



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE  
LA CAVIDAD ORAL**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A :  
MIGUEL ANGEL YAUYENTZI ROMERO

CIUDAD UNIVERSITARIA;

FEBRERO DE 1983



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INTRODUCCION

El estudio y analisis de los tumores de la cavidad bucal y estructuras adyacentes constituye una fase importante en el campo de la odontología, por el papel que desempeña el odontologo en el diagnostico y tratamiento de estas lesiones. Aunque constituyen una minoria de los diversos estados patologicos; son de gran importancia por su capacidad potencial de amenazar la salud y la longevidad del paciente.

Un tumor es una neoplasia y este término hace referencia a un trastorno de la reproducción celular que lleva a una multiplicación ilimitada de determinados grupos de células que escapan a los controles normales del organismo. Esta reproducción desenfrenada generalmente se acompaña de una insuficiente diferenciación celular, y resulta en la producción de una masa nueva que ocupa espacio en el organismo y rechaza o infiltra los tejidos vecinas.

Sí la proliferación neoplásica se deja a su libre crecimiento y se encuentra a una adecuada fuente de nutrientes para las necesidades de sus componentes, invadirá los tejidos del huésped hasta el punto de perjudicar funciones vitales y terminar con la vida del individuo. Una vez establecido el trastorno neoplásico en referencia, no es necesario que persistan las condiciones que los produjeron pues las células adquieren la propiedad de continuar la multiplicación sin ser frenadas por los mecanismos de control que ejercen su poder sobre las células normales.

En muchas ocasiones el proceso neoplásico no se presenta bruscamente, sino con una alteración progresiva de la reproducción celular de un tejido que partiendo de una lesión de tipo hiperplási-

co pasa por varias etapas intermedias y finalmente invade de manera agresiva al organismo, constituyendo el verdadero cancer. La división en varias etapas de este proceso continuo no es por lo tanto absoluta sino convencional. En un extremo del proceso neoplásico están las hiperplasias y en el otro el cancer. En el intermedio están las lesiones precancerosas, que pueden o no evolucionar a un verdadero cancer; y los tumores llamados benignos que son neoplasias cuya diferenciación celular es generalmente mayor y cuyo grado de reproducción celular es menor que el de los verdaderos CANCERES a los cuales también se les denomina tumores malignos.

El progreso de las lesiones hiperplásicas hacia verdaderos--- tumores malignos no es constante. En algunos casos esto se explica por --- supresión del agente, como ocurre en los exfumadores que mejoran sus--- síntomas de bronquitis y tienen una mejor tasa de cáncer pulmonar que--- los fumadores, o en la mayoría de las lesiones cutaneas de quienes suspenden su exposición a los rayos solares. En otros casos el irritante--- produce un tumor que se puede eliminar espontáneamente, como el quera--- toacantoma; que cuando no se elimina, el proceso puede continuar hacia--- un verdadero cancer.

La lesión llamada displasia, puede clasificarse como precancerosa. Esta puede convertirse en una lesión llamada CARCINOMA IN SITU de caracteres citológicos malignos pero que se limita a crecer solo en el espesor del epitelio.

La terminación OMA se usa para designar en general a los tumores, precedida de la raíz correspondiente al tejido de origen (fibroma, lipoma), o de alguna característica clinicopatologica, (papiloma= tumor que forma papilas; adenoma= tumor glandular. El vocablo carcinoma indica un tumor maligno de tejidos epiteliales y el vocablo sarcoma se refiere a tumores malignos del tejido conjuntivo.

A continuación y para mi propósito presento una clasificación de los diversos tipos de tumores, que se presentan en la cavidad bucal, los cuales pueden ser de origen dentario y no dentario.

Los de origen dentario provienen de inclusiones epiteliales que permanecen dentro de los huesos de las arcadas después de que ha terminado la formación del diente. Esto ocurre cerca de los dientes y en las líneas de sutura de la mandíbula y maxilares en desarrollo. Como es evidente estos tumores aparecen en cualquier lugar de todas las estructuras que forman la cavidad bucal.

Como se muestra en el presente estudio estas nuevas formaciones pueden ser de tejido epitelial, conectivo o nervioso; que de acuerdo a su comportamiento y estructura celular pueden ser: malignos y benignos.

Los benignos crecen lentamente y generalmente están encapsulados, y se agrandan por expansión periférica.

El tumor maligno por el contrario, pone en peligro la vida del paciente en virtud de su rápida extensión por infiltración en las vitales estructuras vecinas mediante el fenómeno de metástasis, pues provoca neoplasias secundarias en partes distantes del cuerpo, generalmente a través de las corrientes linfática y sanguínea.

Un elemento básico y decisivo que además de ser un auxiliar para el diagnóstico de dichos tumores es la biopsia; aunque el diagnóstico de muchas lesiones puede ser hecho clínicamente por el odontólogo con experiencia, suele ser provisional, supeditado al informe final del patólogo sobre la muestra de tejido.

El tratamiento general para los tumores consiste esencial-

almente en su extirpación, pero la intervención quirúrgica difiere según la naturaleza del neoplasma.

Dicho tratamiento dependerá del resultado de la biopsia, de la localización del neoplasma, de su radiosensibilidad, del grado de metástasis, y de la edad y condición física del paciente; y tomando en cuenta todos estos factores el plan de tratamiento también comprenderá; terapéutica por irradiación, quimioterapia, y criocirugía.

## TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL

### PAPILOMA

#### DEFINICION.

El papiloma es una proliferación exofítica que se forma en el tejido de las membranas mucosas de la cavidad bucal compuesta de numerosas proyecciones dactiliformes pequeñas que producen una lesión cuya superficie es rugosa, verrucosa o en coliflor.

#### ETIOLOGIA.

Desconocida.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS.

Esta neoplasia representa cerca del 2% de las biopsias bucales, la lesión es pequeña, bien circunscrita, de crecimiento pedunculado, en forma de coliflor y consistencia raramente sésil. Puede aparecer en cualquier lugar de la cavidad bucal, siendo sus localizaciones habituales más comunes: los labios, la lengua, toda la mucosa bucal, encía y paladar particularmente en la zona adyacente a la úvula. Las lesiones que se presentan en el interior de la cavidad bucal, son de consistencia blanda; mientras que las expuestas en labios suelen ser ásperas y escamosas. Este tumor aparece a cualquier edad sin predominancia de sexo, observándose hasta en niños pequeños.

#### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El aspecto histológico del papiloma es característico y este consiste en una lesión en forma de coliflor compuesta por un-

tallo delgado y por diversas proyecciones dactiliformes largas y delgadas, que a su vez también están formadas por una capa continua de epitelio escamoso estratificado con núcleo central de tejido conectivo laxo que se extiende en la superficie de la mucosa. Algunos papilomas presentan hiperqueratosis como hallazgo secundario. Fundamentalmente el papiloma se caracteriza por una proliferación de células espinosas en estructura papilar.

#### TRATAMIENTO.

Extirpación quirúrgica y electrocauterización.

### QUERATOACANTOMA

#### DEFINICION.

Este término se refiere a una lesión cutánea tumoral de bordes elevados, centro deprimido crateriforme taponado por queratina, de rápido crecimiento y regresión espontánea; que se asemeja al carcinoma epidermoide tanto clínica como histológicamente. Se le conoce también con el nombre de carcinoma autocicatrizante.

#### ETIOLOGIA.

Desconocida, aunque se han considerado factores genéticos y virales.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS.

Originalmente esta lesión es propia de la piel, sin embargo, aparece también en la cavidad bucal por lo que merece nuestra atención. El queratoacantoma es dos veces más frecuente en varones que en mujeres y, en la mayoría de los casos, se presenta entre los 50 y 70 años preferentemente en personas de edad avanzada. El inicio de la lesión se realiza con un nódulo pequeño firme que adquiere su tamaño

maximo en un período de cuatro a ocho semanas. Las lesiones son elevadas, umbilicadas o crateriformes, con un núcleo o tapón central--hundido, pudiendo ser dolorosas y suele haber linfadenopatía regional. Las lesiones que atacan la mucosa bucal lo hacen principalmente en ambos labios, en lengua y en la cresta alveolar; mientras que las lesiones en la piel expuesta lo hacen en las mejillas, nariz y dorso de las manos.

#### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

La lesión está formada por epitelio escamoso estratificado que prolifera hacia el tejido conectivo subyacente. La superficie está cubierta por una capa engrosada de paraqueratina u ortoqueratina con taponamiento central. Las células epiteliales son atípicas y ocasionalmente displásicas. En el borde más profundo del tumor hay islas invasoras de epitelio y frecuentemente es imposible diferenciar esta zona de un carcinoma epidermoide. El tejido conectivo de esta zona presenta tejido infiltrado inflamatorio crónico. Un rasgo más--característico se halla en los márgenes de la lesión donde el epitelio adyacente normal se eleva hacia la porción central del cráter, produciéndose después un cambio abrupto en el epitelio normal, a medida que se acerca al epitelio acantótico hiperplásico.

#### TRATAMIENTO.

Excisión quirúrgica.

### LEUCOPLASIA

#### DEFINICION.

Es una lesión que se presenta en la membranas mucosas, como una placa indolora dura de color blanco azulado, que puede estar fisurada elevada o plana. También puede presentarse en la mucosa de la vulva o cuello uterino. En patología bucal éste término significa

una lesión de la membrana mucosa bucal con disqueratosis.

#### ETIOLOGIA.

La etiología es variada, y dentro de ésta tenemos los siguientes factores intrínsecos y extrínsecos predisponentes:

- A).-El tabaco , que es el principal causante de éste tipo de lesiones, debido a que los alquitranes y resinas productos terminales de su combustión son capaces de producir alteraciones leucoplasicas en la mucosa bucal.
- B).-El alcohol, que se considera como agente irritante.
- C).-Irritación crónica, causada por maloclusión, prótesis mal adaptadas o dientes filosos y fracturados.
- D).-Deficiencia de vitamina C.
- E).-Alimentos calientes y condimentados.
- F).-Candidiasis.

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Clásicamente las placas leucoplasicas varían considerablemente en tamaño, localización y aspecto clínico. Es más común en hombres que en mujeres y se observa principalmente en edades avanzadas siendo la edad promedio de su aparición 60 años. Ataca principalmente la mucosa vestibular, comisuras, mucosa alveolar, lengua, labios, paladar blando, y duro, piso de boca y encía. La extensión de la lesión varía desde pequeñas placas irregulares bien localizadas a lesiones difusas que cubren una porción de la mucosa bucal. Estas placas varían de una zona levemente blanca translúcida a lesiones fisuradas papilomatosas e induradas; la superficie de la lesión suele estar finamente arrugada y es aspera a la palpación. Las lesiones son de color blanco, grises o blanco amarillento, o a veces también adquieren un co--

lor pardo amarillento cuando hay un gran consumo de tabaco.

Se han diferenciado dos formas principales de leucoplasia: Toda leucoplasia se inicia como tipo liso (leucoplasia plana) y sin elevación, pero que, después de períodos muy variables se engruesa y adquiere la forma verrucosa (leucoplasia verrucosa).

#### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Histologicamente hay un aumento anormal del espesor de la capa de ortoqueratina o estrato corneo en una localización particular (hiperortoqueratosis); hay aumento de la capa de paraqueratina (hiperqueratosis); hay engrosamiento anormal de la capa espinosa en una localización particular pudiendo ser intensa con alargamiento, engrosamiento, redondeamiento y confluencia de los brotes epiteliales (acantosis); hay también disqueratosis (displasia epitelial), la cual incluye: a).-mitosis incrementada y anormal, b).-queratinización celular individual, c).-pérdida de la polaridad, d).-hipercromatismo de células, e).-núcleos grandes y prominentes, f).-discariosis o atipia nuclear, g).-poiquilocarinosis, (división de núcleos sin división de citoplasma).

#### TRATAMIENTO.

Durante años se ha utilizado el tratamiento con la administración de vit. A, complejo B, estrógenos, irradiación, fulguración y excisión quirúrgica. En términos generales el tratamiento consiste en la eliminación de todo factor irritante identificable. Se aconseja la suspensión del tabaco y el alcohol, la corrección de toda posible maloclusión, así como también el reemplazo de prótesis mal adaptadas.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Desde el punto de vista clínico el liquen plano es la lesión más importante a considerar en el diagnostico diferencial de la

leucoplasia. Además de otras lesiones blancas de la mucosa bucal como son: las quemaduras químicas, las placas sífilíticas, infecciones micóticas, lupus eritematoso y nevo esponjoso blanco.

