



Universidad Autónoma del Estado de México

Facultad de Odontología

Licenciatura en Cirujano Dentista

Tesis

***REPORTE DE CASO DE AMELOBLASTOMA
CONVENCIONAL: BRECHA ECONÓMICA PARA EL
TRATAMIENTO***

Presenta:

P. C. D. Daniela Cuevas Magdaleno

Director de Tesis:

Dr. en Est. Víctor Hugo Toral Rizo

Revisoras de Tesis:

Dra. En C.S. Edith Lara Carrillo

E. en P y M.B. Violeta Evelyn Flores Solano



Toluca, Estado de México, noviembre de 2023.

ÍNDICE

1. Marco teórico	4
1.1. Tumores odontogénicos	4
1.2. Clasificación de Tumores odontogénicos de la OMS	4
1.3. Ameloblastoma	4
1.3.1. Historia	5
1.3.2. Epidemiología	5
1.3.3. Etiología	6
1.4. Tipos de ameloblastoma	6
1.4.1. Ameloblastoma Convencional	7
1.4.1.1. Características Clínicas	7
1.4.1.2. Características radiográficas	7
1.4.1.3. Características histológicas	7
1.4.2. Ameloblastoma Uniquístico	9
1.4.2.1. Características clínicas	9
1.4.2.2. Características radiográficas	9
1.4.2.3. Características histológicas	9
1.4.3. Ameloblastoma periférico/ extraóseo	10
1.4.3.1. Características clínicas	10
1.4.3.2. Características radiográficas	10
1.4.3.3. Características histológicas	10
1.4.4. Ameloblastoma metastásico	11
1.4.4.1. Características clínicas	11
1.4.5. Carcinoma ameloblástico	11
1.4.5.1. Características clínicas	12

1.4.5.2. Histopatología	12
1.5. Tratamiento.....	13
1.5.1. Dificultades del tratamiento	14
1.5.2. Calidad de vida después del tratamiento	15
2. Antecedentes	16
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
4. JUSTIFICACIÓN	19
5. OBJETIVOS	21
5.1. Objetivo general	21
5.2. Objetivo específico	21
6. MATERIALES Y MÉTODOS.....	22
7. Reporte de caso.....	23
8. Resultados	26
9. Implicaciones bioéticas	29
10. Discusión.....	32
11. Conclusiones	35
12. Bibliografía	36
13. Anexos	40

1. Marco teórico

1.1. Tumores odontogénicos

Los tumores odontogénicos son entidades patológicas que se desarrollan específicamente en la mandíbula o maxilar a partir de tejidos odontogénicos y sus remanentes. La mayor parte son benignos, aunque algunos presentan características localmente invasivas y agresivas con un alto índice de recurrencia. Conforman el 1% de todos los tumores de cavidad bucal.¹

1.2. Clasificación de Tumores odontogénicos de la OMS

Según la Organización Mundial de La Salud (2022), se clasifican en tumores de origen epitelial, origen mixto y mesenquimal.²

Origen Epitelial	Origen Mixto	Origen mesenquimal
-Ameloblastoma	-Fibroma ameloblástico	-Fibroma odontogénico
-Tumor Odontogénico escamoso	-Tumor odontogénico primordial	-Mixoma odontogénico/mixofibroma odontogénico
-Tumor odontogénico epitelial calcificante	-Odontoma complejo	-Cementoblastoma
-Tumor odontogénico adenomatoide	-Odontoma compuesto	-Fibroma cemento-osificante
	-Tumor dentinogénico de células fantasma	

1.3. Ameloblastoma

La OMS define el ameloblastoma como una neoplasia intraósea benigna de origen epitelial, se caracteriza por la expansión del hueso cortical, de crecimiento lento, si no se extirpa de manera adecuada, tiene una alta predisposición a la recurrencia local.¹

1.3.1. Historia

Los ameloblastomas fueron descritos por primera vez en 1827 por Cusack.³ En 1868 Broca registró el primer caso de Ameoblastoma.⁴ En 1879 Falkson modificó la primera descripción histológica, más tarde en 1885, el médico francés Louis Charles Malassez lo define como adamantinoma-epitelioma, del griego adamantinos, que significa muy duro.^{3,5} Puesto que desde el punto de vista histológico se puede originar de diversos componentes de la odontogénesis como restos epiteliales de Malassez, epitelio reducido del esmalte, células basales de la mucosa bucal y remanentes de la lámina dental.³ En 1973 Thoma, describe la denominación incorrecta de adamantinoma, ya que lo describe como un tumor que produce tejido adamantino, cuando en realidad es una entidad de consistencia blanda y/o fibrosa.⁶

1.3.2. Epidemiología

Su incidencia se aprecia en 0,5 casos por millón de personas al año en todo el mundo, en China y Sudáfrica se presentan con más frecuencia representando el ameloblastoma el 14% de todas las lesiones tumorales de maxilar y mandíbula.^{1,7}

Se encuentra en la cuarta a la quinta década de la vida y no existe la predisposición en cuanto al sexo, ^{5,8} hombres y mujeres son igualmente afectados, aunque la edad promedio se encuentra entre los 35 años.⁸ Algunos autores han reportado casos en niños afectando entre el 8.7 y 15% de todos los casos.⁸

Alrededor del 80% de los casos de ameloblastomas, se presentan en la mandíbula, la zona anatómica más afectada es el segmento posterior de la mandíbula, seguido de la región anterior de la mandíbula, zona posterior de maxilar superior y anterior de éste.¹

En un estudio realizado en nueve instituciones regionales de Diagnóstico Oral y Patología General de México y Guatemala, los ameloblastomas abarcaron el 22,7% de 742 casos de tumores odontogénicos.⁹

Por otra parte, en un estudio realizado sobre tumores odontogénicos en cuatro servicios de patología diagnóstica en la Ciudad de México, la incidencia comprende al ameloblastoma en un 23.7% de los 349 casos analizados.¹⁰

1.3.3. Etiología

La etiología del ameloblastoma aún resulta desconocida, aunque surgen de las células responsables de la odontogénesis, tales como restos del epitelio odontogénico, restos celulares de la lámina dental, un órgano del esmalte en desarrollo, el revestimiento de un quiste odontogénico o las células basales de la mucosa oral.^{1,11}

Se han identificado diferentes vías de señalización que participan en el desarrollo de estas neoplasias; B-raf protooncogén serina/treonina quinasa (BRAF) es una proteína asociada en el comportamiento de los ameloblastomas, relacionada con mecanismos celulares como el metabolismo y proliferación.^{1,7}

Las mutaciones de genes que participan en el progreso del ameloblastoma pertenecen a la vía de señalización MAPK, siendo la más común BRAFV600E (en el que la valina es sustituida por ácido glutámico en aminoácido 600) y tiende a estar presente de mutaciones adicionales que incluyen KRAS, NRAS, HRAS y FGFR2 que puedan estar implicadas en su comportamiento. La alta frecuencia de estas mutaciones destaca la importancia de la vía MAPK en la patogénesis.^{1,7}

1.4. Tipos de ameloblastoma

El ameloblastoma es de los más comunes de todos los tumores odontogénicos, a su vez se clasifica de acuerdo con la OMS 2022.²

Ameloblastoma Convencional	Ameloblastoma Uniquístico	Ameloblastoma periférico/ extraóseo	Ameloblastoma metastásico
Variantes Histológicas: -Folicular -Plexiforme -Basaloide -Desmoplásico -Acantomatoso -Células granulares	Variantes Histológicas: -Luminal -Intraluminal -Mural	Variantes Histológicas: Las mismas que el Ameloblastoma Convencional	Variantes Histológicas: Las mismas que el Ameloblastoma Convencional. ^{1,12}

En esta clasificación de 2022 se agrega el tipo de Ameloblastoma adenoide. ²

1.4.1. Ameloblastoma Convencional

Anteriormente en la clasificación de la OMS de 2005, se conocía a este tipo de ameloblastoma como sólido/multiquístico, en 2017 la OMS discontinuó el uso de dicho término, ya que la mayoría de los ameloblastomas convencionales muestran degeneración quística sin diferencia biológica en el comportamiento, ¹¹ se eliminó ya que no tiene importancia pronóstica y puede llevar a confusión con el ameloblastoma unikuístico.¹³

1.4.1.1. Características Clínicas

El ameloblastoma convencional a menudo se caracteriza por un crecimiento lento asintomático, alcanzando dimensiones muy extensas. Presenta complicaciones como maloclusión, movilidad dentaria, parestesia, deformidad facial, invasión de tejidos blandos, deformidad facial, apertura limitada de la boca, dificultad a la masticación e incluso obstrucción de las vías respiratorias. Si no es tratada de manera temprana, puede resultar fatal.¹

1.4.1.2. Características radiográficas

Se observa radiolucidez uni y multiloculares con apariencia de bomba de jabón o panal de abeja, así como la expansión de corticales óseas, con reabsorción de raíces adyacentes a la lesión, asociados con un diente no erupcionado, por lo regular los terceros molares. ^{1,14} Se presenta con frecuencia en la zona posterior de la mandíbula. ¹

1.4.1.3. Características histológicas

El ameloblastoma convencional histológicamente puede presentar diversos patrones como el tipo folicular, plexiforme, así como el tipo acantomatoso, de células granulares, desmoplásicas y de células basales. ¹

Se localiza con más frecuencia el tipo folicular, muy similar al componente epitelial del órgano del esmalte dentro del estroma de tejido fibroso. Las células que se sitúan en la periferia son columnares o cuboidales muy semejantes a los ameloblastos, presentan núcleos hiper cromáticos con polaridad invertida,

orientados hacia la membrana basal. El núcleo central se asimila al retículo estrellado, con células organizadas de forma laxa.^{1,15}

