístico, sólido – multiquístico, extraóseo – periférico, desmoplásico).
- b) Tumor odontogénico escamoso.
- c) TOEC/Pingborg.
- d) Tumor odontogénico adenomatoide.

e) Tumor odontogénico queratoquístico.

1.2 Epitelio odontogénico con ectomesénquima odontogénico con o sin formación de tejido dentario duro.

a) Fibroma ameloblástico.

b) Fibrodentinoma ameloblástico.

c) Fibro odontoma ameloblástico.

d) Odontoma (complejo, compuesto).

e) Odontoameloblastoma.

f) Tumor odontogénico quístico calcificante.

g) Tumor dentinogénico de células fantasmas.

1.3 Mesénquima y/o ectomesénquima odontogénico con/sin epitelio odontogénico.

a) Fibroma odontogénico.

b) Mixofibroma.

c) Cementoblastoma.

2. Tumores malignos:

a) Ameloblastoma metastatizante (maligno).

b) Carcinoma ameloblástico – primario.

c) Carcinoma ameloblástico – secundario (intraóseo).

d) Carcinoma ameloblástico –secundario (periférico).

e) Carcinoma escamo celular intraóseo primario –sólido.

f) Carcinoma escamo celular intraóseo primario derivado de tumor odontogénico queratoquístico.

g) Carcinoma escamocelular intraóseo primario derivado de quistes odontogénicos.

h) Carcinoma odontogénico de células claras.

i) Carcinoma odontogénico de células fantasmas.

3. Sarcomas odontogénicos:

a) Fibrosarcoma ameloblástico.

b) Fibrodentino y fibroodontosarcoma ameloblástico.

4. Lesiones relacionadas con el hueso:

a) Fibroma osificante.

b) Displasia fibrosa.

c) Displasia ósea.

d) Granuloma central de células gigantes.

e) Querubismo.

f) Quiste óseo aneurismático.

g) Quiste óseo simple.

5. Otros tumores:

a) Tumor neuroectodérmico melanótico de la infancia.⁹

Ameloblastoma

Las primeras referencias bibliográficas consistentes datan del primer tercio del siglo XX (1930-1940) que coincide con la creación de la Academia Americana de Patología Oral, el Instituto de Patología Oral Clínica de Nueva York y el Registro de Patología Oral y Dental de la Asociación Dental Americana. El primero en describir el Ameloblastoma según Galatrava (1979) fue Malassez quien describió la enfermedad como una entidad diferente a un quiste simple a la cual denominó adamantinoma, mientras que Gorlin y Golman (1973) afirman que fue Cusack el que describió primero la enfermedad, el cual consideraba a

este tumor como una forma especial de quiste maxilar, pero Gorlin y Golman opinan también que fue Malassez el primero que describió esta lesión como una entidad diferente a un simple quiste.^{9,15}

El término que utilizó Malassez fue adamantinoma y tuvo que ser modificado porque sugiere incorrectamente un crecimiento duro como esmalte.¹²

La OMS lo define como una neoplasia polimórfica localmente invasiva que comúnmente tiene un patrón folicular o plexiforme, en un estroma fibroso siendo caracterizado como un tejido en formación y evolución diferente, pero que siempre recuerda al órgano del esmalte, aunque sus células son previas a la formación de este.⁹

El ameloblastoma es el tumor odontogénico benigno más común de origen epitelial, y la gran mayoría de estos son intraóseos y equivalen al 98% de los casos y los demás sólo representan al 2% de los mismos y son muy raros.¹⁰

Los autores opinan también que no solo intervienen factores genéticos sino también factores ambientales, y que dentro de las características clínicas importante los pacientes se presentan asintomáticos durante el transcurso de toda la enfermedad, pero que se exterioriza para formar una deformación que presenta una cortical externa de hueso que puede ser fácilmente palpable, esta cortical externa de hueso adelgazado se rompe con facilidad al ser palpada, signo diagnóstico denominado “crujido de cascara de huevo”.^{11,15}

En cuanto al lugar de aparición en su mayoría son intraóseos y el lugar de mayor frecuencia de aparición es la mandíbula, presentándose en el 80 % de los casos estudiados, de estos el 70 % se presenta en la región molar, el 20 % en la región de los premolares y el solo el 10 % en la región de los incisivos.

A su vez pocas veces son extraóseos periféricos y suelen localizarse en la encía.^{9,10,11,13,15,16}

En cuanto a la edad el tumor puede aparecer en cualquier edad pero con frecuencia es diagnosticada entre la cuarta y quinta década de vida.^{11, 13 15}

No existe predilección respecto algún sexo en particular pero tiene una preferencia algo superior en varones.^{11,13}

Clasificación del ameloblastoma

1. Ameloblastoma uniuíquístico

Dentro de las distintas variedades de ameloblastoma se presenta la variedad uniuíquístico que se presenta como un quiste solitario rodeado por un epitelio engrosado y constituido por una capsula de tejido conjuntivo duro con una sola luz. Diferentes autores opinan de manera diferente sobre el origen de esta patología, algunos atribuyen su origen a la preexistencias de quistes odontogénicos, otros señalan que derivan “de novo” y otros las asocian a piezas impactadas. Esta lesión por lo general es silenciosa en su evolución aunque algunos casos reportan la presencia de sintomatología dolorosa y purulenta en formas de gran tamaño.

Radiográficamente se presenta como una imagen radiolúcida única de crecimiento lento, circunscrita, bien delimitada, con desplazamiento dentario y con presencia de expansión cortical bucal y/o lingual; pero cabe mencionar que es difícil de diagnosticar ya que una sola cavidad ósea radiográfica puede corresponder a una variedad uniuíquística como también a una solida por imágenes superpuestas, por lo tanto es importante tener presente las

diferentes configuraciones que pueden dar una imagen radiológica unilocular entre las que tenemos:

a) Ameloblastoma unikuístico luminal, se presenta como una sola imagen y se da cuando el epitelio se limita a una sola capa que lo reviste.

b) Ameloblastoma intraluminal (unikuístico plexiforme), se presenta también como una sola imagen y es cuando existen proyecciones hacia la luz pero sin islotes en las paredes.

c) Ameloblastoma parietal (aparentemente unikuístico), esta impresión radiológica se da cuando un ameloblastoma convencional se desarrolla en un quiste dominante de gran tamaño.

d) Ameloblastoma solido, que por imágenes superpuestas al lado de un quiste muy grande nos da la apariencia de un ameloblastoma unikuístico.

Dentro de las variedades histológicas del ameloblastoma unikuístico se denomina luminal cuando el epitelio se limita a una sola capa que reviste la luz, es plexiforme cuando existen proyecciones papilares hacia la luz del quiste, pero sin islotes en la pared, y se denomina mural cuando aparece como recurrencia de la enfermedad y presenta una pared fibrosa infiltrada por un ameloblastoma folicular o plexiforme.

El ameloblastoma unikuístico no presenta predilección por algún sexo en particular pero algunos estudios reportan predilección por el sexo masculino, por lo general su ubicación se reporta en la mandíbula a nivel de la región molar, hallándose también en la rama mandibular, se conoce también que esta patología tiene una predilección por pacientes jóvenes siendo la segunda década de vida la edad media de aparición.

Este tipo de tumoración es poco agresiva por lo que dentro del limitado grupo de tratamientos posibles para esta patología se considera la enucleación y curetaje como un tratamiento posible de realizar con buenos resultados al no presentar recidivas, se debe considerar también el patrón histológico ya que de estar encapsulada la enfermedad como en las variedades intraluminal y plexiforme se procederá a la enucleación, pero de ser mural se realizará la resección de bordes con un margen de seguridad de 1 cm porque esta variedad puede extenderse hasta el interior de la pared quística hasta el nivel de la interface con el hueso y presentar recidivas futuras.^{13,17,18,19,20,21,28}

2. Sólido – multiquístico

Se le conoce también como ameloblastoma simple, sólido o folicular, este tipo de tumor es de un crecimiento significativo produciendo a los pacientes que la padecen deformidades de gran tamaño en muchos de los casos; este tipo de ameloblastoma es la forma más prevalente de esta enfermedad.

Por lo general se presenta en personas mayores de 25 años, sin embargo cuando se presenta en el maxilar superior existe una preferencia entre 20 – 40 años muchas veces extendiéndose desde una zona molar inicial hasta el seno maxilar, suelo de las fosas nasales e incluso sitios intracraneales en donde por la alta vascularización y la ausencia de una cortical fuerte puede ser destructivo y letal, comúnmente este tumor se halla en la zona molar de la mandíbula en donde tiene una tendencia a expandir las corticales óseas durante un crecimiento lento, a la vez el periostio forma una fina concha delante de la lesión que se rompe con facilidad produciendo un sonido como “crujido de cascara de huevo” a la palpación, no existe una preferencia por ninguno sexo o

raza en particular, es invasiva pudiendo infiltrar a otras estructuras y tiene la habilidad de recurrir, se cree que la recurrencia se debe a numerosas microextensiones de tumor que se han proyectado al hueso, este tumor tiene una tasa alta de recurrencia también existen casos en los cuales se presentaron metástasis.

Radiográficamente la multiloculación da un aspecto de burbujas de jabón de tamaño difícil de determinar por no presentar una línea de demarcación con el hueso normal y en algunas ocasiones se puede observar la reabsorción radicular en las tumoraciones de crecimiento rápido.

Histológicamente el ameloblastoma multiquistico presenta variantes como el acantomatoso, celular granular, desmoplástico, de células basales, folicular y plexiforme; estas dos últimas son las variantes más comunes, en el folicular se puede observar islas de epitelio que asemejan el epitelio del órgano del esmalte, este epitelio consiste también en un núcleo rodeado por una capa de células columnares, la formación de quistes es común en esta variante y pueden variar en tamaño; a su vez el plexiforme se encuentra formado por largas capas de epitelio odontogénico, unidas por células columnares o cuboidales donde la formación de quistes es poco común y cuando ocurren generalmente son asociadas a la degeneración del núcleo mas que cambios quísticos del epitelio.

En cuanto al tratamiento se puede decir que en general todas las variantes histológicas tienen un comportamiento biológico similar y son propensas a penetrar en los espacios trabeculares adyacentes y en donde las radiografías no siempre delimitan la lesión y se hace difícil retirar la lesión sin producir a futuro recidiva, el grado de recurrencia después de una resección radical es de

5 – 15 % por tal motivo algunos autores obtan por realizar una hemimandibulectomia o una hemimaxilectomia.^{13,20,21,24,28,29,30}

3. Extraóseo – periférico

Los ameloblastomas tienen 2 presentaciones clínicas la más frecuente es la intraósea y la otra afecta a los tejidos blandos que involucra a la encía o mucosa alveolar, esta tumoración es conocida también como extraóseo o periférico por presentarse por fuera del hueso confinándose solo en la encía, descrito por Kuro en 1911, este tipo de ameloblastoma representa del 1 – 5% de los ameloblastomas, es de un crecimiento lento, alcanza un tamaño promedio entre 0.5 – 2 cm, por lo general se localiza en el sector posterior de la mandíbula, no tiene ninguna predilección por algún sexo en particular pero se le asocia con el sexo masculino, la edad promedio de aparición es por encima de los 52 años.