## LEUCOEDEMA

### DEFINICION.

Es un trastorno de la mucosa bucal, que clínicamente se asemeja a la leucoplasia incipiente, pero difiere de ella en ciertos aspectos.

### ETIOLOGIA.

Desconocida.

### CARACTERISTICAS CLINICAS.

Generalmente se presenta a los 45 años de edad, atacando con mayor frecuencia a los varones. Su aspecto varía de una película opalescente sobre la mucosa en los períodos incipientes, y una capa blanca grisácea más definida con una superficie con arrugas gruesas en los períodos tardíos.

En la mayoría de los casos las lesiones son bilaterales, y frecuentemente, afectan gran parte de la mucosa vestibular extendiéndose hacia la superficie bucal de los labios. El leucoedema es más notable a lo largo de la línea oclusal de la zona de premolares y molares, produciéndose en algunos casos descamación la cual deja una superficie erosionada.

### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Histológicamente hay aumento del espesor del epitelio, edema intracelular de la capa espinosa o de Malpighi, una capa paraqueratósica superficial de varias células de espesor, y gruesos botones epiteliales irregularmente alargados.

Las células edematosas típicas son grandes y pálidas, el citoplasma se ha perdido y los núcleos están ausentes. La presencia del infiltrado celular inflamatorio del tejido subyacente no es común. El aspecto clínico se debe a la retención de una capa superficial de células queratósicas.

Se ha dicho que el leucoedema es una lesión de la mucosa bucal en la cual se puede desarrollar la leucoplasia con mayor probabilidad que en el epitelio normal.

#### TRATAMIENTO.

No requiere tratamiento, debido a que es una variante de la mucosa normal.

### CARCINOMA INTRAEPITELIAL

#### DEFINICION.

Es una lesión que frecuentemente se produce en la piel, pero también se da en las membranas mucosas, incluyendo las bucales; la lesión se asemeja a la leucoplasia en todo sentido, salvo que la displasia es muy acentuada y se presenta en casi todos los estratos epiteliales. Se le conoce también como carcinoma In-Situ.

#### ETIOLOGIA.

Desconocida.

## CARACTERISTICAS CLINICAS.

La enfermedad de Bowen es una forma específica de carcinoma intraepitelial que se genera con cierta frecuencia en la piel, particularmente en pacientes que han tenido arsenoterapia; siendo raras las ocasiones en que esta enfermedad se presente en la cavidad bucal.

Clínicamente la lesión comprende cerca del 2.5% de las lesiones blancas de la mucosa bucal. La lesión intrabucal típica puede parecerse a la leucoplasia, siendo un rasgo común la queratinización. La enfermedad en mucosa bucal puede presentarse como una placa aterciopelada y eritematosa, elevada o plana, en la cual hay en algunos casos placas blanquesinas. Estas lesiones aparecen en paladar blando, encía, úvula, pilares amigdalinos, lengua, piso de boca, y labios. Ataca a varones y mujeres en igual cantidad, y tiende a aparecer en personas ancianas.

## CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Se caracteriza por hiperqueratosis, acantosis, disqueratosis y variación de la forma y tamaño de las células epiteliales de la capa espinosa. Hay núcleos hipercromáticos, figuras mitóticas extrañas y la poiquilocarinosis es característica, la capa basal se encuentra intacta.

## TRATAMIENTO.

Enucleación quirúrgica, irradiación, cauterización, nieve carbonica (bioxido de carbono sólido).

## TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL

### CARCINOMA BASOCELULAR

#### DEFINICION.

Es un tumor maligno de la epidermis, que tiene su origen en la células basales de la piel, presentandose en personas expuestas de la piel cara y cuero cabelludo a la luz solar.

#### ETIOLOGIA.

Radiación ultravioleta y agentes carcinogenos.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS.

El carcinoma basocelular, es más frecuente en las superficies de la piel, cara y cuero cabelludo, expuestas a la luz solar, siendo más común en hombres que en mujeres; atacando principalmente a personas de edad mediana (40-50 años) y ancianos.

Suele comenzar como una pequeña pápula levemente elevada que se ulcera y cicatriza y después aparece de nuevo. Posteriormente la úlcera costrosa que se presenta como superficial forma un borde liso y engrosado como consecuencia de la expansión lateral de células tumorales por debajo de la piel. Si estas lesiones no son tratadas continúan agrandándose e infiltrándose en los tejidos vecinos.

Este tumor es más frecuente en el tercio medio de la cara, pudiendo aparecer en cualquier sector de la piel y nunca se origina en la mucosa bucal pero puede llegar ahí por infiltración e invasión. No presenta propensión por la metástasis, aunque a veces lo hace en nódulos linfáticos o en una víscera alejada.

## CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

Microscópicamente presenta columnas de células epiteliales de núcleo grande y fusiforme, cromatina distribuida dando el aspecto de vidrio esmerilado y plasma escaso. Se caracteriza por la aparición de nidos, islas o capas de células con membranas celulares con grandes núcleos intensamente teñidos y cantidades variables de figuras mitóticas. La periferia de los nidos celulares está compuesta por una capa de células, bien polarizadas, semejantes a las células de la capa basal cutánea. Las células individuales no presentan una gran variación de su aspecto.

## TRATAMIENTO.

Cada lesión debe ser considerada por separado, ya sea mediante excisión quirúrgica o rayos X, y el pronóstico de ésta lesión es favorable.

## CARCINOMA EPIDERMÓIDE

También conocido como carcinoma espinocelular, es la neoplasia más común de la cavidad bucal. Aunque se produce en cualquier sector dentro de la boca, hay ciertas zonas que son atacadas con mayor frecuencia que otra; siendo atacada con mayor frecuencia la lengua, seguida del piso de la boca, la mucosa alveolar, paladar, y mucosa vestibular.

Los factores etiológicos más comunes a los que se atribuye la formación del cáncer bucal son: a).-tabaco, b).-alcohol, c).-sífilis, d).-deficiencias nutricionales, e).-luz solar, en el caso del cáncer del labio, f).-posiblemente virus.

El carcinoma epidermoide bien diferenciado se compone de

capas y nidos de células cuyo origen obvio es el epitelio escamoso; estas células suelen ser grandes y presentan una membrana celular--definida, aunque con frecuencia es imposible observar los puentes--intercelulares o tonofilamentos. Los núcleos de las células neoplásicas son grandes y tienen gran variabilidad en la intensidad de la reacción tintoreal. En las lesiones bien diferenciadas se pueden encontrar figuras mitóticas, pero no suelen ser muy abundantes. Muchas de estas figuras mitóticas son atípicas. Una de las características más sobresalientes es la presencia de queratinización celular individual y la formación de numerosas perlas epiteliales, o de queratina, de diversos tamaños. En la lesión típica, se observan grupos de estas células malignas invadiendo activamente el tejido conectivo.