El tipo plexiforme, es la segunda variante histológica más común, por lo regular se conforma por cordones anastomosadas de epitelio odontogénico, con un retículo estrellado discreto, organizado por células columnares o cúbicas de igual manera presenta semejanza a los ameloblastos y una degeneración estromal parecida a un quiste, el estroma suele ser vascular.^{1,16}

Otra variante histológica, es el tipo desmoplásico contiene pequeñas islas de epitelio odontogénico con un estroma contenido densamente en colágeno, y células periféricas cuboidales o columnares, con células fusiformes centrales.¹

El tipo menos común, es el tipo basaloide donde se conforman por nidos basocelulares uniformes, histopatológicamente muy similares al carcinoma basocelular de piel. El retículo estrellado no está presente en las porciones centrales de estos nidos. Las células en la periferia de los nidos tienden a ser cúbicas en lugar de columnares.¹¹

El tipo histológico de células granulares se pueden transformar las células epiteliales en granulares, estas células poseen un citoplasma abundante en gránulos eosinófilos semejantes a los lisosomas. Las células granulares se disponen de una forma ovalada y tienden a ser grandes. Los folículos pueden presentar un borde delgado de retículo estrellado como células que separa las células granulares de la capa columnar periférica y el núcleo se desplaza a la periferia.¹¹

Se identifica una transformación en el citoplasma de las células tumorales, que generalmente son células estrelladas similares al retículo. Las células transformadas poseen citoplasma eosinofílico granular muy grueso. El ameloblastoma de células granulares es de naturaleza agresiva.¹⁷

Por otra parte, también se localiza el tipo histológico acantomatoso, donde existe presencia de metaplasia escamosa extensa asociada a una formación de queratina de células similares al retículo estrellado. Asimismo, la organización de bordes escamosos, en el centro de los nidos neoplásicos, y la calcificación pueden estar

presentes. Se puede confundir histopatológicamente con un tumor odontogénico escamoso, aunque se diferencia puesto que las células periféricas son columnares en lugar de planas. ¹⁸

Se pueden encontrar tipos histopatológicos mixtos en cada ameloblastoma.¹

La presencia de diferentes tipos de patrón histopatológico en el momento de la recurrencia del ameloblastoma es bastante rara. ¹⁶

1.4.2. Ameloblastoma Uniquístico

Es un tipo de ameloblastoma intraóseo que identifica con una sola cavidad quística, con o sin proliferación luminal.¹

1.4.2.1. Características clínicas

Regularmente resulta ser asintomática con expansión mandibular. Este tipo de ameloblastoma se localiza frecuentemente en la zona del tercer molar inferior y la rama ascendente, seguidas por el cuerpo y la sínfisis mandibular. ¹

1.4.2.2. Características radiográficas

Se presenta como una radiotransparencia unilocular con bordes bien definidos, a menudo asociada con un diente no erupcionado, se puede presentar reabsorción radicular, con mayor frecuencia el tercer molar inferior, asemejándose a un quiste dentígero, puede tener márgenes festoneados.^{1,11}

1.4.2.3. Características histológicas

Se describen tres variantes histopatológicas:

El tipo histológico luminal se caracteriza como un quiste presentando pared fibrosa revestido por epitelio ameloblástico, se identifica con una capa basal de células columnares o cúbicas hipercromáticas con polarización nuclear, y vacuolización citoplasmática, es decir, con vacuolas subnucleares ubicadas entre la membrana basal y el núcleo; las células se localizan superpuestas de forma laxa pueden asimilarse al retículo estrellado.^{10,19}

También se encuentra el tipo histológico intraluminal, se caracteriza por extensiones de nódulos del epitelio de revestimiento que sobresalen del borde del quiste hacia

la luz del quiste, por lo regular presentan un patrón plexiforme, semejante al patrón plexiforme del ameloblastoma convencional. Además, se puede evidenciar una queratinización similar al retículo estrellado, además de una hiperproliferación del epitelio ameloblástico con extensión de la luz.¹⁹

El tipo histológico mural, es la tercera variante del ameloblastoma uniuquístico, se muestra con una pared fibrosa infiltrada por el ameloblastoma folicular o plexiforme. Presenta islas de crecimiento ameloblástico dentro del tejido conectivo¹⁹ hay evidencia de que estos se comportan de manera más agresiva, como el ameloblastoma convencional.¹

1.4.3. Ameloblastoma periférico/ extraóseo

El ameloblastoma extraóseo es un tumor benigno que se presenta en los tejidos blandos o áreas alveolares edéntulas. También conocido como ameloblastoma de tejidos blandos, ameloblastoma de la encía y ameloblastoma de origen mucoso.¹

1.4.3.1. Características clínicas

Es una lesión con crecimiento exofítico, asintomática con aspecto de nódulos sésiles firmes no ulcerada, con superficie lisa, aunque en algunos casos se ha descrito también con aspecto granular, papilar o verrugoso, su tamaño oscila con un diámetro promedio de 1.3 cm. Esta lesión puede adquirir la misma coloración de la mucosa oral, o manifestarse de un color rojo a rojo oscuro. Se localiza principalmente en los tejidos blandos de la zona retromolar mandibular, seguida de la tuberosidad maxilar, los dientes adyacentes a la lesión pueden presentar movilidad e inclinación.^{1,11,21}

1.4.3.2. Características radiográficas

Puede presentar ausencia de signos radiográficos debido a su localización sobre mucosa o tejidos blandos, aunque en ocasiones se identifica una depresión ósea.^{1,22}

1.4.3.3. Características histológicas

Este tipo de ameloblastoma presenta las mismas variantes histopatológicas del ameloblastoma convencional, pero sólo involucra los tejidos blandos que cubren a los maxilares.^{1,21}

Aunque el ameloblastoma periférico/extraóseo se puede identificar una variante maligna muy rara, se realiza un diagnóstico diferencial con el carcinoma de células basales de origen en la mucosa oral o tumores de las glándulas salivales con un patrón periférico.¹

1.4.4. Ameloblastoma metastásico

Anteriormente se localizaba en la categoría maligna por la OMS de 2005, pero se realizaron modificaciones, ahora se cataloga en los tumores odontogénicos epiteliales benignos en la última clasificación de la OMS de 2017.²³

Este ameloblastoma se caracteriza por presentar metástasis pese a su aspecto y clasificación benigna.¹

Dicho ameloblastoma se puede encontrar en ambos maxilares, pero la mandíbula es el área principal en la que se localiza, además la lesión primaria suele ser un tipo de ameloblastoma convencional.¹

El proceso de metástasis es más común en un 70% en pulmones (conocida como metástasis de aspiración o implantación),¹¹ en segundo lugar se encuentra con 28% en los ganglios linfáticos y por último en hueso un 12% de todos los casos.¹ Otros sitios metastásicos raros incluyen el cráneo, el maxilar, el riñón y el hígado.¹⁵

1.4.4.1. Características clínicas

El ameloblastoma metastásico se denomina por su comportamiento clínico más que por su histología. Existe un largo periodo de latencia antes de que se lleve a cabo el proceso de metástasis, por lo regular se desarrolla después de múltiples intervenciones quirúrgicas.¹

1.4.5. Carcinoma ameloblástico

Es una neoplasia maligna primaria odontogénica de origen epitelial y resulta ser muy rara. Es la contraparte maligna del ameloblastoma, anteriormente conocido como carcinoma de células basales intraoral de la encía.¹

Se localiza frecuentemente en zonas posteriores de los maxilares, aunque la mayoría de los casos se presenta en la mandíbula. Estas lesiones se originan de

novo, pero en algunas ocasiones de ameloblastomas preexistentes, en algunos casos se describe se origina a partir del ameloblastoma periférico.¹

El carcinoma ameloblástico de tipo primario y secundario presentan características histológicas y comportamiento semejante.¹

1.4.5.1. Características clínicas

Las lesiones extensas y de larga evolución se observan con radiotransparencias poco definidas, irregulares y mal delimitadas, con características malignas, con expansión cortical, perforación e infiltración en estructuras adyacentes. No obstante, algunos casos se han presentado como radiolucidez benigna.¹

1.4.5.2. Histopatología

Este tipo de carcinoma se define por la combinación de características citológicas de malignidad y el patrón histológico de un ameloblastoma, ya sea en la lesión primaria o metastásica.¹

Puede presentar patrones foliculares o plexiformes de ameloblastoma, además de estar formado por láminas, nidos o trabéculas de epitelio. La capa de células periféricas se muestra empalizada con polaridad nuclear inversa focalmente.¹

Existe pérdida de la estratificación organizada de células basales, estrato intermedio y retículo estrellado que son características típicas del ameloblastoma, siendo más relevante y marcada en lesiones de mayor grado.¹

El centro de las islas epiteliales puede ser sustituido por epitelio basaloide sólido, epitelio acantomatoso o células fusiformes, o incluso manifestar una degeneración quística.¹

Pueden estar presentes características malignas como pleomorfismo, hiper cromatismo nuclear, actividad mitótica, mitosis anormales e invasión vascular o perineural.¹

La necrosis es útil y varía desde grupos sutiles de apoptosis células dentro de las islas. La actividad mitótica por sí sola no puede interpretarse como una característica de malignidad, estas son más frecuentes tras la biopsia incisional.