Presenta las mismas características histopatológicas de los ameloblastomas intraóseos sin embargo esta involucra solo a los tejidos blandos que cubren el hueso alveolar de los maxilares, que algunas veces pueden estar involucrados debido a la erosión secundaria, este tipo de tumoración presenta variantes entre las cuales la de mayor prevalencia es la de tipo acantomatoso en comparación con los de tipo plexiforme y folicular, presenta también pequeños epitelios ameloblásticos que ocupan la lámina propia por debajo de la superficie y en el 50% de los casos se ha visto la relación del tumor con la capa basal de la superficie del epitelio.

Radiográficamente se ve un hueso subyacente con bordes escleróticos bien definidos, con separación de piezas dentarias, se presenta de manera uni o

multilocular semejante a pompas de jabón, cuando es multilocular se observan lóbulos y tabiques óseos que pueden o no perforar la cortical ósea.

El tratamiento radica en la escisión local que incluye el periostio y existe solo un 25% de recidiva post – quirúrgica, el pronóstico es bueno por ser detectado a tiempo tras aparecer como un crecimiento gingival y también porque el hueso cortical de la mandíbula actúa como una barrera que evita la invasión.^{19,20,21,25,26,28,31}

4. Desmoplásico

Este tipo de ameloblastoma es una variante bien definida de ameloblastoma intraóseo que posee características clínicas, radiográficas e histológicas particulares, descrita por primera vez por Everzole en 1984 y reconocida por la OMS como una variante del ameloblastoma en 1992, representa el 4 – 5% de todos los ameloblastomas, no tiene predilección por ningún sexo en particular, por lo general se presentan en la tercera y cuarta década de vida con un tamaño promedio de 2 cm.

Esta tumoración es de consistencia dura, de conducta agresiva, de crecimiento lento y expansivo que tiende a rechazar las piezas adyacentes, expresa un comportamiento distinto al resto de los ameloblastomas comunes que presentan un crecimiento invasivo, frecuentemente produce una reabsorción radicular de los dientes involucrados, se presenta por lo general en la zona anterior y premolar, y la mitad de los casos presentados son en el maxilar superior, cuando se presentan en esta zona son peligrosas porque pueden comprometer estructuras vitales como el seno maxilar y las orbitas.

Radiográficamente presenta una imagen con límites difusos no corticalizados, irregular, por lo general multiloculada, y con un patrón mixto (radiolúcido - radiopaco).

Histológicamente presenta un denso estroma muy colagenizado que comprime pequeños islotes celulares de epitelio odontogénico que presentan una forma de cordón o hebra, el epitelio no muestra diferenciación ameloblástica completa como en el ameloblastoma común, y asume la denominación de desmoplásico por la proliferación fibroblástica y el abundante depósito de colágeno en el estroma que le dan características específicas. Se han descrito también formas híbridas en las que un patrón de ameloblastoma común se encuentra circunscrito en el seno de un ameloblastoma desmoplásico, también existen otras formas híbridas de ameloblastoma común en las cuales se pueden observar intercaladas células basales, mucosas o de estructuras glandulares.^{19,22,23,26,27}

Métodos en el tratamiento

Un reto importante para la cirugía maxilofacial moderna es la reconstrucción de grandes defectos óseos producidos por traumatismo, tumores e incluso armas de fuego; numerosos materiales han sido utilizados desde tiempos antiguos para este fin, así tenemos a los incas, polinesios y celtas en la utilización del oro, plata y plantas en sus procesos quirúrgicos de reparación, pero no fue hasta el siglo 16 que la evidencia histórica para la reconstrucción de deformidades fue descrita. En la actualidad existen varios materiales de diferentes orígenes y con variadas propiedades para poder reconstruir, entre los cuales encontramos al autoinjerto, material elegido por excelencia por sus

propiedades de osteoinducción que estimulan el tejido óseo remanente para formar hueso nuevo a partir de células osteogénicas que se generan en la matriz ósea, de ahí que en ocasiones grandes porciones de hueso autólogo tiene que estar vascularizado para mantener vital la matriz ósea que generará osteoblastos y osteoclastos para la formación y remodelación de hueso nuevo, pero también existen desventajas entre los que tenemos que en ocasiones limiten el contorno por el hecho de ser hueso de otro lugar del cuerpo que tiene que ser modelado manualmente durante el proceso quirúrgico para luego ser colocado en la zona de reparación, también entre sus desventajas se encuentra su disponibilidad limitada, es decir una vez tomada de un lugar solo se tiene ese fragmento óseo para utilizar y en ocasiones el defecto es tan grande que es insuficiente el injerto que se quiere colocar, también genera morbilidad de la zona donante. Otro material de reconstrucción es el aloinjerto, por general utilizado en defectos óseos pequeños donde se usa como material de relleno, consiste en injertos que se transfieren entre miembros de la misma especie, estos no poseen propiedades osteoinductoras pero si osteoconductoras que conducen y guían el crecimiento de tejido óseo entre las partículas del injerto pero no pueden estimular el tejido óseo, entre los más utilizados tenemos al hueso seco congelado (FDBA) y hueso esponjoso iliaco congelado (DFDBA), otro material de reconstrucción de defectos óseos pequeños son los xenoinjertos, estos pueden ser hueso bovino que se procesa para producir material óseo mineral sin componente orgánico, también se tiene al carbonato de calcio coralino donde la mayor cantidad en su composición es el carbonato de calcio estando en más de un 98%, ambos materiales son osteoconductores. Otro material son los injertos aloplásticos, también llamados

injerto de hueso sintético, estos poseen propiedades de osteoconducción, se introdujeron al mercado al no poderse utilizar grandes porciones de hueso autólogo para corregir defectos óseos de gran tamaño, surgen también como alternativa al uso de mallas de titanio que pueden producir dehiscencias operatorias, secreción purulenta e incremento del tiempo operatorio al ser difíciles de modelar, en la actualidad se utilizan materiales aloplásticos como el polímero HTR (reemplazo de tejido duro), el polímero PMMA (polimetilmetacrilato) y el PEEK, este último de la familia de los polímeros lineales aromáticos, en un inicio utilizado para reconstruir vertebras y en reemplazo de cadera, pero disponible para reconstrucciones craneofaciales desde 1998, este material se trabaja sobre la base de la tomografía axial computarizada pre-operatoria, datos que son transferidos a un diseño por ordenador (CAD-CAM) para su posterior fabricación asistida por el sistema del ordenador, este procedimiento reduce el tiempo operatorio al ser modelado antes de la cirugía, y las propiedades físicas de este material hacen posible que puedan ser esterilizados por calor en una autoclave o por rayos gama, los diferentes grosores de este material hacen que se pueda ajustar al modulo de elasticidad de cualquier zona de la cara o de la cabeza que se quiera reconstruir, y al tener microporos y ser hidrofílica hace que se formen coágulos en la zona de contacto óseo favoreciendo al crecimiento óseo guiado sin formar un encapsulamiento fibroso, este es un material biocompatible resistente que es de elección sobre las mallas de titanio por reconstruir con exactitud los defectos óseos y devolverle al paciente la estética y la calidad de vida.^{34,35,36,37,38,39,40}

MATERIAL Y METODO

- **Diseño Metodológico**

- **Observacional:** Porque observará la prevalencia de la enfermedad en la población estudiada.
- **Descriptiva:** Porque mide independientemente la prevalencia del ameloblastoma y no se manipulará variables.
- **Retrospectiva:** Porque evaluaremos en el pasado, mediante los datos de historias clínicas el grado de prevalencia de ameloblastoma.
- **Transversal:** Porque se tomaran los datos de 13 años para su posterior análisis en un solo momento.

- **Población y Muestra**

El presente estudio trabajará con historias clínicas comprendidas entre enero 1998 – julio 2012 de pacientes entre 0-90 años que presentaron ameloblastoma maxilar y/o mandibular en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

Criterios de inclusión

- Personas de 0 – 90 años.
- Ambos sexos.
- Ameloblastoma presente en maxilares.
- Pacientes a los que se realizó el pre-operatorio, cirugía y post-operatorio en el Hospital 2 de Mayo.

Criterios de exclusión

- Ameloblastomas recidivantes.
- Ameloblastomas fuera de los maxilares.
- Historias clínicas incompletas.
- Historias clínicas de redacción poco clara.

- Historia clínica de accesibilidad restringida.
- Historias clínicas desaparecidas.

Técnicas de recolección de datos

Se realizará por el método de análisis documental a partir de las historias clínicas. Para este fin se procederá de la siguiente manera:

- Permiso por parte del Hospital Nacional Dos de Mayo para realizar la investigación dentro de sus instalaciones.
- Coordinación y permiso del Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello para revisar los casos de ameloblastoma comprendidos entre los años 1998 – 2012.
- Coordinación y permiso del Departamento de Estadística para poder revisar las historias clínicas comprendidas entre los años 1998 – 2012 y tener acceso a su sistema de clasificación y ordenamiento de su archivo.
- Coordinación y permiso del Departamento de Patología para tener acceso a su archivo sobre la totalidad de biopsias y muestras revisadas entre los años 1998 – 2012.

Plan de recolección y procesamiento de la información

La información fue recolectada mediante fichas, en la que se anotaron el número de historia clínica, la fecha de ingreso, el número de registro de patología, el género, la edad, el grupo etario, la raza, el lugar de procedencia, los signos y síntomas principales.

La localización del tumor, de acuerdo a lo registrado en la historia clínica y el informe radiográfico.

El tamaño, de acuerdo a lo registrado en informe operatorio y el informe de patología en la recepción de la pieza quirúrgica, para su posterior contraste.

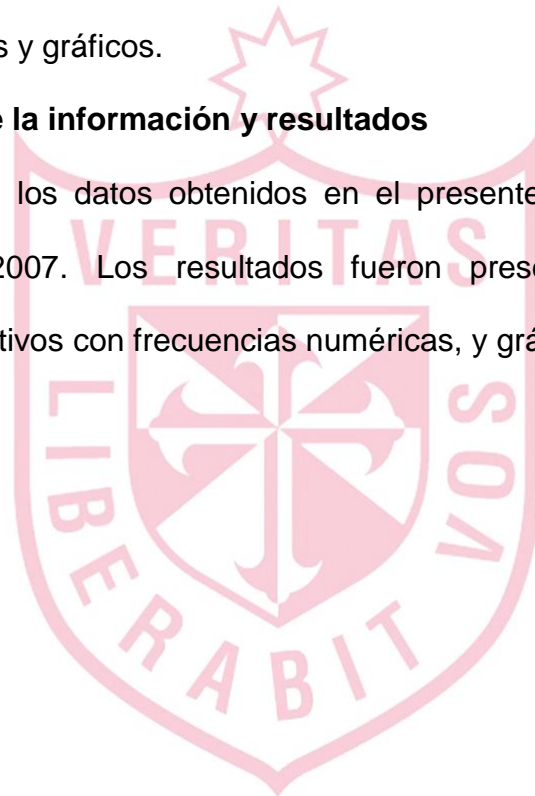
La evolución post-operatoria, de acuerdo a lo registrado en la historia clínica, considerando como favorable cuando no se presentaron complicaciones post-operatorias después del alta del paciente, y desfavorables cuando se presentó exposición de la placa de titanio, rechazo del autoinjerto, reabsorción del injerto, necrosis del área reconstruida y presencia de abscesos.

Y la presencia o ausencia de recidivas.

Todos estos datos fueron procesados con el paquete Excel 2007 para la confección de tablas y gráficos.

Plan de análisis de la información y resultados

Para el análisis de los datos obtenidos en el presente estudio se utilizó el programa Excel 2007. Los resultados fueron presentados en cuadros estadísticos descriptivos con frecuencias numéricas, y gráfico de barras.