Una zona de leucoplaquia suele preceder al carcinoma epidermoide. La leucoplaquia es una lesión de las membranas mucosas que se presenta como una placa indolora y dura de color blanco azulado, que se observa en pacientes de edad avanzada como consecuencia de irritación crónica, (sobreeposición de los labios a la luz solar,--dentaduras mal adaptadas, y traumatismos por dientes afilados).

Las metástasis de los carcinomas bucales de las diferentes localizaciones afectan principalmente los ganglios submaxilares y los cervicales superficiales profundos.

Debido a las diferencias en el aspecto clínico, a la naturaleza de la lesión, y particularmente al pronóstico, es mejor --describir los tumores tal como se presentan en las diversas zonas.

## CARCINOMA DEL LABIO

### DEFINICION.

El carcinoma epidermoide del labio es una enfermedad que se produce principalmente en varones de edad avanzada, y esta neoplasia ataca el labio inferior más comunmente que el labio superior.

### ETIOLOGIA.

Se presenta en personas fumadoras de pipa. La mala higiene bucal es casi un hallazgo general en los pacientes con cáncer del labio. Frecuentemente se ha asociado la leucoplasia con la aparición de este tipo de carcinoma.

### CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se presenta con mayor frecuencia entre los 55 y los 75 años y una edad promedio de 62 años. Los tumores suelen comenzar en el borde bermellón del labio, a un lado de la línea media. Al principio, es una pequeña zona de engrosamiento, induración y ulceración o irregularidad de la superficie. A medida que la lesión se agranda, — crea un pequeño defecto crateriforme o produce un crecimiento exofítico y proliferativo de tejido tumoral. Algunos pacientes tienen grandes masas fungosas en un lapso relativamente corto, mientras que en otros pacientes el avance es muy lento. Este carcinoma tarda en hacer metástasis a los ganglios linfáticos regionales.

### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Se compone de células fusiformes en continuidad directa con el epitelio suprayacente. Las células propiamente dichas tienen actividad mitótica, pleomorfismo e hiperchromatismo de los núcleos, cuya forma varía entre la ovalada y la fusiforme. Las células se agrupan en cordones y haces y forman estructuras ramificadas. La inva-

si6n de los tejidos suprayacentes es com6n.

#### TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Ha sido tratado por excisi6n quir6rgica o con rayos X, con un pron6stico favorable en ambos casos.

### CARCINOMA DE LENGUA

#### DEFINICION.

El carcinoma de la lengua comprende entre el 25 y 50 % de todos los c6nceres intrabucuales.

#### ETIOLOGIA.

Se considera a la sifilis como un efecto local y no como un efecto generalizado. La leucoplasia es una lesi6n com6n de la lengua, que fu6 obserbada muchas veces asociada con el c6ncer de la lengua. Tambi6n se incluye la mala higiene bucal, traumatismo cr6nico, y el consumo de alcohol y tabaco.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se presenta a la edad promedio de 53 a6os, principalmente en varones. La lesi6n t6pica se produce en el borde lateral, o en la superficie ventral de la lengua y muy raramente en el dorso de esta.

El signo m6s com6n es una masa o una 6lcera indolora, aunque en algunos pacientes la lesi6n se hace finalmente dolorosa, especialmente cuando se infecta en forma secundaria. El tumor se inicia como una 6lcera indurada en la superficie, con sus bordes levemente elevados y evoluciona hasta convertirse en una masa fungosa exof6tica o se infiltra en las capas profundas de la lengua, produciendo fijaci6n e induraci6n sin grandes alteraciones superficiales. La met6stasis se produce con un alto grado de frecuencia en los casos de c6ncer de lengua

a los ganglios linfáticos cervicales.

#### TRATAMIENTO.

No es posible hacer afirmaciones específicas sobre la eficacia de la cirugía comparada con la irradiación de rayos X, el pronóstico del cáncer en ésta localización no es bueno.

### CARCINOMA DEL PISO DE LA BOCA

#### DEFINICION.

Constituye alrededor del 15 % de todos los casos de cáncer intrabucal y se produce en el mismo grupo cronológico que los otros cánceres bucales.

#### ETIOLOGIA.

El fumar especialmente la pipa o cigarrros.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se presenta en pacientes cuya edad promedio es de 58 años, predominantemente en varones. La lesión típica es una úlcera indurada de tamaño variable, situada a un lado de la línea media, pudiendo ser dolorosa o no. Es más frecuente en la porción anterior del piso en la zona posterior. Debido a ésta localización, la extensión temprana hacia la mucosa lingual de la mandíbula propiamente dicha, al igual que hacia la lengua se produce con apreciable frecuencia; puede invadir los tejidos más profundos e incluso extenderse hacia las glándulas submaxilares y sublinguales. La cercanía de éste tumor a la lengua, le produce cierta limitación del movimiento, por lo que se suele observar un peculiar engrosamiento e embotamiento de la voz. Las metástasis desde el piso de boca son más comunes en el grupo de ganglios linfáticos—submaxilares.

## TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Rayos X, con un pronóstico regular.

## CARCINOMA BERRUCOSO

### DEFINICION.

Es una forma de carcinoma epitelial de la cavidad bucal, y difiere de este por presentar un crecimiento lento basicamente esofítico. Tiene un potencial metastático bajo, debido a su evolución no agresiva y prolongada.

### ETIOLOGIA.

Se presenta en personas masticadoras de tabaco principalmente, y en personas portadoras de protesis mal adaptadas.

### CARACTERISTICAS CLINICAS.

Ataca a personas cuya edad fluctua entre los 60 y 70 años. El 75% de las lesiones se dan en varones, encontrandose la mayoría de ellas en mucosa vestibular y encía o reborde alveolar, aunque a veces, en el piso de la boca. La lesión es fundamentalmente de naturaleza esofítica y de naturaleza papilar con superficie guijarrosa cubierta a veces, de una película leucoplasica blanca. Las lesiones presentan pliegues con aspecto de arrugas o de coliflor con fisuras profundas intercaladas y las lesiones de la mucosa vestibular suelen extenderse bastante antes de atacar las estructuras contiguas más profundas.