Además, la mitosis también es más relevante en el maxilar superior que en la mandíbula y por sí mismos no indican malignidad. ¹

Las lesiones ocasionales tienen una morfología parcial o completamente fusiforme y pueden ser difíciles de distinguir del carcinosarcoma odontogénico o sarcoma. Algunas de estas lesiones de células fusiformes han seguido un curso agresivo. Si las características del ameloblastoma no son evidentes en una neoplasia odontogénica citológicamente maligna, se debe considerar un diagnóstico alternativo de carcinoma intraóseo primario o carcinoma odontogénico de células claras. ¹

La escisión quirúrgica radical es la principal alternativa de tratamiento, con una tasa de recurrencia local de 28%. La radioterapia parece proporcionar pocos beneficios adicionales, pero tiende a usarse en el entorno de rescate. ¹

1.5. Tratamiento

Se categoriza en tratamientos radicales, abarcando: la resección marginal, en bloque, segmentaria o hemisección, además de tratamientos conservadores, encontrando el curetaje y la enucleación.²⁴

El tratamiento de elección para el ameloblastoma depende de diversos factores, como el diagnóstico histopatológico de la lesión, así como la extensión, localización y edad, por lo que el tratamiento debe ser específico para cada paciente.²⁴

El tratamiento de elección del ameloblastoma es quirúrgico, ya que se debe minimizar la probabilidad de recidiva afectando lo menos posible la función y estética del paciente. ¹⁴

Referente al tratamiento conservador, se utilizarán técnicas de marsupialización o enucleación, descompresión o combinadas, en lesiones menores de 5 cm, por lo general se emplea en casos de Ameloblastoma unicístico.¹⁴

Con relación al tratamiento radical se optará por la implementación de procedimientos quirúrgicos como hemimandibulectomía o resecciones en bloque de la zona donde se localiza la lesión, con necesidad de márgenes de seguridad de 1-

1.5 cm, dado que las células de esta neoplasia intraósea pueden localizarse aproximadamente a 8 mm del margen radiográfico y clínico de la tumoración.¹⁴

Actualmente existen múltiples alternativas reconstructivas desde osteoinjertos autólogos libres o microvascularizados, distracción ósea, así como diversos sistemas de reemplazo protésico que representan diferentes opciones de tratamiento personalizadas a la condición patológica del paciente. Tradicionalmente la reconstrucción mandibular con placa de titanio es una opción aceptable que se utiliza de manera convencional.¹⁴

1.5.1. Dificultades del tratamiento

La cirugía es categorizada como la mejor opción de tratamiento. Pese a ello las diferentes técnicas quirúrgicas tienen efectos económicos elevados y a largo plazo en la salud general, la apariencia, el habla, la respiración y la capacidad de masticar y tragar.²⁵

La alternativa que tiene cada persona de disponer del uso de los servicios de salud cuando lo requiere es la expresión de la cobertura universal; es entonces cuando se habla de acceso efectivo, por lo que en el modelo de cobertura universal es indispensable abarcar factores como calidad, accesibilidad y equidad. De esta manera existe un vínculo inseparable entre la calidad y la accesibilidad, a tal grado que se considera que; “la calidad en abstracto, sin tener acceso, es un absurdo y que el acceso, sin calidad, es una falta de ética”. Dentro de un contexto de equidad se propone que para establecer de un modelo universal de salud se requiere indudablemente de un acceso universal a los servicios de salud en el país, en que todos los mexicanos tengan la disponibilidad a cualquier institución y puedan desempeñar la libre elección a dichos servicios.²⁶

Así mismo, uno de los aspectos que afecta el acceso a los servicios de salud es la falta de equidad, motivada por diversos factores económicos, geográficos, étnicos, culturales, sociales y laborales. Por lo anterior, el acceso a estos servicios se convierte en un factor indispensable para garantizar la calidad de atención médica, tanto preventiva como curativa, a toda la población.²⁸

Además, existen otras dificultades para el acceso a los servicios, como la accesibilidad física, es decir rampas para usuarios de sillas de ruedas, señalización para deficientes visuales, capacitación de los profesionales para la atención de personas con déficit auditivo y de comunicación, incluso con personas que no hablen español, además de las creencias culturales que pueden interferir en la atención médica de algunas poblaciones. Algunos otros elementos como la información sobre los derechos a la atención médica y la disponibilidad de recursos (tiempo y dinero necesarios) también tiene efecto en la utilización real de los servicios de salud. Los servicios disponibles deben ser adecuados y efectivos para que la población logre obtener resultados satisfactorios.²⁸

Cuando el sector salud de nuestro país cumple con brindar un correcto diagnóstico y plan de tratamiento, se pueden presentar las complicaciones inherentes a las barreras económicas significativas cuando se trata de cubrir servicios del sector privado, que no están incluidos en la cartera de atención pública. Aunque los servicios de salud del sector público, por lo regular son gratuitos, pueden presentarse costos extra que no son tomados en cuenta ni siquiera en un esquema de aseguramiento, que los pacientes no pueden pagar; como tiempo perdido por inasistencia laboral, transporte a las unidades médicas, requerimiento de prótesis, compra de medicamentos, estudios de laboratorio y de imagen que no estén incluidos en los planos de salud públicos.²⁷

1.5.2. Calidad de vida después del tratamiento

La calidad de vida disminuye inmediatamente después de la cirugía, aunque después mejora gradualmente con el tiempo, se ha reportado que la evaluación del tratamiento y la mejora post operatoria se muestra considerablemente a partir de los 6 meses posteriores a la operación.²⁵

La calidad de vida es una medida que abarca muchas variables y se puede utilizar como una medida de resultado junto con factores como la mortalidad, la recurrencia y la supervivencia. Los pacientes expresaron más preocupación por su apariencia antes de la operación.²⁵

2. Antecedentes

En 2019, Hendra FN y col. realizaron una revisión sistemática de artículos de base de datos como PubMed, EMBASE, SCOPUS y Web of Science publicados de 1969 a 2018 para identificar la incidencia global de pacientes diagnosticados con ameloblastoma abarcando solamente Europa, África y Australia, se encontraron resultados donde el sexo masculino y femenino se vieron afectados de igual manera, aunque algunos otros datos refieren ligera predilección al sexo masculino con 53%, y la edad media de diagnóstico 35 años. En Europa y América del Norte, el ameloblastoma se presentó principalmente en una edad más avanzada en comparación con África y América del Sur. Frecuentemente se localiza en la mandíbula en 85% de los casos, especialmente el área de la rama molar. Los niños se ven afectados en el 8,7% al 15,0% de los casos.⁸

En 2021, Boffano P y col. implementaron un estudio sobre el registro de los datos de todos los ameloblastomas tratados de las unidades quirúrgicas de Europa entre el 2004 y 2018, abarcando un total de 244 pacientes, 134 hombres (55%) y 110 mujeres (45%). La edad media de los pacientes incluidos fue de 47,4 años.²⁹

Por otra parte, Mosqueda-Taylor A y col. en 1997 realizaron un estudio retrospectivo colaborativo de 349 casos registrados en cuatro servicios de patología diagnóstica en la Ciudad de México; en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, Departamento de Patología Oral (203 casos); en la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, en el Laboratorio de Patología Bucal (60 casos); en Instituto Nacional de Cancerología, Departamento de Patología (35 casos); y un servicio privado de patología bucal Laboratorio Peribact (51 casos) El diagnóstico final de cada caso se basó en los criterios histológicos de 1992 de la Organización Mundial de la Salud, donde los ameloblastomas abarcaron un 23.7% de todos los tumores analizados, encontrándose también con 1.1% el ameloblastoma maligno.¹⁰

Ledesma Montes-C y col. en 2007, estudiaron las características clínico-patológicas de 163 casos de ameloblastoma de nueve instituciones regionales latinoamericanas de México y Guatemala, donde los ameloblastomas representaron el 22,7% de

todos los tumores odontogénicos. La edad promedio fue de 41,4 años para el ameloblastoma sólido y de 26,3 años para el Ameloblastoma Uniquístico, además de que ambos sexos se vieron afectados igualmente. ⁹

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ameloblastoma es una neoplasia de origen dental de las más comunes de todos los tumores odontogénicos, a pesar de ser una neoplasia benigna, tiene un curso localmente agresivo e invasivo y altas tasas de recidiva. Si estas lesiones no son diagnosticadas y tratadas a tiempo, pueden ocasionar secuelas significativas, como deformidades faciales, perforación de las corticales óseas, reabsorción radicular y movilidad dentaria.

La detección oportuna es muy importante para un pronóstico favorable y tratamiento exitoso ya que, en función al crecimiento lento y sintomatología poco frecuente, los pacientes suelen desconocer el desarrollo de la lesión, causando retraso en el diagnóstico. Los tratamientos radicales con reconstrucción de placas de titanio, presentan costos muy elevados, por lo que limita al usuario desde el aspecto económico, para llevar a cabo el tratamiento y cubrir los gastos relacionados.

En el presente reporte presentaremos un caso de ameloblastoma en paciente mexiquense con una presentación clínica agresiva, consistente con lo descrito por la literatura.

Pregunta de investigación:

¿Cuáles son las principales características clínicas, radiográficas, histopatológicas e inmunohistoquímicas del ameloblastoma convencional en cavidad bucal y dificultades económicas para recibir el tratamiento?

4. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad en México, la cultura de la prevención y revisión periódica con respecto a la salud bucal es escasa, ya que la mayoría de los pacientes acude a asistencia odontológica cuando presentan alguna sintomatología, lamentablemente los casos identificados relacionados con ameloblastoma o algún tipo de lesión benigna y/o maligna; se diagnostican en períodos avanzados, por lo que originan secuelas significativas, originando pronósticos desfavorables y tratamientos complejos y elevados.