RESULTADOS

Se realizó un estudio retrospectivo para determinar la prevalencia de ameloblastoma en el servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional 2 de Mayo, durante el periodo comprendido entre enero de 1998 a julio del 2012, donde se registraron 4210 biopsias y piezas quirúrgicas de cavidad oral y maxilares, de las cuales 91 se diagnosticaron como tumores odontogénicos (2.16%), de estas últimas 14 se diagnosticaron como ameloblastoma (15.38%).

Hallándose los siguientes resultados:

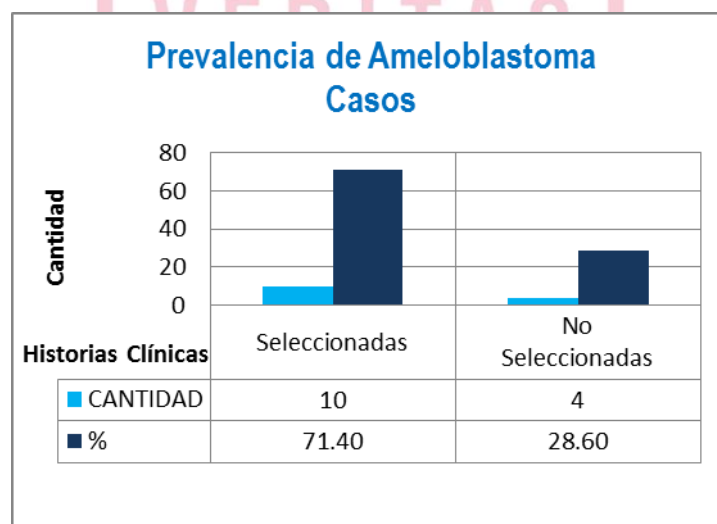


**PREVALENCIA DE AMELOBLASTOMA EN EL HOSPITAL NACIONAL 2 DE MAYO DURANTE EL PERIODO ENERO 1998 – JULIO 2012
CASOS**

CUADRO N°1

HISTORIAS CLINICAS	CANTIDAD	%
Seleccionadas	10	71.40
No Seleccionadas	4	28.60
Total	14	100.00

GRÁFICO N°1



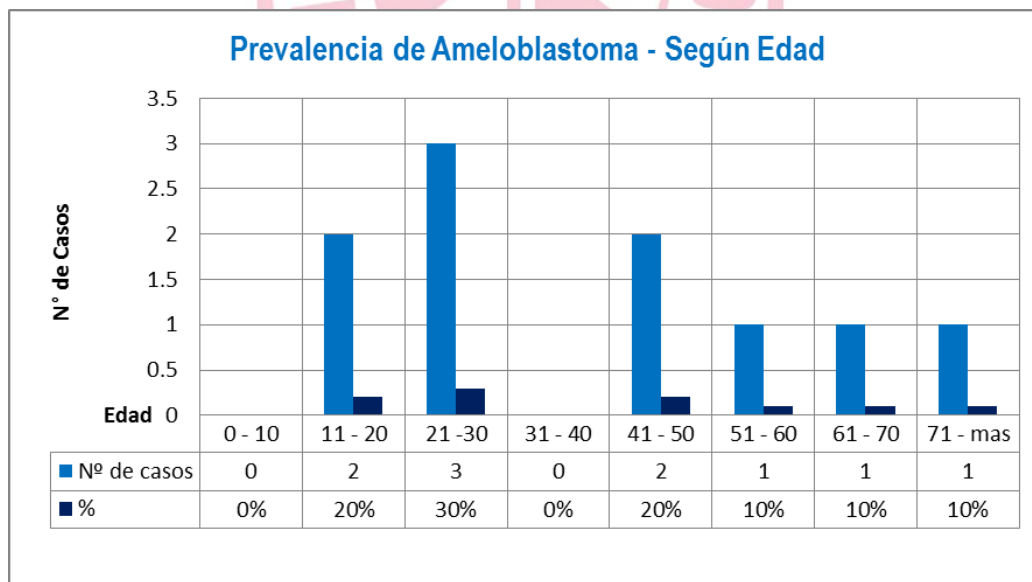
En el cuadro 1. Observamos que durante los últimos 13 años comprendidos entre enero 1998 – julio 2012 solo se presentaron 14 casos con ameloblastoma rastreados de los servicios de Patología y Estadística del Hospital Nacional 2 de Mayo, de estos solo se seleccionaron 10 historias clínicas de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

**PREVALENCIA DE AMELOBLASTOMA EN EL HOSPITAL NACIONAL 2 DE MAYO DURANTE EL PERIODO ENERO 1998 – JULIO 2012
SEGÚN EDAD**

CUADRO N°2

EDAD	Nº de casos	%
0 - 10	0	0%
11 - 20	2	20%
21 -30	3	30%
31 - 40	0	0%
41 - 50	2	20%
51 - 60	1	10%
61 - 70	1	10%
71 - mas	1	10%
Total	10	100,0%

GRÁFICO N°2



En el cuadro 2. Observamos que el mayor número de casos se presentaron en la tercera década de vida, siendo este el 30 % del total de casos presentados.

**PREVALENCIA DE AMELOBLASTOMA EN EL HOSPITAL NACIONAL 2 DE MAYO DURANTE EL PERIODO ENERO 1998 – JULIO 2012
EDAD PROMEDIO**

CUADRO N°3

Casos	Edades	Edad Promedio
1	55	
2	48	
3	18	
4	24	
5	72	39
6	26	
7	67	
8	41	
9	22	
10	16	
Total	10	100,0%

* Existe una variación alta, los valores mínimos y máximos están alejados de la media.

$$\bar{x} = 39$$

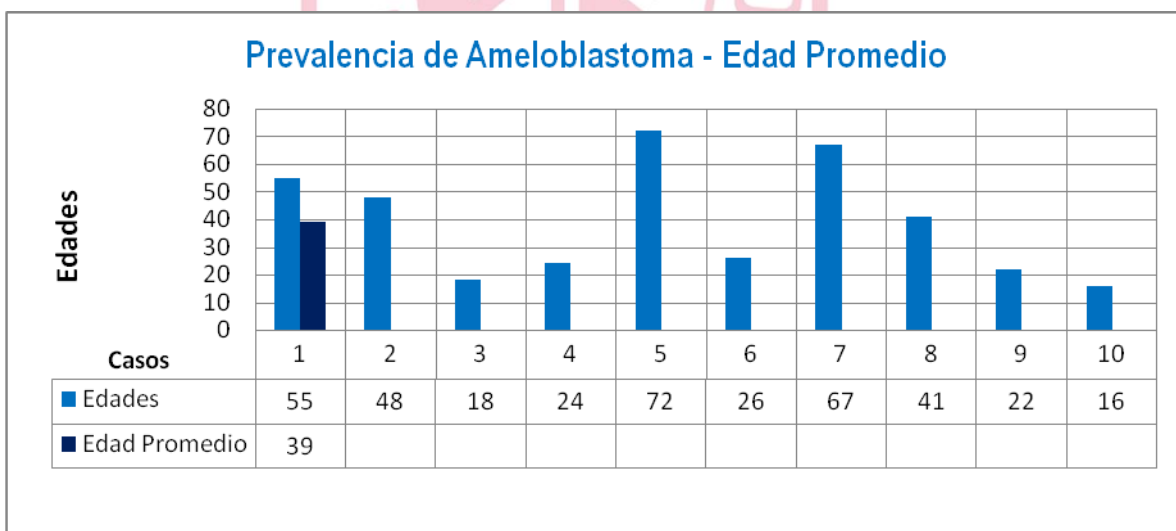
* La variación hace que la media sea una medida poco confiable

$$s = 20.7 \quad CV = 53.29 \%$$

* Si se eliminan los extremos y se halla una media recortada esta será mucho más representativa

$$\text{Media Recortada} = 38$$

GRÁFICO N°3



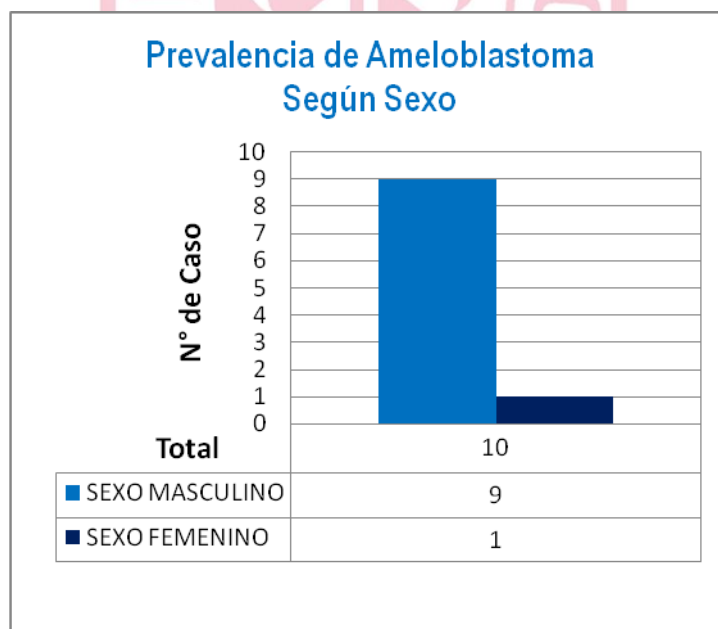
En el cuadro 3. Observamos la edad promedio de aparición en base a todas las edades registradas en cada historia clínica con diagnóstico ameloblastoma.

**PREVALENCIA DE AMELOBLASTOMA EN EL HOSPITAL NACIONAL 2 DE
MAYO DURANTE EL PERIODO ENERO 1998 – JULIO 2012
SEGÚN SEXO**

CUADRO N°4

Casos	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO	%
1	1		
2	1		
3	1		
4	1		
5	1		90
6	1		
7	1		
8	1		
9	1		
10		1	10
Total	9	1	100

GRÁFICO N°4



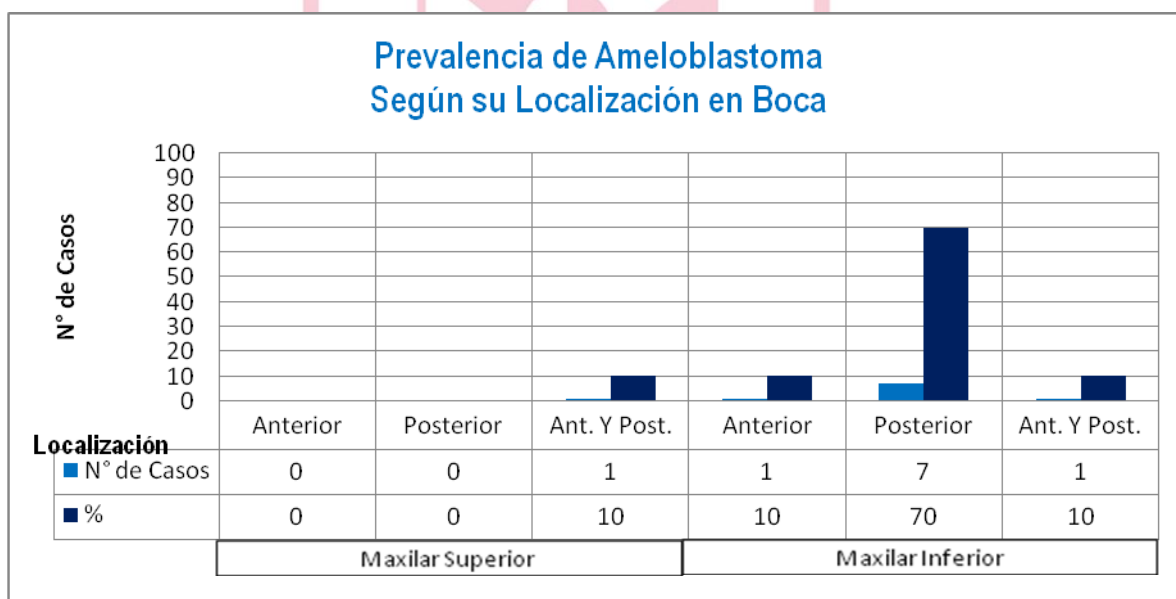
En el cuadro 4. Observamos que se presentó un predominio del sexo masculino con un 90% sobre el femenino con un 10%.