Las lesiones del reborde mandibular o de la encía proliferan hacia el tejido blando que la cubre, abriendolo y fijandose rápidamente al periostio, destruyendo e invadiendo gradualmente la mandíbula.

Los ganglios linfáticos regionales suelen estar sensibles y agrandados, simulando un tumor metastático. El dolor y las molestias para masticar son síntomas comunes.

#### **CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.**

Hay marcada proliferación y penetración hacia el tejido conectivo sin ser una verdadera invasión. El epitelio se encuentra bien diferenciado y con poca actividad mitótica, pleomorfismo e hiper-cromatismo.

Se caracteriza por los espacios que en forma de figura estan cubiertos por una capa de paraqueratina, que se extienden— desde la superficie hasta zonas profundas de la lesión. La paraqueratina que tapiza las figuras con tapones de queratina es la marca que distingue al carcinoma verrucoso. También hay tapones de queratina que se extienden hacia el epitelio. Aunque las lesiones suelen ser muy extensas suele quedar intacta. Puede haber o no infiltraje celular inflamatorio crónico abundante.

#### **TRATAMIENTO.**

Excisión quirúrgica, con pronóstico muy favorable.

### **MELANOMA MALIGNO**

#### **DEFINICION.**

También recibe el nombre de melanocarcinoma, es una de las neoplasias más letales del ser humano, y se le considera la contraparte maligna del nevo pigmentado común; y puede ser: melanótico y nevocítico.

## ETIOLOGIA.

Se cree que el tipo nevocítico se origina a partir de un nevo limítrofe, mientras que el tipo melanótico lo hace a partir de lesiones melanóticas no nevoíges.

## CARACTERISTICAS CLINICAS.

El tumor es raro antes de la pubertad y la mayoría de los casos aparecen después de los 30 años, con una mayor frecuencia en hombres que en mujeres. Aparece como una lesión primaria no solo en la piel y las mucosas bucales, sino también en los ojos, la mucosa vaginal, y los órganos respiratorios superiores.

Clínicamente se observa esta lesión como una zona pigmentada, agrandada, rodeada de un eritema, indolora, con presencia frecuente de costras y hemorragia o ulceración de la superficie. La pigmentación va del pardo obscuro al azul oscuro o negro. Ataca principalmente al reborde alveolar del maxilar superior, el labio superior, la mucosa bucal, y la cresta alveolar inferior en menor grado. Generalmente presenta metástasis en ganglios linfáticos regionales y órganos distantes como el hígado y los pulmones.

## MANIFESTACIONES BUCALES.

La lesión puede aparecer como una zona intensamente pigmentada, ulcerada y hemorrágica que progresivamente aumenta de tamaño. El melanoma bucal tiene predilección precisa por el reborde alveolar y paladar. Asimismo se han observado casos en lengua y piso de la boca.

## CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Por lo general las células tienen tamaño y forma relativamente uniforme, con una tendencia a disponerse en estructura alveolar compacta llegando a la profundidad del tejido conectivo y al

gunas son de forma ovoide o fusiforme. La presencia de melanina es inevitable, pero no así la actividad mitótica. En las lesiones no ulceradas,-- se ven alteraciones limítrofes, que consisten en aflojamiento y proliferación hacia abajo de las células epiteliales y hacia abajo del tejido conectivo; siendo preciso comprobar esa actividad limítrofe para establecer el diagnóstico de melanoma bucal.

#### **TRATAMIENTO.**

Resección quirúrgica de la parte afectada con disección de los nódulos linfáticos regionales, su pronóstico es desfavorable.

### **TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN CONECTIVO**

#### **FIBROMA AMELOBLASTICO**

#### **DEFINICION.**

Es la neoplasia más común que se presenta en la cavidad bucal, compuesta por elementos epiteliales y mesenquimatosos, con íntima relación con la hiperplasia fibrosa y en muchos casos es indistinguible de ésta histologicamente.

#### **ETIOLOGIA.**

Traumatismos.

#### **CARACTERISTICAS CLINICAS.**

Este tumor puede presentarse a cualquier edad, pero lo hace principalmente en la tercera y cuarta décadas de la vida. La lesión se presenta bien definida, elevada, de superficie lisa y base sécil, de aspecto pedunculado redondeado y firme. Su crecimiento es lento y su tamaño es pequeño.

Al proyectarse sobre la superficie el tumor llega a ulcerarse superficialmente. Es más común en la encía, mucosa vestibular, lengua, labios y paladar.

#### **CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.**

Se observan haces de fibras colagenas entrelazadas con cantidades pequeñas de fibroblastos y fibrocitos. La superficie de la lesión se halla cubierta por epitelio escamoso estratificado frecuentemente---estirado con brotes epiteliales acortados y aplanados. Se observa vasodilatación, edema e inflamación.

Se caracteriza por el aumento de la cantidad de células producidas por el incremento de la actividad mitótica.

#### **TRATAMIENTO.**

Excepción quirúrgica.

### **OSTEOCLASTOMA**

#### **DEFINICION.**

También se le conoce con el nombre de granuloma periférico de células gigantes o éupis de células gigantes. Este tumor proviene del tejido conectivo del periostio dental que proporciona a los dientes su fijación al alveolo. También se le ha definido únicamente como una proliferación de la encía.

#### **ETIOLOGIA.**

Es causado por traumatismos postextracción, por prótesis mal adaptadas y por infecciones crónicas.

#### **CARACTERISTICAS CLINICAS.**

Se presenta a cualquier edad siendo la edad promedio 30

años, con una mayor predilección por el sexo femenino tanto en dentados como en desdentados. Obviamente se presenta en la encía y reborde alveolar, con mayor frecuencia en la zona de premolares. La lesión es de aspecto pedunculado o sésil, de color rojo oscuro o azulado debido a la gran cantidad de vasos, dando por lo tanto un aspecto hemorrágico o vascular, y puede presentar una superficie ulcerada. La lesión es pequeña, pero puede alcanzar un gran tamaño y desplazar los dientes de su posición normal; invadiendo el hueso adyacente a medida que aumenta de tamaño. En el paciente desdentado la lesión puede presentarse como una hinchazón vascular de la cresta del reborde ovoide o fusiforme.

#### CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

En zonas desdentadas el granuloma periférico presenta erosión superficial del hueso, con la imagen patognomónica de un "manguito óseo" periférico. Cuando el tumor se produce en zonas en donde hay dientes la radiografía revela la destrucción superficial del margen alveolar o de la cresta del hueso interdentarios.

#### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Se compone de masa de tejido no encapsulado, compuestas por un delicado estroma de tejido conectivo reticular y fibrilar, que contiene gran cantidad de células conectivas jóvenes ovoides o fusiformes y células gigantes multinucleares. Los capilares son abundantes en la periferia de la lesión, encontrando a veces, células gigantes en la luz de estos vasos con liberación de pigmento de hemosiderina, así como el infiltrado celular inflamatorio.

Se suelen observar espículas de osteoide o de hueso neoformado en la lesión fibrosa vascular y celular esparcidas. Un rasgo característico de esta lesión son los focos hemorrágicos.

#### TRATAMIENTO.

Excisión quirúrgica, eliminando cuidadosamente la base de la lesión, seguida de electrocauterización para destruir cualquier residuo y controlar las hemorragias. Finalmente la cavidad se llena con un tapón sedante permitiendo así la granulación normal y aliviar el dolor.

## QUISTE OSERO ANEURISMÁTICO

### DEFINICION.

Se define como una lesión ósea solitaria, que constituye aproximadamente el 1.5% de los quistes no odontogénicos y no epiteliales; por lo que se le considera como un pseudoquiste de los maxilares.

### ETIOLOGIA.

Traumatismos. También se origina como consecuencia de una persistente alteración de la hemodinámica que conduce al aumento de la presión venosa y al ulterior desarrollo de un lecho vascular dilatado y estancado en la zona ósea transformada.

Entonces se produce la resorción ósea con la cual se relacionan las células gigantes, y el hueso es reemplazado por tejido conectivo osteoide y hueso neoformado.

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Se presenta principalmente antes de los 20 años, en predominancia de sexo, y muy frecuentemente lo hace en personas adultas. Ataca ambos maxilares pero lo hace con mayor frecuencia en la mandíbula, la cual en el lado afectado presenta un agrandamiento sólido e insensible, pudiendo haber maloclusión como consecuencia de la deformidad.

A la exploración la lesión presenta una cavidad ósea llena de un tejido pardo rojizo, similar al tejido hepático plétórico de sangre que al raspaje ocasiona una profusa y excesiva hemorragia; y la sangre mana de los tejidos, dando el aspecto de una gran esponja empapada de sangre con grandes poros que son los espacios cavernosos de la lesión.

En muchas ocasiones la lesión suele ser dolorosa, en particular durante el movimiento, y esta sensibilidad llega a limitar el movimiento del hueso afectado, siendo común la hinchazón de la zona ósea afectada.

#### **CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.**

El hueso se encuentra expandido, apareciendo quístico, con aspecto de panal o de pompas de jabón y la imagen radiolúcida es excéntrica. La cortical ósea puede estar destruida siendo evidente la reacción perióstica.

#### **CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.**

Se compone de un estroma de tejido conectivo fibroso, que contiene muchos senos cavernosos ocupados por sangre, los cuales presentan trombosis o no. Numerosos remansos de sangre estos revestidos de células fusiformes de tejido conectivo, y el tejido entre estos remansos está compuesto de fibroblastos, células gigantes multinucleares, focos de hemosiderina y pequeños vasos sanguíneos. Los fibroblastos jóvenes son abundantes en el estroma conectivo así como las células gigantes multinucleares. Hay cantidades variables de osteoide y hueso.

#### **TRATAMIENTO.**

Curetaje o extirpación quirúrgica. Se han utilizado dosis bajas de irradiación con resultados positivos.

## LIPOMA

### DEFINICION.

Es un tumor benigno formado por tejido adiposo, y que se presenta con mayor frecuencia en los tejidos blandos; particularmente en los tejidos subcutáneos del cuello.

### ETIOLOGIA.

Desconocida.

### CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se presenta en cualquier parte de la cavidad bucal, siendo sus lugares predilectos los labios y carrillos, pero también se presenta en lengua, piso de boca y pliegue mucovestibular. Se presenta como una lesión única o lobulada e indolora, fijada a una base sésil o pediculada. El lipoma es amarillento y relativamente blando a la palpación, presentándose a veces a mayor profundidad o, erbanado solamente una elevación leve de la superficie. La mucosa que los cubre suele estar distendida por la presión del lipoma en crecimiento. Es un tumor de crecimiento lento que aparece a cualquier edad mostrando cierta preferencia por adultos viejos y mujeres, especialmente en el tejido adiposo subcutáneo.

Estos tumores pueden ser únicos o múltiples, y en este último caso a veces muestran distribución simétrica o se asocia a malformaciones congénitas de la piel. Clínicamente se sospechan cuando se aplica frío a una tumoración subcutánea y esta se endurece.

### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Se compone de una masa circunscrita de células adiposas maduras que pueden presentar cantidades variables de cordones colágenos que pasan a través de la lesión sosteniendo algunos vasos sanguíneos pequeños.

## TRATAMIENTO.

Extirpación quirúrgica.

## HEMANGIOMA

### DEFINICION.

Es un tumor de evolución benigna que se caracteriza por la proliferación de vasos sanguíneos, y constituye menos del 1% de los tumores óseos; también se le conoce con el nombre de nevo vascular.

### ETIOLOGIA.

Hereditaria, atribuible a restos embrionarios.

### CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se clasifica de la siguiente manera: 1.-Capilar, 2.-Cavernoso, 3.-Angioblástico, 4.-Nasoso y 5.-Sistémico difuso; siendo los más importantes el cavernoso y el capilar y por lo tanto los más comunes.

El capilar también conocido como mancha de vino, consiste en una gran cantidad de capilares revestidos de endotelio llenos de sangre que amenazan infiltrar la mucosa por difusión, pudiendo en la cara o dentro de la boca. Este tumor se torna pálido a la compresión presentando una coloración rojo-azulosa.

El hemangioma cavernoso está compuesto por pequeñas o grandes cantidades de amplios espacios de paredes delgadas, llenos de sangre y revestidos de células endoteliales planas. Invade tejidos blandos o destruye estructuras óseas vecinas por compresión. Se presenta a cualquier edad sin predilección de sexo y ataca principalmente las vértebras y huesos del cráneo.

La mayoría de los casos de hemangioma, están pr desde el nacimiento o aparecen a edad muy temprana.