El ameloblastoma si no es diagnosticado a tiempo, se producen mutilaciones ocasionando por lo tanto impacto social, psicológico, mental y económico, este suele ser muy significativo para establecer una comunicación en sociedad, de manera que la detección temprana, puede disminuir las secuelas de este tipo de lesión y de los tratamientos invasivos y costosos, por lo que el diagnóstico temprano de dicha entidad patológica permite conservar la integridad de las estructuras bucales.

Aunque relativamente raros, los tumores odontogénicos siguen siendo una causa importante de procedimientos quirúrgicos extensos en México.¹⁰

En algunas ocasiones cuando los pacientes diagnosticados con este padecimiento pertenecen a comunidades indígenas, la mayoría presenta bajo nivel socioeconómico, con acceso limitado a servicios básicos, incluidos el servicio médico. Los pacientes tienden a tener recursos limitados lo que les genera dificultad para trasladarse a otras instituciones, así como cubrir los gastos relacionados a su tratamiento.²⁸

Debido a esto es primordial transmitir y establecer acciones adecuadas para la población, para elevar la información sobre este tipo de lesiones promoviendo las visitas regulares al odontólogo por lo menos cada 6 meses, para implementar la detección temprana a través de exámenes clínicos e imagenológicos de rutina.

La reconstrucción con placas de titanio es una alternativa para proporcionar función y estética al paciente, pero a costos muy elevados por lo que se dificulta culminar el plan de tratamiento, desde el aspecto económico, ya que la mayoría de los

pacientes diagnosticados que demanden este tipo de procedimientos; presentan problemas económicos para financiarlos, en consecuencia es posible que algunos pacientes y familiares se encuentren entre un dilema entre cubrir el tratamiento de reconstrucción facial y sustentar las necesidades básicas del hogar. ^{24,25}

El odontólogo debe tener el conocimiento sobre esta patología para poder identificar lesiones sospechosas y referirlas oportunamente al especialista para un tratamiento adecuado y oportuno.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

Realizar un reporte de caso sobre Ameloblastoma convencional (AC) sobre las características clínico-patológicas y dificultades (brecha) económicas para recibir el tratamiento.

Efectuar la revisión de la literatura sobre el AC abarcando definición, etiología, histopatología, patogénesis, diagnóstico diferencial, tratamiento y pronosis.

5.2. Objetivo específico

Describir las características clínico-patológicas un caso de AC.

Reportar la brecha económica como un factor adverso para el tratamiento de AC

Explicar la importancia de factor económico para buen pronóstico y plan de tratamiento de AC.

6. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de Estudio: Reporte de Caso de tipo retrospectivo.

Universo o población, tipo de muestreo y tamaño de muestra: Reporte de caso

Unidades de Observación: Se analizará el caso clínico de paciente masculino de 26 años con diagnóstico de Ameloblastoma Convencional tomando en cuenta:

- Historia Clínica
- Imagenología intraoral y extraoral
- Estudios de Laboratorio
- Biopsia

Método.

Previa autorización de la Clínica Orocentro (anexo 1) para realizar toma de biopsia de la lesión. Se analizará la Historia Clínica del paciente (anexo 2) contando con el consentimiento informado correspondiente, de lo cual se realizará un resumen clínico valorando los aspectos principales de sus antecedentes personales patológicos, no patológicos, así como sus exámenes extra e intraorales.

Posteriormente se concluirá con la interpretación de sus estudios de laboratorio, y biopsia. Se realizará revisión de la literatura en las bases de datos, el caso que se expone presentará casos del tipo convencional reportados en la literatura hasta la fecha.

7. Reporte de caso

Paciente masculino de 26 años, acude a consulta estomatológica a la unidad móvil del municipio de San José del Rincón, Estado de México, del Instituto de Salud del Estado De México (ISEM), por presentar dolor a la masticación referido desde hace un mes, así mismo, comenta presencia de inflamación en zona mandibular izquierda con 12 meses de evolución.

Posteriormente, se realiza referencia al enlace de patología bucal ubicado en el Centro de Salud Rural Disperso (CSRD) Concepción De Los Baños, Ixtlahuaca, Estado De México; derivado del convenio entre ISEM y la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx) donde se solicita ortopantomografía para su análisis en la institución antes mencionada (Anexo 3).

A su llegada al CSRD, se realiza historia clínica; al interrogatorio el paciente niega antecedentes alérgicos y sistemáticos. En cuanto a antecedentes personales no patológicos es fumador activo de dos cigarros al día, desde aproximadamente siete años, no declara uso de drogas y es bebedor social. Resto preguntados y negados (Anexo 4).

A la exploración extraoral se observó asimetría facial ocasionada por el aumento del volumen de la zona mandibular izquierda. Las regiones cervicales a la palpación no presentan nódulos o lesiones (Figura 1).



Figura 1. Fotografía extraoral con aumento de volumen en región izquierda.

Durante el examen intraoral se identificó expansión asintomática de las corticales; lingual y vestibular de zona mandibular izquierda, de aproximadamente 3 cm, provocando molestia a la masticación; lesión de consistencia dura, bordes irregulares y mucosa de color eritematoso, asociada a órganos dentarios 36 y 37, con extrusión de éstos. (Figura 2).



Figura 2. Fotografía intraoral de zona mandibular izquierda.

La ortopantomografía revela dentición permanente y agenesia de órganos dentarios 18 y 28. Se identifica lesión radiolúcida multilocular abarcando cuerpo y rama de la mandíbula involucrando apófisis coronoides; se localiza tercer molar retenido desplazado al borde mandibular con raíces mal definidas en ángulo mandibular, así como extrusión de 36 y 37, con ligera reabsorción radicular (Figura 3).



Figura 3. Ortopantomografía. Se observa lesión multilocular en cuerpo, rama mandibular, apófisis coronoides de región izquierda.

A las pruebas de sensibilidad los OD presentan vitalidad pulpar normal. A la recopilación de datos clínicos y de imagen, se identifican posibles diagnósticos de ameloblastoma, mixoma odontogénico, lesión central de células gigantes. Por lo anterior, se indica realizar biopsia incisional de dicha lesión intraósea por lo que se refiere a la Clínica Orocentro de la Facultad de Odontología UAEMéx, por ende, se brinda referencia a paciente para su asistencia a la institución mencionado anteriormente (Anexo 5).

En la Clínica Orocentro, se realiza historia clínica (Anexo 2), no encontrando datos nuevos de importancia para el caso, para posteriormente implementar la biopsia incisional de la lesión presente en zona mandibular izquierda. A la exploración extraoral, no se localizan signos adicionales de importancia (Figura 4).



Figura 4 A y B. Fotografías extraorales.

En la exploración intraoral se identificó lesión de consistencia dura, con bordes mal delimitados, y mucosa bucal eritematosa con zonas color marrón, con extrusión de órganos dentarios 36 y 37, y movilidad grado 2 (Figura 5).

Con las sospechas diagnósticas antes mencionadas se realiza biopsia incisional, bajo anestesia local, con lidocaína al 2% con epinefrina al 1:100 000, se realizó empleando una hoja de bisturí de número 15, realizando colgajo de espesor total, al mismo no se observa tabla vestibular, por lo que se procede a obtener el tejido

blando de tejido lesional, el cual se coloca en formol amortiguado al 10% y se envía al laboratorio de patología. Se colocan dos puntos simples con sutura seda negra.

Se prescribe analgésico con Paracetamol de 500 mg cada 8 horas durante 3 días.

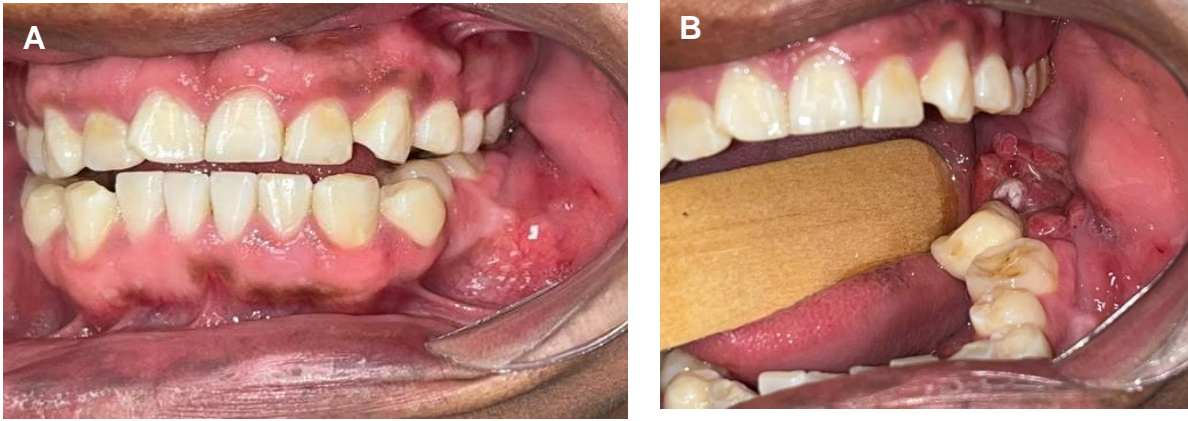


Figura 5 A y B. Fotografías intraorales

8. Resultados

Para su análisis histopatológico donde se observan múltiples fragmentos de tejido duro y blando. Tejido duro: órganos dentarios 36 y 37 con adherencias de tejido blando en la porción apical, color café, consistencia firme, las cuales se desprenden para procesar, el órgano dentario se guarda. El resto de fragmento son de tejido blando que miden en conjunto, 2.4 x 2 x 1.2 cm, son de forma y superficie irregular, consistencia firme, con áreas blandas, color café con fragmentos de color amarillo translúcido. Se incluye todo en cápsulas (Figura 6).