**PREVALENCIA DE AMELOBLASTOMA EN EL HOSPITAL NACIONAL 2 DE MAYO DURANTE EL PERIODO ENERO 1998 – JULIO 2012
SEGÚN SU LOCALIZACION EN BOCA**

CUADRO N°5

Lugar de ubicación	Sector	N° de Casos	%
Maxilar Superior	Anterior	0	0
	Posterior	0	0
	Ant. Y Post.	1	10
Maxilar Inferior	Anterior	1	10
	Posterior	7	70
	Ant. Y Post.	1	10
Total	Total	10	100

GRÁFICO N°5



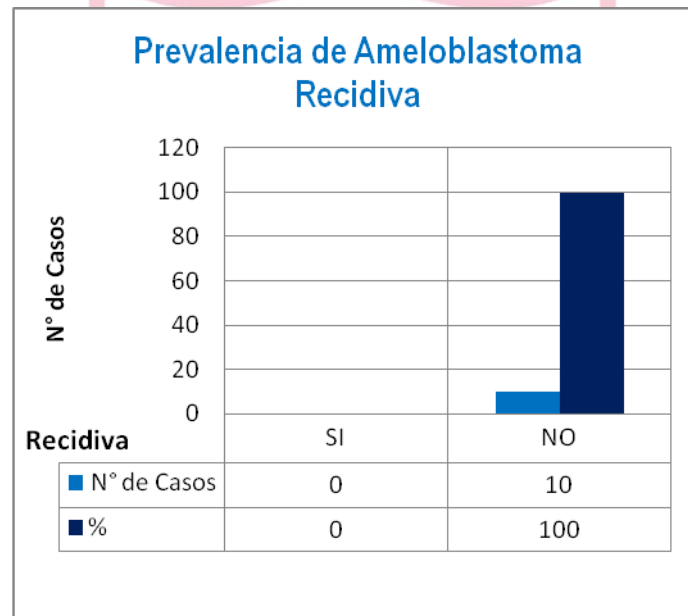
En el cuadro 5. Observamos que el lugar de ubicación de la lesión se presentó con mayor frecuencia en el maxilar inferior con un 90 % en comparación con el maxilar superior que presento un 10 %, y el sector que se afectó con mayor frecuencia fue el sector posterior mandibular con un 70 % del total de casos.

**PREVALENCIA DE AMELOBLASTOMA EN EL HOSPITAL NACIONAL 2 DE
MAYO DURANTE EL PERIODO ENERO 1998 – JULIO 2012
RECIDIVA**

CUADRO N°6

Recidiva	N° de Casos	%
SI	0	0
NO	10	100
Total	10	100

GRÁFICO N°6



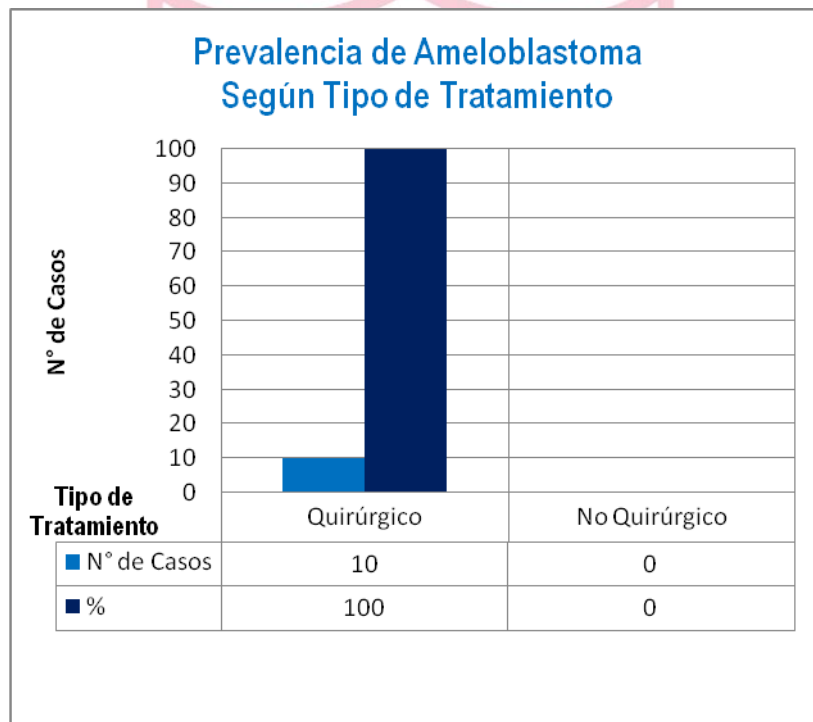
En el cuadro 6. Observamos que no se encontraron casos que reportaran recidivas post - operatorias.

**PREVALENCIA DE AMELOBLASTOMA EN EL HOSPITAL NACIONAL 2 DE MAYO DURANTE EL PERIODO ENERO 1998 – JULIO 2012
SEGÚN EL TIPO DE TRATAMIENTO**

CUADRO N°7

Tipo de Tratamiento	N° de Casos	%
Quirúrgico	10	100
No Quirúrgico	0	0
Total	10	100

GRÁFICO N°7



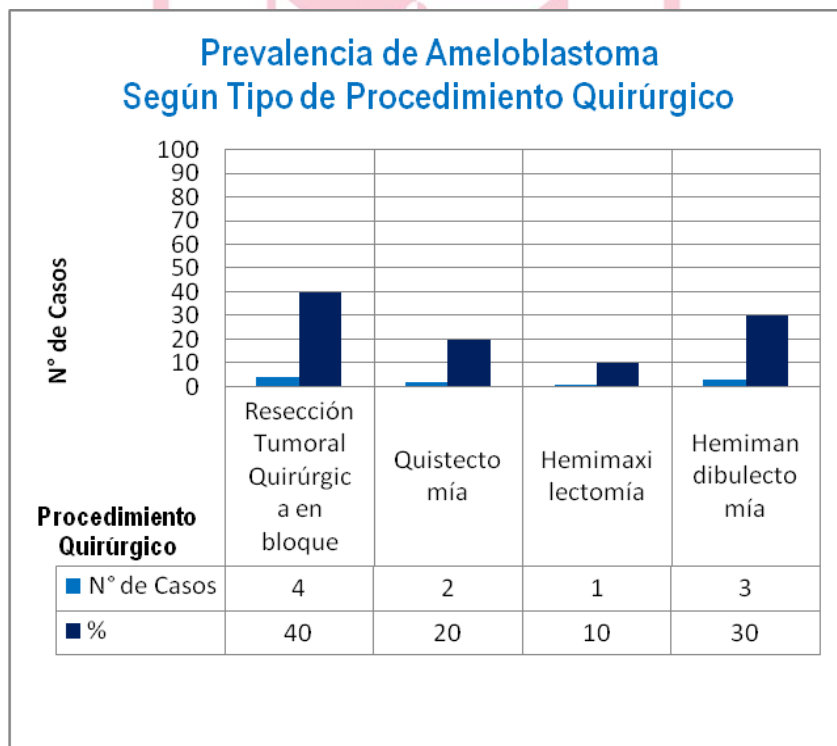
En el cuadro 8. Observamos que el tipo de tratamiento elegido fue quirúrgico en todos los casos.

**PREVALENCIA DE AMELOBLASTOMA EN EL HOSPITAL NACIONAL 2 DE MAYO DURANTE EL PERIODO ENERO 1998 – JULIO 2012
SEGÚN EL TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO**

CUADRO N°8

Procedimiento Quirúrgico	N° de Casos	%
Resección Tumoral Quirúrgica en bloque	4	40
Quistectomía	2	20
Hemimaxilectomía	1	10
Hemimandibulectomía	3	30
Total	10	100

GRÁFICO N°8



En el cuadro 9. Observamos que la mayor cantidad de procedimientos quirúrgicos utilizados en el tratamiento del ameloblastoma fue la resección tumoral quirúrgica en bloque con un 40%.

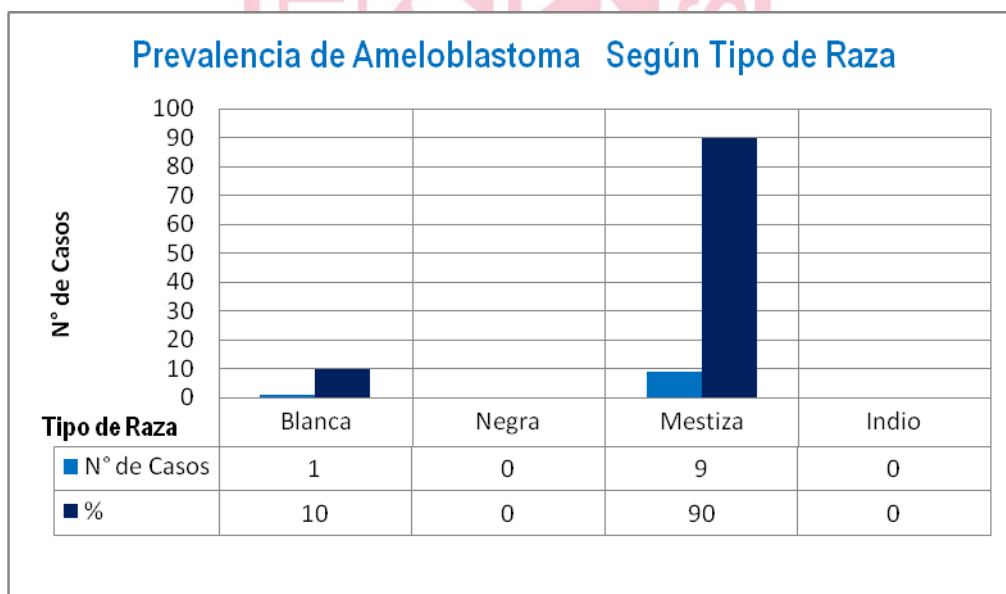
RESULTADOS COMPLEMENTARIOS

PREVALENCIA DE AMELOBLASTOMA EN EL HOSPITAL NACIONAL 2 DE MAYO DURANTE EL PERIODO ENERO 1998 – JULIO 2012 SEGÚN EL TIPO DE RAZA

CUADRO N°9

Tipo de Raza	N° de Casos	%
Blanca	1	10
Negra	0	0
Mestiza	9	90
Indio	0	0
Total	10	100