El hemangioma de los tejidos blandos bucales, es similar al hemangioma de la piel y aparece como una lesión parcialmente elevada o sumergida, circunscrita o difusa, de color rojo intenso o azulado, de superficie lisa y tamaño variable, son blandos a la palpación pudiendo blanquear a la presión.

Su localización más común la hace en ambos labios, lengua y mejillas, así como también en las mucosas vestibulares y el paladar. El tumor suele ulcerarse o infectarse secundariamente; y las lesiones producen una masa de tamaño considerable del lugar afectado, produciendo dificultad en la masticación y fonación. Presentan un crecimiento lento debido a la hemorragia interna y trombosis.

#### **CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.**

El hemangioma de tipo capilar se compone de numerosos capilares pequeños tapizados de una capa de células endoteliales, sostenidas por un estroma de tejido conectivo de diversa densidad, semejante al tejido de granulación joven. La forma cavernosa se compone de grandes senos sanguíneos dilatados con paredes tapizadas delgadas de endotelio y los espacios sinusoidales ocupados por sangre, aunque en algunos casos se ve una mezcla con ocasionales vasos linfáticos.

#### **TRATAMIENTO.**

Los casos que se presentan en personas de edad avanzada han sido tratados de la manera siguiente:

Extirpación quirúrgica, Irradiación, Agentes esclerozantes, y Nieve carbonica; obteniéndose un pronóstico excelente.

## ANGIOFIBROMA NASOFARINGEO

### DEFINICION.

Es una neoplasia relativamente rara que se produce exclusivamente en la nasofaringe de varones adolescentes, extendiéndose en algunos casos para abarcar la cavidad bucal, y es por ello que merece nuestra atención.

### ETIOLOGIA.

Probablemente trastornos endocrinos.

### CARACTERISTICAS CLINICAS.

Este tumor benigno se presenta como una lesión no encapsulada, expansiva e infiltrativa que se origina en el tejido blando de la nasofaringe; siendo la edad promedio de 16 años, lo cual hace pensar en un origen endocrino de la lesión.

Las lesiones se manifiestan por obstrucción nasal, epistaxis y sinusitis, a medida que el tumor se agranda se produce la depresión del paladar y la deformidad facial. Las manifestaciones bucales constan de una masa palatina o amigdalina que produce la obstrucción nasal.

### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Esencialmente se compone de dos elementos básicos y característicos: una trama vascular y un estroma conectivo. Los vasos de la trama vascular son de diferente grosor, forma irregular y con revestimiento endotelial simple. Los elementos vasculares son más pronunciados en la periferia de la lesión donde hay crecimiento activo, siendo frecuente la trombosis y oclusión.

El estroma se compone de fibrillas colágenas finas y gruesas dispuestas irregularmente e intercaladas con células claras y estrelladas distribuidas al azar.

## TRATAMIENTO.

Quirúrgico, complementado con Rayos X.

## LINFANGIOMA

### DEFINICION.

Es un tumor benigno de los vasos linfáticos que ataca — frecuentemente los labios y mejillas, pero puede presentarse en nasofaringe y lengua.

### ETIOLOGIA.

### CARACTERISTICAS CLINICAS.

La mayoría de los linfangiomas se presentan en el momento del nacimiento, siendo la edad promedio de su aparición 8 años.

El linfangioma intrabucal es más común en la lengua, pero también se observa en el paladar, mucosa vestibular encía y labios. Las lesiones superficiales se manifiestan como lesiones papilares — del mismo color de la mucosa adyacente o de un tono levemente más rojo; las depresiones más profundas se presentan como nódulos o masas sin alteraciones de la textura superficial e el color. Si esta afectada la lengua, se observa macroglosia.

La presencia de nódulos irregulares en la superficie de la lengua, con proyecciones grises y rosadas, es el signo más común de la enfermedad, y si esta asociada con macroglosia es característico o patognomónico del linfangioma. La lesión en el labio produce — macroqueilia.

## CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Se compone de numerosos linfáticos dilatados tapizados de células endoteliales y contienen linfa; algunos están llenos de sangre. En lesiones superficiales estos espacios cavernosos yacen inmediatamente debajo del epitelio.

## TRATAMIENTO.

Extirpación quirúrgica.

## MIXOMA ODONTOGENO

### DEFINICION.

Es un tumor benigno de los maxilares de origen embrionario por hueso inmaduro, o por células cartilaginosas.

### ETIOLOGIA.

Se origina en la porción mesenquimatosa del germe dental papila dental, folículo o ligamento periodontal.

### CARACTERISTICAS CLINICAS.

La mayor parte de los mixomas de tejidos blandos es una lesión situada en profundidad, que se producen en la piel o tejidos subcutáneos, vías genitourinarias, aparato gastrointestinal, o la glándula parótida. El mixoma intrabucal de tejidos blandos es una lesión extremadamente rara.

El mixoma odontógeno se produce con mayor frecuencia en la segunda o tercera década de la vida, y muy raramente lo hace antes de la primera. No hay predilección de sexo, en la frecuencia de este tumor, pero sí una leve en la mandíbula, presentando asociación con dientes ausentes o incluidos. El mixoma odontógeno es una lesión de los maxilares que expande hueso pudiendo destruir la cor-

teza. Es de crecimiento lento, y el dolor puede ser o no una característica. Radiográficamente se observa una imagen radiolúcida de aspecto moteado o en panal de abeja del hueso.

#### CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

Se compone de células fusiformes y estrelladas dispuestas en forma laxa, un tejido laxo no muy celular, y una sustancia intercelular mucosa. También se comunicó la presencia de dos mucopolisacáridos ácidos, cantidades de ácido hialurónico y cantidades menores de condroitinsulfato.

#### TRATAMIENTO.

Excisión quirúrgica, seguida de cauterización.

### CONDROMA

#### DEFINICION.

Es un tumor benigno de origen embrionario, formado por hueso inmaduro o células cartilaginosa; siendo esta una entidad bien conocida en ciertas zonas del esqueleto óseo, no es común en los huesos maxilares.

#### ETIOLOGIA.

Embriónica, ya que proviene del cartilago fetal aberrante en regiones específicas de maxilar y mandíbula.

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Esta neoplasia se presenta a cualquier edad, principalmente en los primeros años de vida sin predominancia de sexo. Puede descubrirse clínicamente por el dolor, el aumento de volumen y limitación de los movimientos. Se origina como una hinchazón lentamente progresiva del maxilar capaz de producir aflojamiento de dientes, migración y resorción radicular.