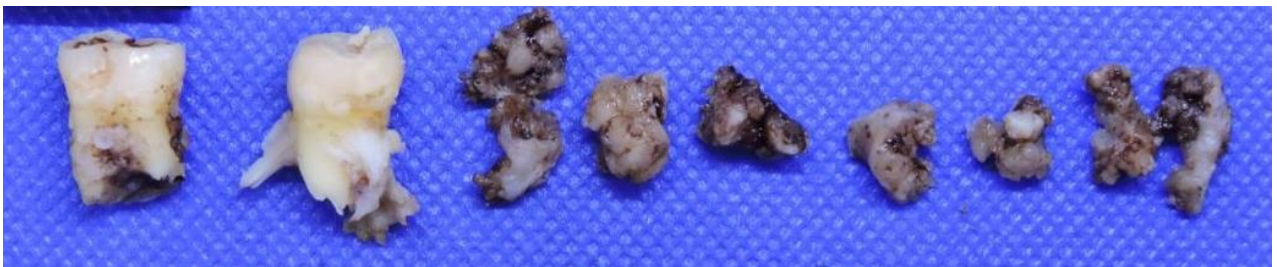


Figura 6. Fragmentos de tejido duro y blando.

Con base en las características clínicas, radiografías y análisis histopatológico se estableció el diagnóstico de ameloblastoma convencional, con patrón plexiforme basaloide folicular (Figura 7), (Anexo 6).

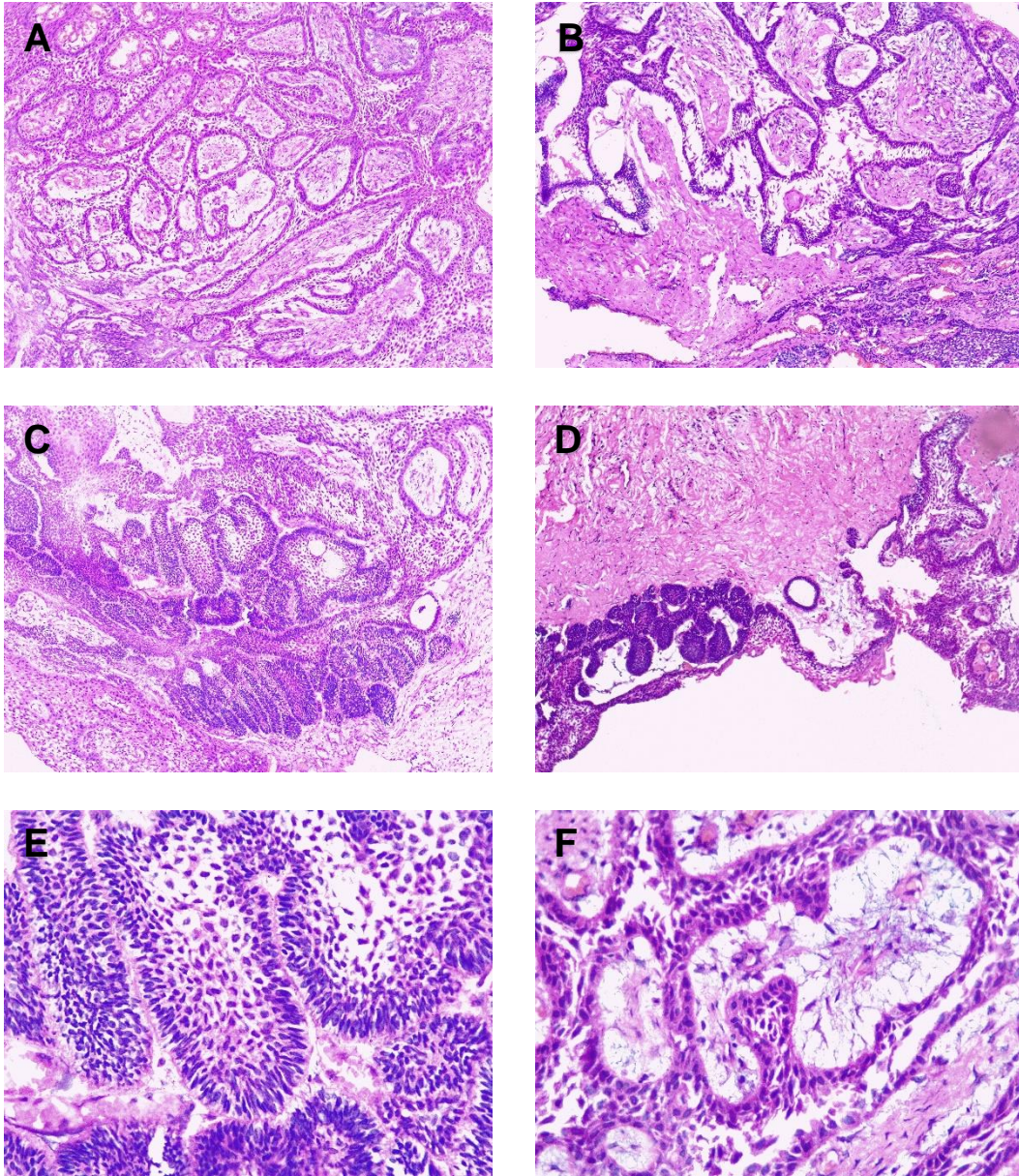


Figura 7. Fotografías microscópicas A) Se observan islas con patrón folicular, las cuales presentan hiperchromasia hacia la porción periférica. B) Se observa patrón plexiforme, el cual consiste en islas tumorales interconectadas por células epiteliales. C) Tanto el patrón folicular como el plexiforme presenta en su interior células de aspecto estelar que recuerdan el retículo estrellado. D) Focalmente se observan islas con aspecto basaloide, forman parte de una gran cantidad de aspecto quístico. E) Se identifican los criterios clásicos del ameloblastoma descritos por Vickers y Gorlin. F) Se observan campos en donde las características clásicas del ameloblastoma pueden ser difíciles de reconocer en este patrón plexiforme.

Con este diagnóstico se realiza la contrarreferencia a primer nivel de atención a enlace de patología CSRD Concepción De Los Baños, Ixtlahuaca, Estado De México para que se envíe al tercer nivel de atención, perteneciente a Hospital Adolfo López Mateos a área de Cirugía Maxilofacial, donde se establece pronóstico y plan de tratamiento de acuerdo a extensión y localización de la lesión (Anexo 7).

9. Implicaciones bioéticas

La Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en su título 2do. Cap. I establece los siguientes artículos:

Art. 16: Se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Art. 17: Inciso II Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamientos rutinarios.

Art 20: Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno consentimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Art 21: Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la

investigación y el tratamiento del sujeto.

- VII.** La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- VIII.** La seguridad de que no se identificará al sujeto y que mantendrá confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- IX.** El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque esta pueda afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.
- X.** La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a la que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y
- XI.** Que, si existen gastos adicionales, estos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Art 22: El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

- I.** Sera elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la secretaria;
- II.** Sera revisado y, en su caso, aprobado por la comisión de ética de la institución de atención a la salud;
- III.** Indicara los nombres y direcciones de los testigos y la relación que estos tengan con el sujeto de investigación;
- IV.** Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso, Si el sujeto de investigación no supiere firmar. Imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que el designe, y

- V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar de poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

10. Discusión

De acuerdo con la OMS, el ameloblastoma es una neoplasia intraósea benigna de origen epitelial, de crecimiento lento asintomático, presenta complicaciones como maloclusión, movilidad dentaria, parestesia, deformidad facial, invasión de tejidos blandos, deformidad facial, apertura limitada de la boca, dificultad a la masticación e incluso obstrucción de las vías respiratorias, si no se extirpa de manera adecuada, tiene una alta predisposición a la recurrencia local. ¹

Los hallazgos clínicos en el caso presentado fueron la presencia de una tumoración de crecimiento lento y asintomático, con asimetría facial ocasionada por la expansión de las corticales de la zona afectada y maloclusión, correspondiendo con las características de este tipo de neoplasia descritas en la literatura según El-Naggar AK y col. (OMS).

Se encuentra comúnmente en la cuarta a la quinta década de la vida y no existe la predisposición en cuanto al sexo, hombres y mujeres son igualmente afectados. ^{4,7} En este caso no coincide con el promedio de edad establecido por la literatura, ya que el paciente actualmente tiene 27 años, esta edad se encuentra por debajo de lo descrito en la literatura considerando la identificación precoz o simplemente en una variación en el rango de edad.

El diagnóstico definitivo de los ameloblastomas se basa en el análisis histopatológico. Según la OMS el ameloblastoma convencional puede presentar tipos históricos mixtos ¹ en el caso presentado es un ameloblastoma convencional con diversos patrones histológicos, que incluyen: el tipo plexiforme, basaloide y folicular (Figura 9). En la clasificación más reciente de la OMS se decide eliminar el término sólido multiquístico por ameloblastoma convencional, estableciendo que el tratamiento depende del diagnóstico y no del subtipo histológico de este grupo de lesiones. Diferente del Ameloblastoma Uniquístico en donde las características de estas lesiones son de una lesión quística con o sin proliferación luminal.

De Acuerdo con Carrasco CA y col. ¹⁴ los ameloblastomas convencionales son tratados en la mayoría de los casos de forma radical con resecciones amplias, se opta por la realización de hemimandibulectomía o resecciones en bloque del área

afectada. En el caso del paciente se indicó de acuerdo a las características clínicas e histopatológicas que se presentan el tratamiento radical (hemimandibulectomía izquierda) por la extensión y localización de la lesión, por lo que el Hospital Adolfo López Mateos, tercer nivel de atención, brindó y estableció el adecuado pronóstico y plan de tratamiento.