GRÁFICO N°9



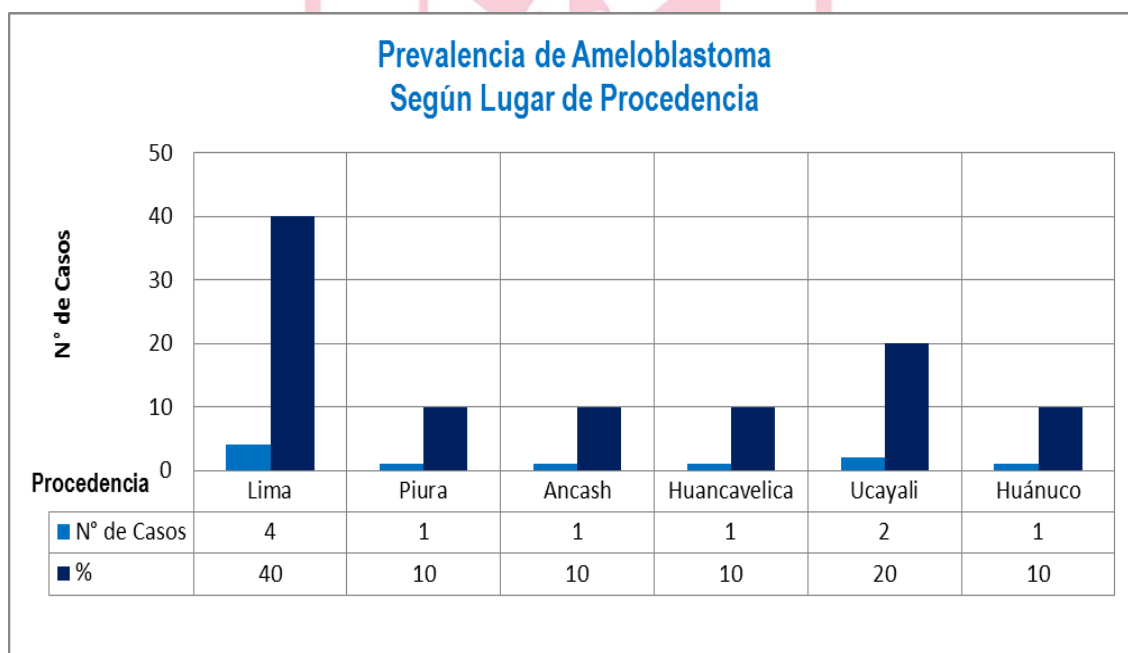
En el cuadro 10. Observamos que los pacientes que presentaron la mayor cantidad de casos diagnosticados como ameloblastoma fueron de raza mestiza con un 90%.

**PREVALENCIA DE AMELOBLASTOMA EN EL HOSPITAL NACIONAL 2 DE MAYO DURANTE EL PERIODO ENERO 1998 – JULIO 2012
SEGÚN EL LUGAR DE PROCEDENCIA**

CUADRO Nº10

Procedencia Región Natural	Procedencia Departamento	N° de Casos	%
Costa	Lima	4	40
	Piura	1	10
Sierra	Ancash	1	10
	Huancavelica	1	10
Selva	Ucayali	2	20
	Huánuco	1	10
Total	Total	10	100

GRÁFICO Nº10



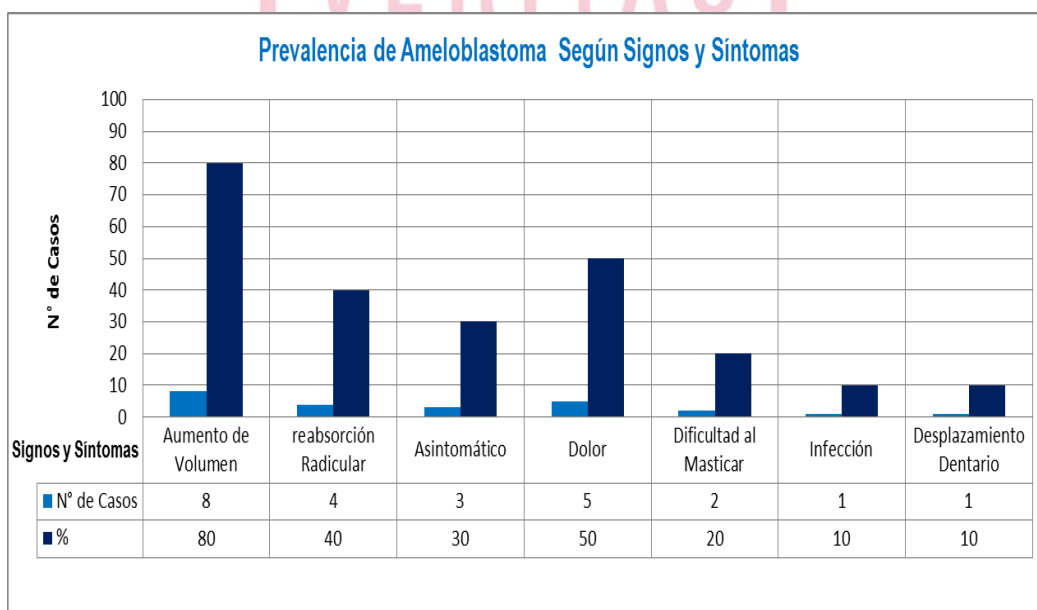
En el cuadro 11. Observamos que la mayor cantidad de pacientes con ameloblastoma tenían como lugar de procedencia la costa peruana con un 50%, y Lima fue el departamento del cual provenían la mayoría de casos con un 40%.

**PREVALENCIA DE AMELOBLASTOMA EN EL HOSPITAL NACIONAL 2 DE MAYO DURANTE EL PERIODO ENERO 1998 – JULIO 2012
SIGNOS Y SINTOMAS**

CUADRO Nº11

Signos y Síntomas	Nº de Casos	%
Aumento de Volumen	8	80
reabsorción Radicular	4	40
Asintomático	3	30
Dolor	5	50
Dificultad al Masticar	2	20
Infección	1	10
Desplazamiento Dentario	1	10

GRÁFICO Nº11



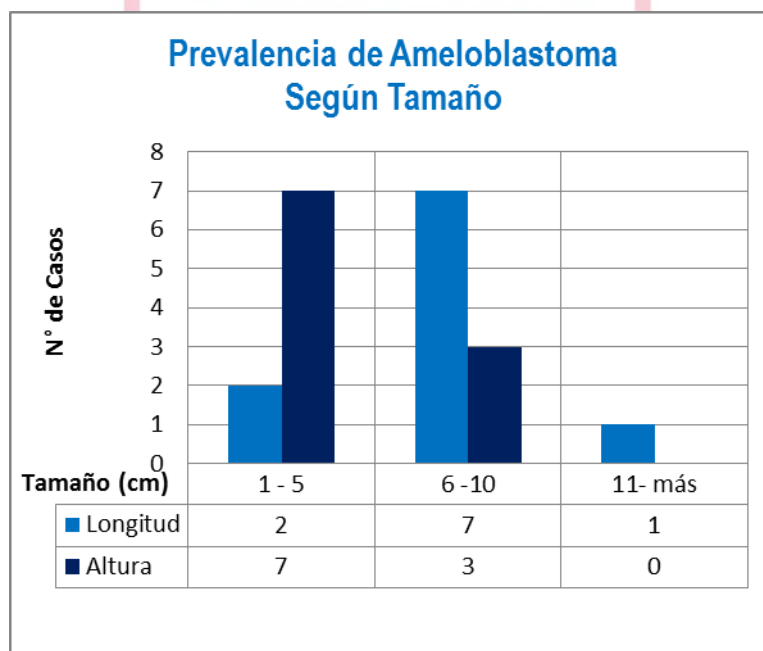
En el cuadro 12. Observamos que el motivo de consulta principal fue el aumento de volumen en el tercio inferior o medio de la cara con un 80% del total de casos, el dolor se presentó en un 50%, la reabsorción radicular en un 40%, el 30% del total fue asintomático, el 20% presentó dificultad al masticar y solo el 10% presentó un proceso infeccioso junto con la tumoración.

**PREVALENCIA DE AMELOBLASTOMA EN EL HOSPITAL NACIONAL 2 DE MAYO DURANTE EL PERIODO ENERO 1998 – JULIO 2012
SEGÚN TAMAÑO**

CUADRO N°12

TAMAÑO cm	N° de Casos			
	Longitud	%	Altura	%
1 - 5	2	20	7	70
6 -10	7	70	3	30
11- más	1	10	0	0
Total	10	100	10	100

GRÁFICO N°12



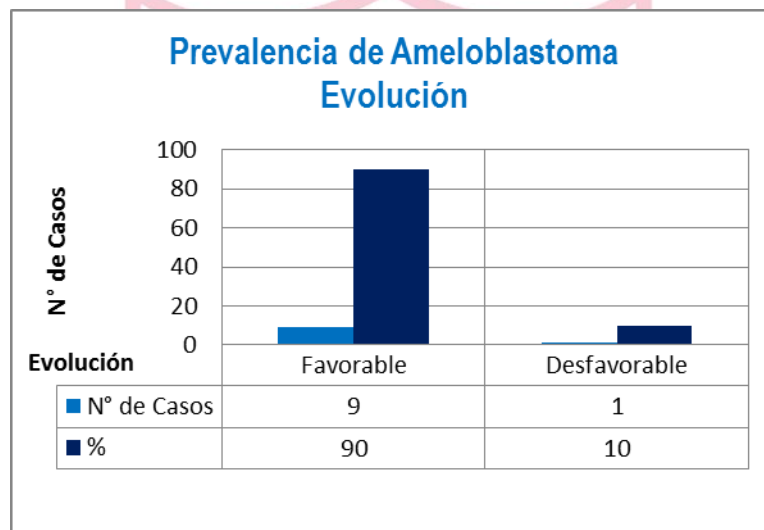
En el cuadro 13. Observamos que de acuerdo al tamaño registrado en 2 planos, la mayor frecuencia en longitud antero – posterior fue la de 6 – 10 cm con un 70% del total, y la mayor frecuencia de acuerdo a la altura de la lesión fue la de 1 – 5 cm con n 70% del total.

**PREVALENCIA DE AMELOBLASTOMA EN EL HOSPITAL NACIONAL 2 DE
MAYO DURANTE EL PERIODO ENERO 1998 – JULIO 2012
EVOLUCIÓN**

CUADRO Nº13

Evolución	Nº de Casos	%
Favorable	9	90
Desfavorable	1	10
Total	10	100

GRÁFICO Nº13



En el cuadro 14. Observamos que los pacientes evolucionaron favorablemente en un 90%, y de manera desfavorable en un 10% del total, siendo la causa de esta ultima la exposición de la placa de reconstrucción.

DISCUSIÓN

Los tumores odontogénicos son entidades poco frecuentes que aparecen en los huesos maxilares y tejidos que forman la cavidad bucal, estos representan el menor número de tumores de la zona maxilar.^{2, 6, 31} De ellos algunos tumores presentan un potencial bajo de crecimiento mientras que otros como el ameloblastoma son neoplasias benignas con un comportamiento agresivo,³¹ que en muchos casos es detectado cuando la enfermedad ya ocupa un gran espacio en el maxilar y tienen que ser removidas de manera quirúrgica grandes piezas operatorias, dejando espacios grandes en el maxilar que después tienen que ser rellenados mediante cirugías traumáticas de varias horas.

Por ello este estudio tiene por finalidad hallar la prevalencia del ameloblastoma en los maxilares en un número determinado de años, para saber cuan frecuente es la enfermedad, cual es su comportamiento y cuál es la población más vulnerable.