Tradicionalmente la reconstrucción mandibular con placa de titanio es una opción aceptable que se utiliza de manera convencional.¹³ En nuestro caso lamentablemente esta alternativa de tratamiento presenta dificultad desde el aspecto económico por parte del usuario, ya que por lo general tienen costos elevados, lo que dificulta su adquisición y por consiguiente el desarrollo y culminación del tratamiento. Uno de los aspectos que afecta el acceso a los servicios de salud es la falta de equidad, motivada tanto por factores económicos como geográficos, étnicos, culturales, laborales y sociales.²⁶ El paciente originario de comunidad indígena del Estado de México, comerciante y proveedor principal de su familia; con ingreso mensual por debajo del salario mínimo aproximado de \$3,600.00 (tres mil seiscientos pesos mexicanos), descartando por dicha cuestión la posibilidad de iniciar este tipo de tratamiento que conlleva una mutilación.

El acceso a servicios de salud se convierte en un factor indispensable para garantizar un acceso sencillo con calidad de atención médica, tanto preventiva como curativa, a toda la población.²⁶ Lamentablemente en nuestro país, existe la deficiencia en los servicios de salud, donde no se cubre el plan de tratamiento en su totalidad, a pesar de que algunos servicios son gratuitos, se originan costos adicionales que no son considerados en un esquema de aseguramiento, como tiempo perdido por inasistencia laboral, transporte a las unidades médicas, requerimiento de prótesis, compra de medicamentos, estudios de laboratorio y de imagen que no estén incluidos en los planos de salud públicos.²⁸ En el caso planteado se ocasiona un efecto adverso en las condiciones económicas del paciente y de sus familiares, lo que conlleva: reducción del porcentaje de ingresos para necesidades básicas (alimento, vivienda, educación) y adicionalmente el nuevo gasto que representa el pago en el ámbito médico que se requiera. Además,

la respuesta psicológica del paciente es mayor por el estrés financiero y económico, relacionada con el diagnóstico y plan de tratamiento.

11. Conclusiones

El ameloblastoma es una neoplasia intraósea benigna de origen epitelial, de crecimiento lento asintomático, sin embargo tiene un comportamiento localmente agresivo, presenta complicaciones como maloclusión, movilidad dentaria, parestesia, deformidad facial, invasión de tejidos blandos, deformidad facial, apertura limitada de la boca, dificultad a la masticación e incluso obstrucción de las vías respiratorias, si no se extirpa de manera adecuada, tiene una alta predisposición a la recurrencia local.

El tratamiento radical (hemimandibulectomía) en conjunto con la reconstrucción (placas de titanio) ofrece una correcta función y estética al paciente, aunque a costos muy elevados. En poblaciones de bajos recursos, existe deficiencia en los ingresos económicos para cubrir este tipo de tratamientos, donde existen factores sociales, culturales y sobre todo económicos en el entorno familiar de la persona que influyen en el grado de vulnerabilidad al sufrimiento financiero.

El estrés provocado por la situación económica aumenta entre el tiempo que transcurre entre la enfermedad y cuando se establece un diagnóstico.

Por lo tanto, la detección oportuna y temprana de estas lesiones, se vuelve una oportunidad para minimizar la mutilación, los efectos adversos de la cirugía y los gastos que este representa.

12. Bibliografía

1. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ. Classification of Head and Neck Tumours. 4th ed. Lyon: World Health Organization; 2017.
2. Soluk-Tekkesin M, Wright JM. The World Health Organization Classification of Odontogenic Lesions: Summary of the Changes of de 2022. *Turco Patoloji Derg.* 2022; 38(2):168-184.
3. Martínez Botta V, Soriano Díaz JN, Domínguez-Moralobo R, Villegas Maestre J. Oral ameloblastoma in a young woman. *Revista Médica MULTIMED.* 2018; 22(4). 862-870.
4. Silva LRd, Gomes Silva P , De Sousa Pereira C, De Carvalho Ferro LW, Pessoa Santos MB, Batista Dos Santos VdC. Ameloblastoma em região de pré-molares na mandíbula: relato de caso clínico. *Revista Eletrônica Acervo Saúde.* 2022; 15(11). 1-8.
5. Evangelou Z, Zarachi A, Dumollard JM, Peoc'h M, Komnos I, Kastanioudakis , et al. Maxillary Ameloblastoma: A Review With Clinical, Histological and Prognostic Data of a Rare Tumor. *In vivo.* 2020; 5(34): 2249-2258
6. Fernández JE, Fernández. Ameloblastoma: estudio estructural histoquímico e inmunohistoquímico: Editorial Académica Española; 2018.
7. González-González R, López-Verdín, S, Lavallo-Carrasco , Molina-Frechero , Isiordia-Espinoza M, Carreón-Burciaga RG, et al. Current concepts in ameloblastoma-targeted therapies in B-raf proto-oncogene serine/threonine kinase V600E mutation: Systematic review. *World Journal Clinical Oncology.* 2020; 11(1):31-42.
8. Hendra FN, Van Cann EM, Helder MN, Ruslin , De Visscher JG, Forouzanfar , et al. Global incidence and profile of ameloblastoma: A systematic review and meta-analysis. *Oral Diseases.* 2019; 1(10):1-10.


9. Ledesma-Montes C, Mosqueda-Taylor A, Carlos-Bregni , Romero de León , Palma-Guzmaín , Paéz-Valencia , et al. Ameloblastomas: a regional Latin-American multicentric study. *Oral Diseases*. 2007; 13(3): 303-307.
10. Mosqueda-Taylor U, Ledesma-Montes C, Caballero-Sandoval S, Portilla-Robertson , Ruíz-Godoy Rivera L, Meneses-García A. Tumores odontogénicos en México: un estudio retrospectivo colaborativo de 349 casos. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1997; 84(6): 672:675.
11. Neville B, Damm D, Allen C C. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 4th ed. St. Louis, Missouri. Elsevier; 2015.
12. Shi HA, Benjamin Ng CW, Kwa CT, Chelsia Sim QX. Ameloblastoma: A succinct review of the classification, genetic understanding and novel molecular targeted therapies. *The Surgeon*. 2020; 19 (4)238-243
13. Cruz CAG, Soler Izquierdo , Niño Peña A, Batista Marrero. Report about a case of Unicystic plexiform ameloblastoma of the upper jaw. *Correo Científico Médico CCM*. 2022; 26(4).
14. Carrasco CA, Vinitzky B, Miranda Quijano TK, Fernández Morales EE, Aldape Barrios BC. Ameloblastoma sólido: revisión de la literatura y reporte de un caso. *Rev ADM*. 2022; 79(2): 103-108.
15. Melo MA, Piñeros M, Torres M, Parra Fuentes , Baracaldo Ayala. Ameloblastoma metastásico. *Repert Med Cir*. 2020; 20(10): 77-80.
16. Bhuyan SK, Bhuyan R, Sahoo , Das. Recurrence of Plexiform Ameloblastoma as Acanthomatous Ameloblastoma: A Rare Case Report. *Contemp Clin Dent*. 2019; 10(1):178-181.
17. Mathew A. A case report on granular cell ameloblastoma. A rare histological entity. *Indian J Radiol Imaging*. 2020; 30(2): p. 225-228.

18. Pippi R, Santoro M, Pietrantonio A , Pernazza A. Acanthomatous Ameloblastoma: An Early Stage Case Report with Difficult Management. Case Rep Dent. 2021.
19. Pinos LSP, Reinoso Ortiz , Torres Calle , Villalta Mendoza. Unicystic ameloblastoma: Literature review. World Journal of Advanced Research and Reviews. 2021; 10(03): 095-103.
20. Escalera CJL, Montoya Pérez LA, Vélez Cruz , Jiménez de la Puente G. Ameloblastoma uniuquístico tratado mediante descompresión y enucleación. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Revista Odontológica Mexicana. 2020; 24(1): 42-49.
21. Espino O, Pose Rodríguez J, Otero Casal M, Romero Rodríguez. Ameloblastoma periférico. Reporte de caso clínico y revisión bibliográfica. RCOE. 2018; 23(1): 255-260.
22. Espinoza XBH. Características antomopatológicas del ameloblastoma. Presentación de un caso clínico [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista] Ciudad De México: Universidad Nacional Del Estado De México; 2018.
23. Pandiar D, Anand , Kamboj , Narwal , Shameena PM, Devi A. Metastasizing Ameloblastoma: A 10 Year Clinicopathological Review with an Insight Into Pathogenesis. Head and Neck Pathology. 2021; 15(3): 967-974.
24. Rueda CAC, Vinitzky B, Miranda Quijano TK, Fernández Morales EE, Aldape Barrios BC. Ameloblastoma sólido: revisión de la literatura y reporte de un caso. Rev ADM. 2022; 79(2): 103-108.
25. Lawal HS, Adebola RA, Arotiba J, Amole I, Efunkoya A, Omeje U, et al. Calidad de vida de los pacientes tratados quirúrgicamente por ameloblastoma. Niger Med J. 2016; 57(2): 91-98.

26. Ruelas Barajas E. La calidad del sistema de salud en un modelo universal. Hacia un sistema de salud con calidad, rectoría, financiamiento y provisión de servicios universales de salud. Memorias, Simposio Internacional Conamed, Seminario sobre Medicina y Salud UNAM. Memorias, Seminario sobre Medicina y Salud UNAM. 2011.
27. WHO. Closing the gap: Policy into practice on social determinants of health. En WHO. World conference on social Determinants of Health. Rio de Janeiro; 2011.
28. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud Pública México. 2015; 57(2): 180-186
29. Boffano P, Cavarra F, Masu L. The Epidemiology and management of ameloblastomas: A European multicenter study. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. 2021; 49 (12): 1107-1112.

13. Anexos

Anexo 1

 Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Odontología

**Carta consentimiento bajo información
Autorización de procedimientos para toma de biopsia
CLÍNICA DE MEDICINA Y PATOLOGÍA BUCAL
OROCENTRO**

En el cumplimiento de la Ley General de salud, Ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares, aviso de privacidad de la UAEM, Reglamento Ley general de salud en materia de investigación, art. 13, 3, 14-18, Código civil; art 1803, 1812 obligaciones en el consentimiento informado, NOM-012-SSA3-2012.
El paciente (en caso de menores o incapacitados consignar el nombre del padre, madre, tutor o persona responsable) _____ con expediente _____ me ha explicado en el acto de mi facultad, declaró que el odontólogo (o) _____ me ha explicado amablemente que en mi situación es conveniente realizar el siguiente acto médico: Biopsia bucal
En un lenguaje claro, sencillo, me han explicado que toda intervención quirúrgica en la boca, aunque de modo infrecuente e incluso in _____ se incluyen: inflamación, dolor, infección, limitación de la apertura bucal, dehiscencia de la sutura y complicaciones nerviosas: como hipostesia, o pi _____ se ha mencionado que dichas complicaciones pueden ser derivadas directamente de la propia técnica, pero otras dependerán del procedimiento, del estado previo del paciente y de los tratamientos que esté recibiendo o de las posibles anomalías anatómicas y/o de la utilización de equipos médicos: Instrumental quirúrgico

He sido informado de que estas complicaciones generales pueden requerir tratamientos médico-quirúrgicos. Me han explicado que el tratamiento se me efectuará bajo anestesia local para poder realizar la intervención sin dolor. Se me ha informado que sentiré una sensación de anestesia que eventualmente se quitará en unas horas, las soluciones que tienen las soluciones anestésicas pueden originar leves alteraciones del pulso y de la tensión arterial y en forma muy inusual una arritmia leve.

La biopsia consiste en la toma de la muestra representativa de la lesión. Este procedimiento analizado por el patólogo, nos da el diagnóstico definitivo de la lesión, lo que dará paso al comienzo del tratamiento concreto de la misma. Las complicaciones potenciales de este tratamiento quirúrgico, son aparte de las mencionadas, es que puede existir la posibilidad de repetir la biopsia, si el patólogo necesitará otra muestra para un análisis histológico más detallado.

También se me ha explicado que el tejido obtenido de la maniobra clínica o quirúrgica será procesado para fines de diagnóstico, y de investigación científica, así como la obtención de imágenes clínicas, que en todo momento guarden la identidad de la persona y que pueden ser utilizadas en foros de investigación con fines académicos.

EL MÉDICO ME HA PERMITIDO REALIZAR TODAS LAS OBSERVACIONES Y ME HA ACLARADO TODAS LAS DUDAS QUE LE HE PLANTEADO. POR ELLO MANIFIESTO QUE ESTOY SATISFECHO (A) CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y QUE COMPRENDO EL ALCANCE Y LOS RIESGOS DEL ACTO MÉDICO Y EN TALES CONDICIONES CONSIENTO QUE SE ME REALICE EL PROCEDIMIENTO.

En Toluca, Edo de México 04 del día del mes Agosto del año 2022

A. Giguera
Padre de la paciente El paciente (padre, madre o tutor) _____ El Odontólogo informante _____

Anexo 2


 Universidad Autónoma del Estado de México
 Facultad de Odontología

**HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTE AMBULATORIO
 MEDICINA Y PATOLOGÍA BUCAL
 "OROCENTRO-UAEM"**

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: _____ Fecha: 05/09/22 Folio: _____
 Edad: 26 Fecha de nacimiento: _____ Sexo: F Ocupación: Docente
 Estado civil: Casado
 Dirección completa: _____
 Teléfonos: 5 Hablar con: _____ E-mail: No tiene

DATOS DE LA ANAMNESIS:

Examinado por: _____
 Motivo de consulta: Examen al dentista y sus hijos por tener una patología
 Tiempo de evolución del padecimiento actual (días, meses, años): 1 año aprox
 Tratamiento previo (medicamentos utilizados, cirugías anteriores etc.): _____

Signos vitales: FC: _____ TEMP: _____ T.A: _____ PESO: _____ TALLA: _____

Antecedentes personales patológicos:

Cirugías	<u>No</u>
Hospitalizaciones	<u>No</u>
Alergias	<u>No</u>
Respiratorias	<u>No</u>
Cardiovasculares	<u>No</u>
Renales	<u>No</u>
Sanguíneas	<u>No</u>
Otros:	<u>No refiere</u>

Antecedentes heredo-familiares: (Diabetes, hipertensión, cardíacos, cáncer, síndromes, etc.):
Diabetes (Dad, madre)

Medicamentos actualmente utilizados (nombre, dosis e indicaciones):

Hábitos:
 Fumo: No - Si: Si cigarros al día: 2 meses/años: 7 años edad de inicio: 17 Bebidas alcohólicas:
 No - Si: Si meses/años: 2 Bebidas: Cerveza Frecuencia: todos los días; fines de semana
 otros: _____ Drogas: No - Si: Tipo: _____ meses/años: _____
 Edad de inicio: _____

Anexo 3



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Referencia de Comunidad a Unidad Médica de Primer Nivel 1/ FOLIO

1/

2/ ADULTO PEDIÁTRICO

3/ FECHA DE REFERENCIA _____ 4/ HORA DE REFERENCIA 9:00 am

5/ EDAD

5/ EDAD		6/ GÉNERO	
AÑOS	MESES	M	F
26	5	X	

7/ NOMBRE DE LA O EL PACIENTE _____

8/ FECHA DE NACIMIENTO DE LA O EL PACIENTE _____

9/ DOMICILIO DE LA O EL PACIENTE _____

10/ NÚMERO DE TELÉFONO DE LA O EL PACIENTE _____ 12/ MOTIVO DE ENVÍO PRESENCIA DE


LESIÓN INTRAORAL EN ZONA MANDIBULAR IZQUIERDA

11/ URG. _____


13/ UNIDAD MÉDICA A LA QUE SE REFIERE CONCEPCIÓN DE LOS BAÑOS IXTLAHUACA, ESTADO DE MEXICO

14/ PERSONAL DE SALUD QUE REFIERE: _____

Anexo 4



**GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO**



Historia Clínica y Estudio Estomatológico (Plan y Desarrollo de Tratamiento) 1No. EXPEDIENTE:

2) MUNICIPIO: LA CONCEPCIÓN DE LOS BAÑOS	3) CLAVE DE LA UNIDAD: MCSSA002884	4) FECHA: 28/07/2022	5) HORA: 13:00 pm
--	--	--------------------------------	-----------------------------

6) NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE (S)):		7) EDAD: 26 AÑOS	8) GÉNERO: MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>
9) DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO):			10) TELÉFONO:

11) OCUPACIÓN: COMERCIANTE	12) ESTADO CIVIL: CASADO	13) GRUPO:	14) SEGURIDAD SOCIAL: No. De Seguridad: MSS <input type="checkbox"/> OSTE <input type="checkbox"/> PROSPERA <input type="checkbox"/> SEGURO POPULAR <input type="checkbox"/> OTRA <input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------------------	------------------------------------	------------	---

15) INTERROGATORIO

¿QUE ENFERMEDAD (S) HA PADECIDO DURANTE EL ÚLTIMO AÑO? LESIÓN PATOLÓGICA BUCAL

CUANDO HA ACUDIDO A CONSULTA SU MEDICO LE HA DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD COMO:

ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	TUBERCULOSIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	DIABETES M	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	HEPATITIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
FIEBRE REUMÁTICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	BRONQUITIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	HIPOTENSIÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	VHA	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
ANEMIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	EPILEPSIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	HIPERTENSIÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	OTRA:	<u>NO REFIERE</u>

¿ES USTED ALERGIICO A LA PENICILINA? SI NO OTROS MEDICAMENTOS SI NO CUALES: NO REFIERE

¿LO HAN ANESTESIADO ANTERIORMENTE? SI NO ¿HA TENIDO PROBLEMAS CUANDO SE LA APLICARON? SI NO ¿QUE LE SUCEDIÓ? NO REFIERE

¿LE HAN REALIZADO ALGUNA CIRUGIA? SI NO CUAL: NO REFIERE ¿TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS? SI NO FECHA: NO REFIERE

¿HA PRESENTADO SANGRADO EXCESIVO? SI NO ¿HEMORRAGIAS FRECUENTES? SI NO SITIO: NO REFIERE

USO DE MEDICAMENTOS: ANTICOAGULANTES SI NO TRANQUILIZANTES SI NO

OTROS SI NO CUALES: NO REFIERE

¿ALGUN FAMILIAR SUYO PADCE DIABETES M? SI NO PARENTESCO: PADRES

¿FUMAS? SI NO ¿INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS? SI NO OTRO TIPO DE SUSTANCIAS: NO REFIERE

16) NOMBRE Y FIRMA DEL ESTOMATOLOGO	17) NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR
-------------------------------------	---