Por ello los resultados de la presente investigación demostraron que el ameloblastoma en los maxilares es un tumor poco frecuente presentándose en nuestro estudio en un promedio anual de 1 caso por año estando en concordancia con las investigaciones realizadas por Palomino P.² que encontró dentro de su investigación de tumores odontogénicos en un periodo de 7 años, 3 casos de ameloblastoma, al igual que García M.³² que encontró en su investigación una prevalencia de 2 casos por año de esta enfermedad, ambos estudios realizados en nuestro país. La edad promedio de aparición de esta patología en nuestra investigación fue la tercera década de vida, así lo confirman los estudios realizados por Caldas F y col.⁶ y Krishnapillai R y col.⁷ en el año 2010 en estudios realizados a 70 y 73 casos de ameloblastoma

respectivamente determinándose que la edad promedio de aparición estaba consignada entre los 21 – 30 años. A diferencia de Fernandez A y col.¹ que encontró en 154 casos de ameloblastoma una edad promedio de aparición en la segunda década de vida, al igual que Santana T y col.⁸ en su estudio a 60 casos de la misma patología que determinó que la edad promedio de aparición era la segunda década. El sexo masculino en nuestra investigación fue el sexo más afectado por esta patología coincidiendo este dato con el estudio realizado por Saghravarian N y col. ⁴ en el año 2010, donde de 165 tumores odontogénicos se determinó que la mayoría de ameloblastomas eran en pacientes de sexo masculino. A diferencia de las investigaciones realizadas por Santana T y col.⁸ en el año 2010 en 60 casos de ameloblastoma quien determinó que el sexo más afectado fue el femenino, y Fernandez A y col.¹ en su estudio a 340 casos quien determinó también que el sexo más afectado con esta patología fue el femenino, o como Caldas F y col.⁶ quien el año 2010 determinó que se podía presentar tanto en varones como en mujeres. Los resultados obtenidos de los estudios realizados por Fernandez A y col.¹, Palomino Mendoza ², Saghravarian N y col. ⁴, Santana T y col. ⁸, Ledesma C y col. ⁵, Caldas F y col. ⁶ y Krishnapillai R y col. ⁷ determinaron que la zona mandibular posterior a nivel de las molares es la zona que aloja por lo general al ameloblastoma hecho que coincide con nuestro estudio, ya que se determinó que la zona mandibular posterior alojaba la patología en el 70% de los casos. Por lo general esta patología presenta una tasa alta de recurrencia así lo demuestra en su estudio Krishnapillai R y col. ⁷, hecho que es contradictorio con los resultados obtenidos en nuestro estudio que demuestran que después de un resección quirúrgica con bordes libres de lesión no se presentaron

recurrencias en evaluaciones hechas al mes de operado, a los 6 meses y después de un año. Santana T y col.⁸ en su estudio de 60 casos de ameloblastomas identificó a la raza blanca como la raza que presentaba la mayor cantidad de casos, hecho que no coincide con nuestro estudio que identificó la mayor cantidad de pacientes 90% con esta patología en la raza mestiza. La costa peruana fue el lugar de mayor procedencia de estos casos. Esta enfermedad por ser de crecimiento lento presenta 2 estadios uno temprano que es cuando la enfermedad se hace presente sin sintomatología y uno tardío cuando ya está establecida³² y se hace evidente la enfermedad presentando algunos signo y síntomas como el aumento de volumen que se presento en nuestro estudio en el 80% de los casos, seguido de dolor en un 40% y reabsorción radicular que genera movilidad dentaria en un 30%, que coincide con la investigación de Krishnapillai R y col.en el año 2010 que encontraron en un estudio de 73 casos de ameloblastoma que la mayoría presentaba tumoración de la zona afectada 87.7%, seguida de dolor 41.1% y movilidad dentaria 13.7%. Por lo general esta patología es altamente invasiva ocupando grandes porciones óseas de los maxilares, en nuestra investigación se hallo que el tamaño promedio de esta patología oscilaba en un rango entre 6 – 10 cm de longitud en 70% de los casos, siendo coincidente con la investigación realizada por Ledesma C y col. el año 2007 done se determinó que la longitud promedio era de 6.2 cm de largo, en tanto Krishnapillai R y col.⁷ determinó que la longitud promedio estaba dada en un rango más amplio, entre 2 – 14 cm, y Santana T y col.⁸ determinó un tamaño menor precisando un rango entre 3.5 – 6.0 cm de largo en 55% de los casos. El tratamiento de elección cuando existe un ameloblastoma en cualquiera de los maxilares es la

resección quirúrgica^{21,24,28,29,30} y el comportamiento seguido en nuestro estudio coincide con este hecho.



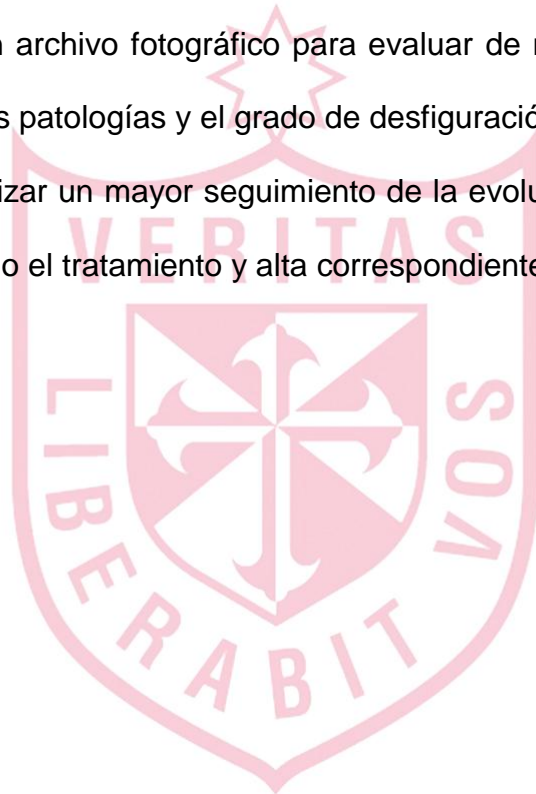
CONCLUSIONES

En vista a los resultados del presente estudio, concluimos que:

1. En nuestro estudio el Ameloblastoma presento 14 casos en 13 años, representando el 15.38% del total de T.O. presentados en este periodo.
2. El Ameloblastoma se presentó con mayor frecuencia en la tercera década de vida, representando el 30% del total.
3. El cuadro clínico predominante de esta enfermedad fue la aparición de aumento de volumen en un 80%, seguido de dolor en un 50% y movilidad dentaria en un 40%.
4. El Ameloblastoma en nuestro estudio se presento más en varones que en mujeres, estando en una relación de 9/1.
5. La recurrencia de la enfermedad estuvo supeditada a la ausencia de la lesión en los bordes libres que se dejan después de la resección quirúrgica, no presentándose casos con recurrencias en nuestra investigación.
6. En este estudio la zona de mayor prevalencia se presentó en la zona mandibular posterior, presentándose en un 70% del total.
7. El 90% de casos en nuestro estudio se halló en la raza mestiza.
8. El 40% de casos reportó Lima como su lugar de procedencia.
9. El 70% de Ameloblastomas en nuestro estudio preciso una longitud entre 6 – 10 cm y una altura entre 1 – 5 cm.
10. La resección quirúrgica en bloque fue el tratamiento más utilizado en este grupo poblacional, siendo el 40% del total.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere establecer un protocolo de recolección de datos en las historias clínicas a nivel nacional que permitan llevar a cabo seguimientos y controles de los factores asociados a esta neoplasia.
2. Se recomienda realizar trabajos similares a este en otros hospitales del país, a fin de tener una referencia estadística completa de la cantidad de pacientes que padecen esta enfermedad y poderles ofrecer tratamiento.
3. Se sugiere tener un archivo fotográfico para evaluar de manera objetiva en el tiempo las diferentes patologías y el grado de desfiguración que producen.
4. Se recomienda realizar un mayor seguimiento de la evolución de los pacientes después de realizado el tratamiento y alta correspondiente.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Fernández A, Barroso E, Garcia F, Napier L, Rodrigues V, Alves R, Ferreira M. Odontogenic tumors: a study of 340 cases in a Brazilian population. *J Oral Pathol Med.*2005;34(7): 583 – 7.
2. Palomino P. Prevalencia de tumores odontogénicos en pacientes atendido en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el 2000 al 2007. (tesis CD).Lima:UNMSM; 2008.
3. Faria L, David L, Ribeiro D, Felino A. Odontomas: A clinicopathologic study in a Portuguese population. *Quintessence Internacional.*2009;4(1):61-72.
4. Saghravarian N, Jafarzadeh H, Bashardoost N, Pahlavan N, Shirinbak N. Odontogenic tumors in an Iranian population: a 30-year evaluation. *Journal of Oral Science.*2010;52(3):391-396.
5. Ledesma C, Mosqueda A, Bregni R, Romero E, Palma J, Paez C, Meneses A. Ameloblastomas: a regional Latin-American multicentric study. *Journal Oral Diseases.*2007;1(3):303-307.
6. Caldas F, Araújo L, Araújo C, Teixeira M, Almeida R, Dos Santos J. Clinicopathological and demographic characteristics of ameloblastomas in a population from Bahia, Brazil. *Rev. Odonto Cienc.*2010; 25(3):250-255.
7. Krishnapillai R, Angadi P, BDS, MDS, DNB. A clinical, radiographic, and histologic review of 73 cases of ameloblastoma in an Indian population. *Quintessence Internacional.*2010;4: e90-e100.

8. Santana T, Arias A, Linard R, Azoubel A, Sávio E, Dias E. Ameloblastoma en población del noreste de Brasil: un estudio retrospectivo de 60 casos. *Rev. Cubana Estomatol.*2010;47(2):199-206.
9. Gutierrez J, Infante P, Torres D. Atlas de Tumores Odontogénicos. 1ª.ed.Sevilla:Ed Universidad de Sevilla; 2006.
- 10.Laskaris G. Color Atlas of Oral Diseases. 3ª.ed.Atenas:Ed Thieme; 2003.
- 11.Raspall G. Cirugía maxilofacial: Patología quirúrgica de la cara, boca, cabeza y cuello. 1ª.ed.Madrid:Ed Médica Panamericana; 1997.
- 12.Ruiz R. Diccionario médico. 2ª.ed.Barcelona:Ed Teide; 1992.
- 13.Philip J, Eversole L, Wysochi G. Patología Oral y Maxilo Facial Contemporanea. 2ª.ed.Madrid:Ed Elsevier; 2005.
- 14.Moore K, PhD, FIAC, FRSM. Embriología Clínica: El desarrollo del ser humano. 7ª.ed.Madrid:Ed Elsevier; 2004.
- 15.Ceccotti E, Sforza R, Carzoglio J, Luberti R, Flichman J. El diagnóstico en clínica estomatológica. 1ª.ed.Buenos Aires:Ed Panamericana; 2007.
- 16.Navarro C, García F, Ochandiano S. Cirugía Oral. 1ª.ed.Madrid:Ed Aran; 2008.
- 17.Argandoña J, Espinoza J. Ameloblastoma unicístico, bases del tratamiento conservador. Presentación de caso clínico y actualización. *Rev Española de Cirugía Oral y Maxilofacial.*2010;32(2):88-91.
- 18.Gupta N, Saxena S, Rathod V, Aggarwal P. Unicystic ameloblastoma of the mandible. *J of Oral and Maxilofacial Pathology.*2011;5:228-231.
- 19.Zamorano R, Rocha L, Nuñez C, Espinola D, Haito V, Gonzales M. Ameloblastoma mandibular muy agresivo. *Rev Chilena de Cirugía.*2008;60(4):339-343.

20. Alvares P, Bonder A, Goldberg P, Gutierrez A, Bonder D, Rosas E. Ameloblastoma uniuquístico reporte de un caso. Rev de la Asoc Dental Mexicana. 2003;60(4):145-149.
21. Levi F, Radi J, Del Valle A. Ameloblastoma: Reporte de diez casos y revisión de la literatura. Rev Fac de Odont Univ de Antioquia. 2004;15(1):1-10.
22. Martínez J, Sanchez E, Almeida F, Carrillo R. Ameloblastoma desmoplásico. Rev Esp de Cirugía Oral y Maxilofacial. 2010;32(1):14-20.
23. Rangare A, Gogineni S, Priya S, Shetty S. Desmoplastic ameloblastoma – a report of two clinical cases. Braz J Oral Sci. 2010;9(2):137-141.
24. Vagner F, Guimaraes R, Bianchi M, Neves A. Tratamiento de ameloblastoma. Rev Gaucha de Odont. 2010;58(1):123-126.
25. Torres D, Infante P, Hernandez J, Guitierrez J. Ameloblastoma mandibular: Revisión de la literatura y presentación de 6 casos. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2005;10:231-238.
26. Reyes J, Loera L. Ameloblastoma artículo de revisión. Med Oral. 2008;10(4):103-107.
27. Vargas G, Liceaga R, Trujillo J, Liceaga C. Tratamiento de los ameloblastomas. Analisis de 26 casos. Rev Mex de Cir Bucal y Maxilofacial. 2010;6(2):66-72.
28. León G. Estudio epidemiológico de tumores odontogénicos diagnosticados en un laboratorio de patología oral y maxilofacial en Guatemala. (tesis CD). Guatemala: UFM; 2000.
29. Gawson R, Odell E. Fundamentos de Medicina y Patología Oral. 8ª. ed. Barcelona: Ed Elsevier; 2009.

30. Basones A. Medicina Bucal. 3ª.ed. Madrid: Ed Avances Medico – Dentales; 2004.
31. Palma J, Ledesma C, Gonzales L, Figueroa S. Tumores Odontogénicos en Puebla. Rev de la Asoc Dental Mex. 1999;56(5):187-190.
32. García M. Ameloblastoma en el maxilar inferior. Estudio de 12 casos en el H.G.N Arzobispo Loayza Enero 1984 – Enero 1989. (tesis CD). Lima: USMP; 1993.
33. Yañez R, Gamboa C, Martínez J, Orellana E, Clavero J, Goñi I, Torres J, Jarufe N. Ameloblastoma mandibular maligno con metástasis hepática y pulmonar. Rev Chil Cir. 2009;61(5):458-462.
34. Yadapalli S, Sairyo K, Vijay G, Robon M, Biyani A, Khandha A. Biomedical Rationale for Using Polyetheretherketone (PEEK) Spacers for Lumbar Interbody Fusion – A Finite Element Study. SPINE. 2006;31(26):E992-E998.
35. Weihe S, Wehmoller M, Schliephake H, Haffeld S, Tschakaloff A, Raczowsky J, Eufinger H. Journal Oral Maxillofac Surg. 2000;29:384-388.
36. Matthew M, Neha G, De Monte F. Calvarian reconstrucción with polyetheretherketone implants. Head and Neck Surgery. 2008;62(6):653-655.
37. Scolozzi P, Martínez A, Jaques B. Complex Orbito-fronto-temporal Reconstruction. Journal of Craniofacial Surgery. 2007;18(1):224-228.
38. Frodel J. Computer-Designed Implants for Fronto-Orbital Defect Reconstruction. Facial Plast Surg. 2008;24(1):22-34.

- 39.Solar R, Cabrera C, Robano A, Martinez F. Tratamiento quirúrgico-protético de las secuelas por intento de autoeliminación con arma de fuego. Oral Año 12. 2011:39:777-781.
- 40.Romero J, Reyes J. Injertos óseos: Revisión bibliográfica. Medicina Oral. 2000:4(2):114-118.



ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nº HCL:

Fecha:

Nº de Ficha Patología:

Género:

Masculino

Femenino

Edad: _____

Grupo Etario:

01 – 10

41 – 50

11 – 20

51 – 60

21 – 30

61 – 70

31 – 40

71 – mas

Raza:

Blanca

Negra

Mestiza

Indio

Lugar de Procedencia: _____

Signos y Síntomas:

Asintomático

Asimetría Facial

Alteración de la oclusión

Desplazamiento dentario

Dificultad al masticar

Reabsorción radicular

Dolor

Infección

Fractura patológica

Parestesia

Trismos

Otros: _____

Localización del tumor:

Maxilar Superior:

Anterior

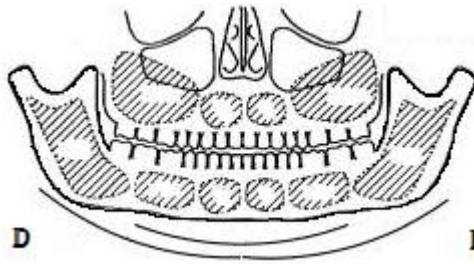
Posterior

Maxilar Inferior:

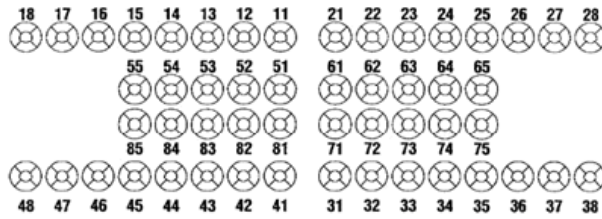
Anterior

Posterior

Tamaño: _____ X _____ cm.



Piezas comprometidas:



Tipo de ameloblastoma:

- Uniquístico
- Sólido – multiquístico
- Desmoplástico
- Extraóseo – periférico
- Metastatizante / maligno

Aspecto Radiográfico:

- Unilocular
- Multilocular
- Definido
- No definido

Tipo Histológico:

- Folicular
- Plexiforme
- Acantomatoso
- Células granulosas
- Células basales

Evolución post – quirúrgica:

- Evolución favorable
- Evolución desfavorable

Recidiva post – quirúrgica:

- Si
-

ANEXO 2

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

CASO N°1 (Año 2011)

Paciente de sexo masculino de 26 de edad, natural de Ucayali, procedente de Ucayali, que inicia la enfermedad hace 1 año antes de su ingreso con una tumoración a nivel del surco amular de la hemiarcada mandibular izquierda, de sensación dolorosa, refiere que acude a un “Sanatorio” de su localidad donde le recetaron analgésicos, sintió mejoras y siguió con su rutina, un mes después sintió dolor en la misma zona y decidió acudir donde un odontólogo, donde le realizaron la exodoncia de la pieza 3.8, no presento complicaciones inmediatas aparentes hasta la cicatrización de la herida, 2 meses después reapareció el dolor con un aumento de volumen constante en la zona, por lo que acude a un Hospital en Huancayo donde se atendió y le diagnosticaron Ameloblastoma y lo derivaron al Hospital Nacional 2 de Mayo, donde queda hospitalizado.

Niega antecedentes de asma, alergias y enfermedades crónicas. Niega antecedentes quirúrgicos. Refiere que su madre tiene diabetes y fue operada de cáncer de cuello uterino.

Examen físico de ingreso: FC: 75 x ' , FR: 17 x ' , T°: 37 °C, PA: 120/80 mmhg; estado general de ingreso: aparentemente de buen estado general; estado de conciencia: lucido y orientado en tiempo, espacio y persona, sin presencia de lesiones, de facie dolorosa.

Examen clínico de ingreso: Examen extraoral: forma del cráneo – normocéfalo, forma de la cara – normofacial, perfil A – P: convexo, perfil vertical: normodivergente; tejidos blandos: incremento de volumen en la región retromolar que se extiende desde el surco amular hasta la según molar, engrosado en lingual; tejidos duros: forma de la arcada del maxilar superior

ovoidal, del maxilar inferior ovoidal, edentulo parcial superior e inferior, sin diastemas y apiñado, sin anomalías dentarias.

Al ingreso se solicitó exámenes de laboratorio donde el antígeno de superficie Hepatitis B resulto reactivo, el hemograma mostro 2292 eosinófilos (25%).

Plan de tratamiento: se realizó un procedimiento quirúrgico que consistió en una hemimandibulectomía del lado izquierdo, se colocaron una placa y tornillos de titanio junto con injerto autólogo vascularizado de peroné, se realizó el bloqueo intermaxilar al termino de la cirugía con tornillos de titanio y ligas, el proceso quirúrgico duro 12 horas, después del cual el paciente fue trasladado al área de recuperación donde fue monitoreado y se estabilizaron sus signos vitales.

Evolución: El paciente fue trasladado al área de hospitalización tiempo en el cual se indicó dieta líquida, cambios de apósito diarios, curaciones, ciprofloxacino de 500 mg V.O C/12h, clintamicina 300mg V.O c/8h, ketoprofeno 10mg V.o c/8h y ranitidina 300 mg V.O c/12h, transcurrido 6 días fue dado de alta, tres semanas después se retiran las ligas y se indica dieta blanda, tres días más tarde se retiran los tornillos de fijación y se indica terapia física. Se cita al paciente para su control al mes y presenta una evolución favorable.

Queda pendiente la evolución tomográfica con reconstrucción en 3D para evaluar la no reabsorción del hueso y la integración entre el injerto y los bordes libres de lesión.



Fig. 1 Fotografía de frente de paciente con ameloblastoma.



Fig. 2 Imagen intraoral.



Fig. 3 Tumoración a nivel de la primera molar inferior izquierda.

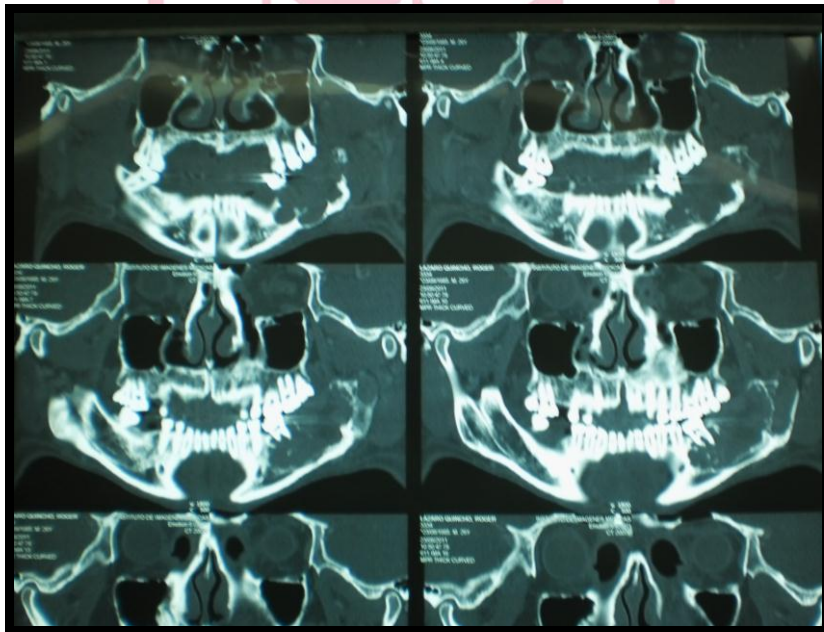


Fig. 4 Tomografía axial computarizada en un corte coronal panorámico.