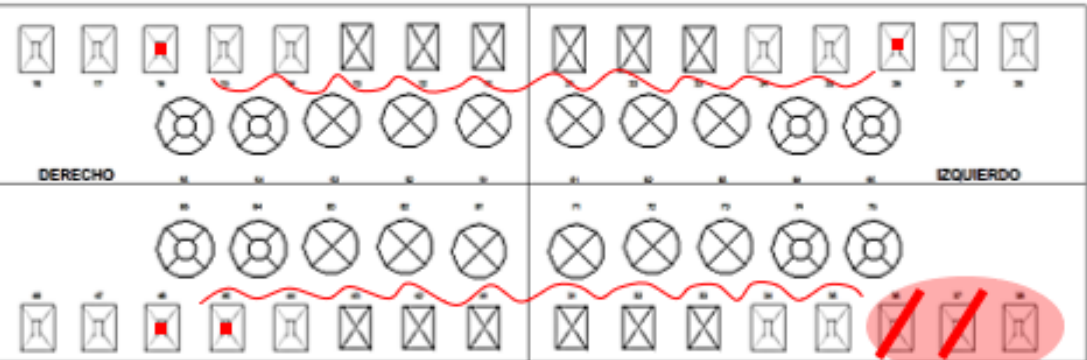
EXPLORACIÓN

18) EXAMEN FACIAL Y TEJIDOS BLANDOS

CARA	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	CUELLO	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	ARTICULACIÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
LABIOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	CAPILLOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	TEMPERATURA BUCAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
PALADAR BLANDO	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	AMIGDALAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	PALADAR DURO	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
GLÁNDULAS SALIVALES	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	LENZUA	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	PIRO DE LA BOCA	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>

19) FC: 79 por min 20) Tª: 36.4°C 21) TALLA: 169 cm 22) TIPO DE OCLUSIÓN: CLASE 1
 23) FR: 19 por min 24) TA: 120/70 mmHg 25) PESO: 63 kg 26) DIAGNÓSTICOS (CLASIS): K02.9, K04.0, K05.0

27) ODONTOGRAMA



208C0101100000L-042-18

Anexo 5

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO		LEEM	
Hoja de Referencia			
		19/ <input checked="" type="checkbox"/> ADULTO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
20/ Fecha	28/07/2022	21/ No. de Control	
		22/ Clasificación Socioeconómica	0
		23/ URGENCIA	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
25/ CLAVE DE IDENTIFICACIÓN CAUSES: 0			
II			
26/ NOMBRE DEL PACIENTE (S)			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
27/ NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE		28/ PARENTESCO	
29/ NÚMERO DE EXPEDIENTE		30/ EDAD	
		26	
		31/ SEXO	
		MASCULINO	
III			
FECHA DE NACIMIENTO:		CURP:	
32/ UNIDAD QUE REFIERE			
CSRD LA CONCEPCIÓN DE LOS BAÑOS I			
IV			
33/ UNIDAD A LA QUE SE REFIERE			
CLINICA OROCENTRO FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UAEMéx			
34/ DOMICILIO			
PASEO TOLLÓCAN ESQ JESUS CARRANZA COL. UNIVERSIDAD CP. 50130 TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO			
CALLE		NÚMERO	
35/ SERVICIO AL QUE SE ENVIA		COLONIA	
LABORATORIO DE PATOLOGÍA			
36/ NOMBRE DEL MÉDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA			
V			
37/ MOTIVOS DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO):			
T.A.		120/70 mmHg	
TEMP.		36.2°C	
F.R.		19 por minuto	
F.C.		80 POR MINUTO	
PESO		63 KILOGRAMOS	
TALLA		169 CENTÍMETROS	
ESCALA DE GLASGOW		SILVERMAN	
		0	
38/ LLENADO CAPILAR			
INMEDIATO			
39/ PADECIMIENTO ACTUAL			
Paciente masculino de 26 años con dolor a la masticación referido desde hace un mes, así mismo, presencia de inflamación en zona mandibular izquierda con 12 meses de evolución. Paciente acude a enlace de Patología ISEM			
CSRD Concepción De Los Baños, donde se identifica asimetría facial izquierda.			
40/ EVOLUCIÓN			
Paciente masculino de edad aparente a la cronológica, consciente, ubicado en tiempo y espacio, cráneo normocefalo, sin hundimientos, buena implantación de pabellones auriculares, pupilas isocoras y normorreflécticas, adecuada coloración e hidratación de tegumentos y mucosas			
cuello cilíndrico, tráquea central, movable, no se palpan masas o adenomegalias, tórax normo líneo, con adecuada dinámica ventilatoria, campos pulmonares normales. Radiográficamente se identifica lesiones radiolúcidas multiquísticas en zona mandibular izquierda. Intraoralmente: lesión de consistencia dura, bordes irregulares y mucosa eritematosa, asociada a órganos dentarios 36 y 37, PRONÓSTICO: RESERVADO A EVOLUCIÓN			
41/ ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE			
Ortopantomografía			
42/ IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA			
Ameloblastoma, mixoma odontogénico, lesión central de células gigantes			
POR LO QUE SE REFIERE PARA VALORACIÓN Y PLAN DE TRATAMIENTO			

Anexo 6



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS EN ODONTOLOGÍA
LABORATORIO DE PATOLOGÍA

Paciente: _____ No. De biopsia: **155-2022**
Edad: **26 AÑOS** Género: **HOMBRE**
Diagnóstico clínico: **CARCINOMA- AMELOBLASTOMA- OSTEOSARCOMA**
Datos clínicos: **LESIÓN EN ZONA RETROMOLAR VESTIBULAR**
Solicitante: **ISEM**
Fecha de recepción: **03 DE AGOSTO DE 2022** Fecha de elaboración: **11 DE AGOSTO DE 2022**

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Muestra referida como biopsia incisional mandibular izquierdo:

AMELOBLASTOMA CONVENCIONAL CON PATRÓN FOLICULAR PLEXIFORME BASALOIDE CÓDIGO 9310/0 WHO, 2017

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:

Múltiples fragmentos de tejido duro y blando. Tejido duro: órganos dentarios 36 y 37 con adherencias de tejido blando en la porción apical, color café, consistencia firme, las cuales se desprenden para procesar, el órgano dentario se guarda. El resto de fragmentos son de tejido blando que miden en conjunto, 2.4 x 2 x 1.2 cm, son de gorma y superficie irregular, consistencia firme, con áreas blandas, color café con fragmentos de color amarillo traslúcido. Se incluye todo en cápsulas 155-22 A, B, C.

Anexo 7

Hoja de Referencia			
		19/	<input checked="" type="checkbox"/> ADULTO <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
20/ Fecha	15/08/2022	21/ No. de Control	
		22/ Clasificación Socioeconómica	0
		23/ URGENCIA	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
25/ CLAVE DE IDENTIFICACIÓN CAÚSES: 0			
II			
26/ NOMBRE DEL PACIENTE (s)			
		APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
		NOMBRES (S)	
27/ NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE		28/ PARENTESCO	HIJO
29/ NÚMERO DE EXPEDIENTE		30/ EDAD	26
		31/ SEXO	MASCULINO
III			
FECHA DE NACIMIENTO:			
CURP:			
32/ UNIDAD QUE REFIERE			
CSRD LA CONCEPCIÓN DE LOS BAÑOS I			
IV			
33/ UNIDAD A LA QUE SE REFIERE			
CENTRO MÉDICO LIC ADOLFO LÓPEZ MATEOS			
34/ DOMICILIO			
Av San Juan s/n, Delegación San Lorenzo Tepaltitlán I, Delegación San Lorenzo Tepaltitlán, 50010 Toluca de Lerdo, Méx.			
		CALLE	NÚMERO
		COLONIA	
35/ SERVICIO AL QUE SE ENVIA			
CIRUGIA MAXILOFACIAL			
36/ NOMBRE DEL MÉDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA			
V			
37/ MOTIVOS DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLINICO DEL PADECIMIENTO):			
		T.A.	120/70 mmHg
		TEMP.	36.2°C
		F.R.	19 por minuto
F.C.	80 POR MINUTO	PESO	63 KILOGRAMOS
TALLA	169 CENTÍMETROS	ESCALA DE GLASGOW	SILVERMAN 0
38/ LLENADO CAPILAR			
INMEDIATO			
39/ PADECIMIENTO ACTUAL			
Paciente masculino de 26 años con dolor a la masticación referido desde hace un mes, así mismo, presencia de inflamación en zona mandibular izquierda con 12 meses de evolución. Paciente acude a Clínica Orocentro de la Facultad de Odontología UAEMEX, donde se realiza biopsia incisional para su análisis histopatológico			
40/ EVOLUCIÓN			
Paciente masculino de edad aparente a la cronológica, consciente, ubicado en tiempo y espacio, cráneo normocefalo, sin hundimientos, buena implantación de pabellones auriculares, pupilas isocoras y normorreflécticas, adecuada coloración e hidratación de tegumentos y mucosas cuello cilíndrico, tráquea central, movable, no se palpan masas o adenomegalias, tórax normo lineo, con adecuada dinámica ventilatoria, campos pulmonares normales, abdomen blando, depresible sin alteraciones. De acuerdo con diagnóstico histopatológico se identifica presencia de Ameloblastoma Convencional Presenta asimetría facial, con aumento de volumen en zona mandibular izquierda, con dolor a la masticación PRONÓSTICO: RESERVADO A EVOLUCIÓN			
41/ ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE			
Estudios de laboratorio anexados y biopsia incisional			
42/ IMPRESIÓN DIAGNOSTICA			
AMELOBLASTOMA CONVENCIONAL CON PATRÓN PLEXIFORME BASALOIDE FOLICULAR			
POR LO QUE SE REFIERE PARA VALORACIÓN Y PLAN DE TRATAMIENTO			