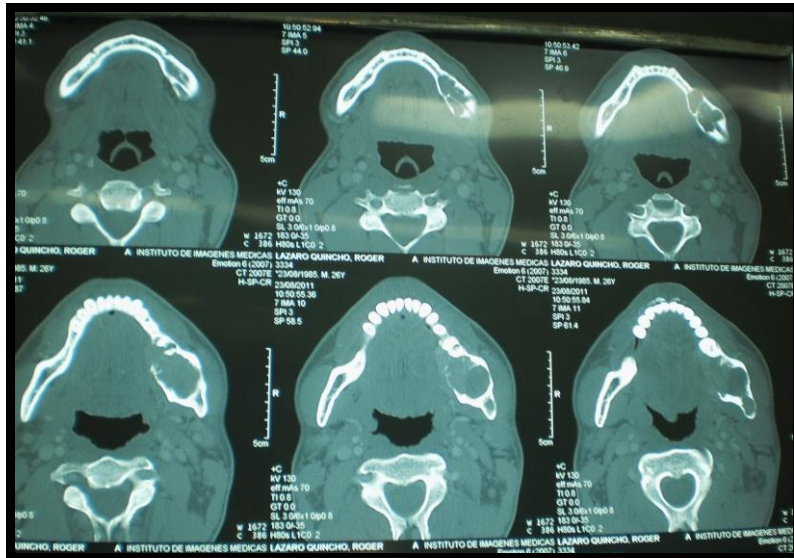


Fig. 5 Tomografía axial computarizada en un corte transversal.

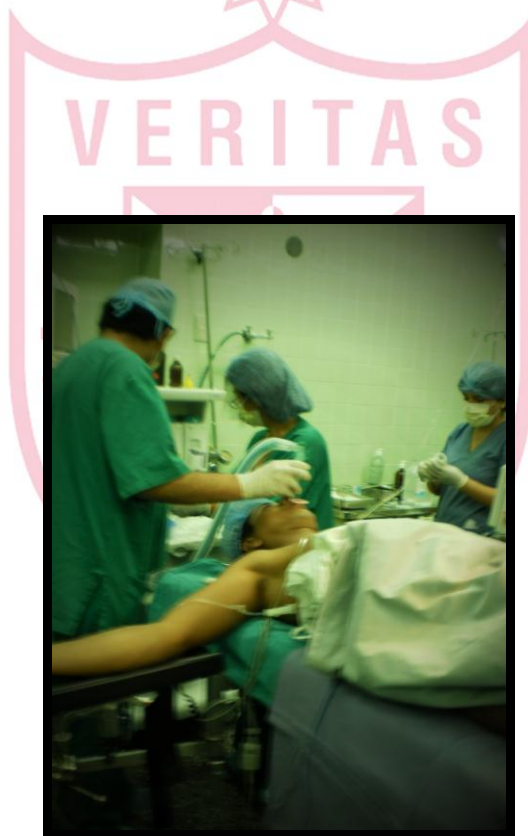


Fig. 6 Inducción anestésica.



Fig. 7 Limpieza quirúrgica con yodopovidona de la región mandibular izquierda.



Fig. 8 Limpieza quirúrgica con yodopovidona de la zona externa de la pierna a nivel del peroné.



Fig. 9 Incisión de la zona inferior mandibular izquierda desde el mentón hasta el ángulo mandibular.

VERITAS



Fig. 10 Retiro del injerto de peroné y resección de la hemimandibula izquierda realizadas al mismo tiempo.



Fig. 11 Hemimandíbula izquierda con ameloblastoma vista lingual.



Fig. 12 Hemimandíbula izquierda con ameloblastoma vista vestibular.

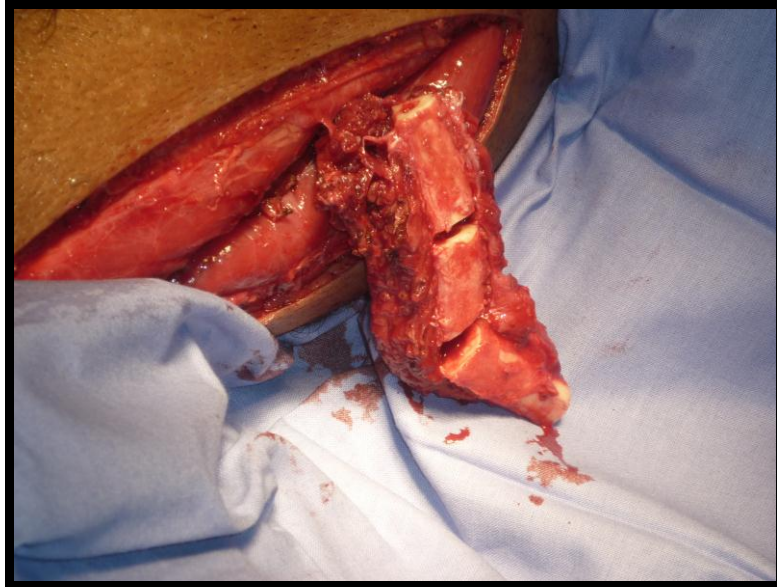


Fig. 13 Autoinjerto de peroné izquierdo vascularizado.

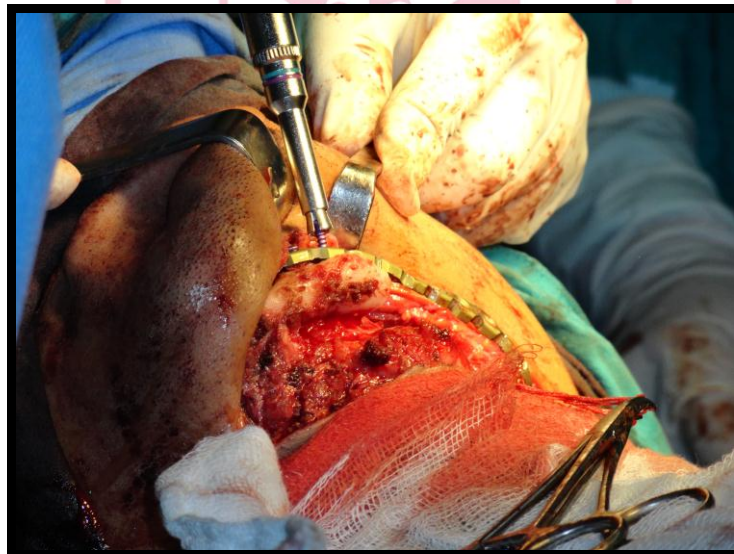


Fig. 14 Fijación de placa mandibular preformada con tornillos de titanio



Fig. 15 Revascularización con microscopio

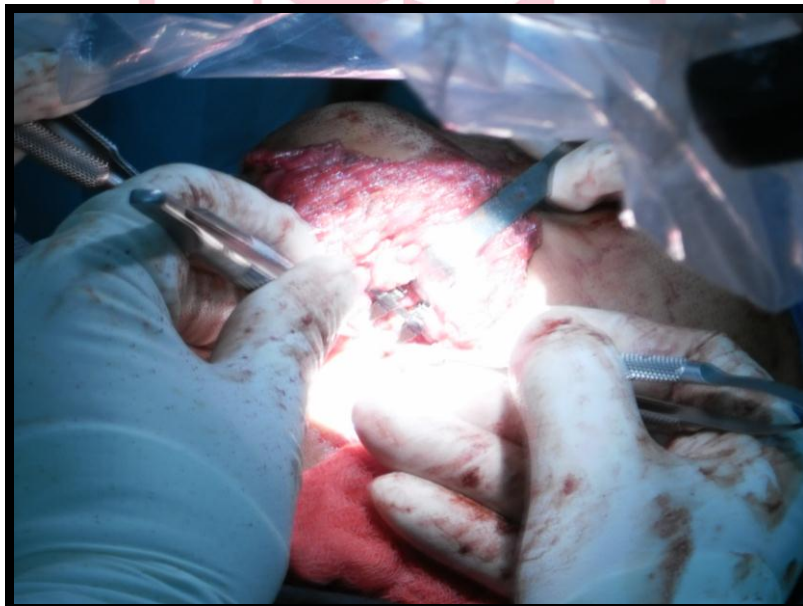


Fig. 16 Revascularización de la arteria facial con la arteria tibial anterior



Fig. 17 Placa mandibular preformada de titanio con autoinjerto de peroné colocados en paciente con ameloblastoma.



Fig. 18 Sutura con vicril 000.



Fig. 19 Materiales de colocación, perforación, fijación, placa mandibular preformada de titanio y tornillos no autoperforantes de titanio.

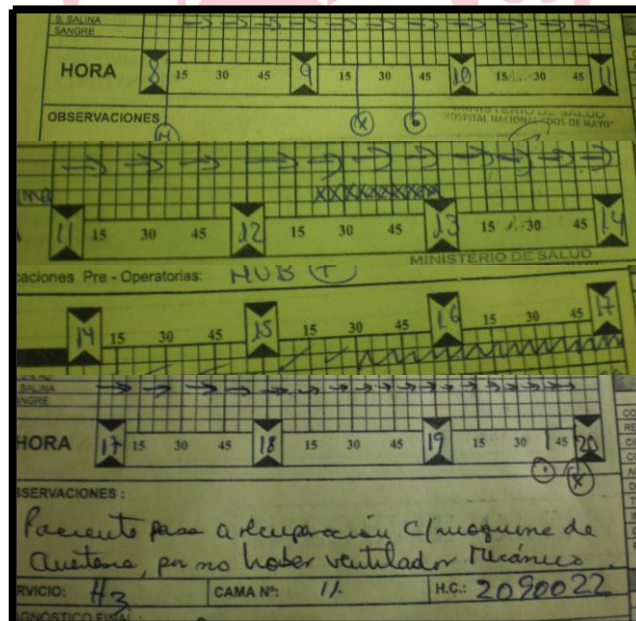


Fig. 20 Tiempo transcurrido en la cirugía.



Fig. 21 Recolección de historias clínicas de los archivos de estadística.



Fig. 22 Revisión de historias clínicas seleccionadas y llenado de fichas.



Fig. 23 Revisión de los informes y archivos de patología

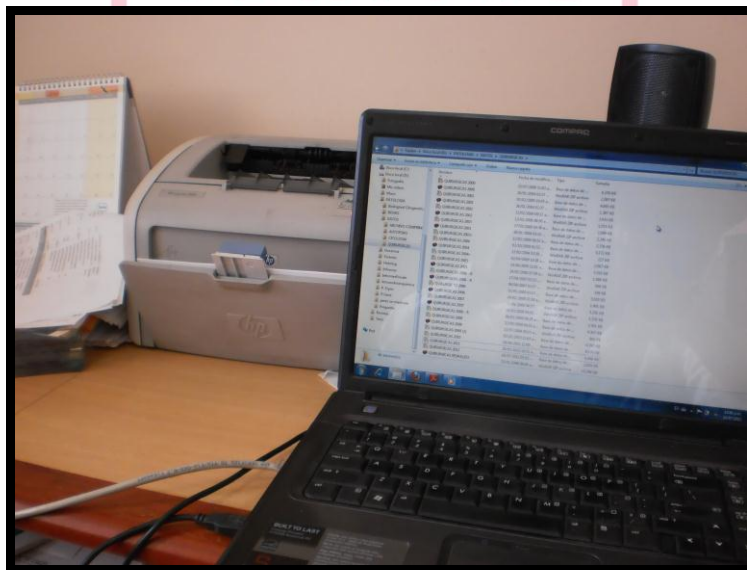


Fig. 24 Base de datos words de patología