La mucosa que lo cubre raramente se ulcera. La parte anterior

del maxilar superior es el sitio más común, debido a la presencia de restos cartilagosos vestigiales particularmente en la línea-media hacia lingual o entre los incisivos centrales. En la mandíbula su aparición más común es en la sínfisis, apofisis coronoides y cóndilos; observándose también casos en el paladar blando.

Radiográficamente se observa una zona radiolúcida única o con focos radiopacos de aspecto moteado en el hueso. Algunos condromas pueden sufrir una transformación maligna convirtiéndose entonces en condrosarcoma.

#### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

La distinción entre condroma y condrosarcoma es muy estrecha, por lo que se debe canalizar unicamente una pequeña muestra de biopsia; ya que el condroma se compone de una masa de cartilago hialino que presenta zonas de calcificación o necrosis. Las células cartilaginosas son pequeñas con núcleos unicos sin presentar una gran variación de tamaño y forma.

#### TRATAMIENTO.

Extirpación quirúrgica.

### OSTEOMA

#### DEFINICION.

Es una neoplasia benigna caracterizada por la proliferación de hueso compacto o esponjoso, en una localización endosteal o perióstica. Algunos se forman de hueso esponjoso, siendo estos menos densos; por lo que sus límites son difíciles de diferenciar del hueso adyacente.

## ETIOLOGIA.

Algunas formas provienen del periostio propiamente de células aberrantes de cartílago y de tablas corticales.

## CARACTERISTICAS CLINICAS.

Es una lesión rara que puede originarse a cualquier edad, siendo esta de 10 a 30 años. La lesión de origen perióstico se manifiesta como una tumefacción circunscrita del maxilar. Son de crecimiento lento adquiriendo en ocasiones gran tamaño que causa deformación facial. Estos osteomas se encuentran formados de hueso esponjoso y tienen una delgada capa cortical.

Los osteomas que se forman en la superficie interna de la tabla ósea se llaman enostosis, y están formados por tejido cortical denso extendido dentro del tejido esponjoso del maxilar; quizá no necesiten tratamiento, a menos que aparezca dolor por la presión sobre las fibras nerviosas o ulceración superficial de los tejidos suprayacentes.

Los neoplasmas óseos circunscritos que se desarrollan fuera de las corticales se llaman exostosis. Estas formaciones óseas son de crecimiento lento y aparecen en adultos jóvenes pudiendo ser consecutivas a traumatismos o irritaciones. Un sitio frecuente de exostosis es la línea media del paladar duro (torus palatino) no así el torus mandibular que puede ocurrir en la parte lingual de la mandíbula y en las regiones de premolares y molares.

## CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El osteoma está compuesto de hueso compacto en extremo denso o de hueso esponjoso con espacios amplios, el hueso formado es normal en todas las áreas, pudiendo estar la lesión bien circunscrita pero no encapsulada.

El centro de la lesión puede mostrar trabéculas óseas y la periferia se encuentra rodeada por hueso cortical hiperplásico.

## TRATAMIENTO.

Extirpación quirúrgica, principalmente cuando la lesión causa dificultades al preparar un aparato protético, y particularmente cuando la lesión se encuentra cerca de la superficie del hueso alveolar.

## TORUS PALATINO

### DEFINICION.

Es una protuberancia o excrecencia ósea en la superficie perióstica del maxilar superior y mandíbula. Se presenta generalmente en la línea media del paladar.

### ETIOLOGIA.

Hereditaria.

### CARACTERISTICAS CLINICAS.

El torus palatino se presenta como una saliente, y lo hace con mayor frecuencia en la línea media del paladar duro, su edad promedio de aparición es de 30 años. Adquiere varias formas como son: nodular, fusiforme, lobular y o plana. La mucosa que lo cubre está intacta e a veces aparece más pálida.

El torus palatino se compone de hueso compacto denso o de un caparazón de hueso compacto con centro de hueso esponjoso. El segundo lugar de preferencia es la mandíbula, en donde la lesión se encuentra habitualmente en la superficie lingual de la zona premolar y molar llamándose torus mandibular, siendo la edad promedio también antes de los 30 años y afectando a ambos sexos.

Los torus palatinos contra los que choca una prótesis son fuentes de dolorosa irritación crónica que puede hacer que se produzca una infección e falle una prótesis e incluso volverse un fac-

ter etiologico de un proceso maligno bucal. Se ha observado con mayor frecuencia el torus palatino en ciertas razas como en los indios norteamericanos y en los esquimales.

#### **CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.**

Los cortes microscopicos ponen de manifiesto una masa de hueso normal denso o de una capa periferica de hueso cortical con una zona central de médula y trabéculas óseas.

#### **TRATAMIENTO.**

Deben eliminarse quirúrgicamente cuando interfieran con la función o con la correcta adaptación de una protesis. La extirpación de estos tori podría dar lugar a una abertura buconasal---yatrégena, (paladar hendido traumático).

### **OSTEOBLASTOMA BENIGNO**

#### **DEFINICION.**

Es un tumor que fué descrito por primera vez bajo el nombre de Osteoma Osteoide Gigante. Es una lesión poco común, que frecuentemente es tomada como un tumor óseo maligno, pese a su total benignidad.

#### **ETIOLOGIA.**

Desconocida.

#### **CARACTERISTICAS CLINICAS.**

Este tumor ataca con mayor frecuencia a las personas jóvenes menores de 20 años en un 25% de los casos observados; no obstante se presenta hasta en adultos mayores. En la mayoría de los casos comunicados hay una predilección definida por el sexo masculino. La lesión se caracteriza por dolor e hinchazón en el sitio del

tumor y su duración varía de unas pocas semanas o más. Su localización más común es en la columna vertebral, sacro y bóveda craneana.

El primer caso de los maxilares fué comunicado por Borello en 1967, pero ahora se sabe que el osteoblastoma benigno se produce tanto en mandíbula como en el maxilar con cierta frecuencia, y se han registrado una considerable cantidad de casos. Radiográficamente la lesión no es distintiva, pero en las radiografías aparece bien circunscrita; en algunos casos hay destrucción ósea en tanto que en otros hay suficiente neoformación ósea produciendo un aspecto radiolúcido y radiopaco mixto.

#### **CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.**

Hay considerables variaciones, sin embargo los rasgos característicos son: vascularidad de la lesión con muchos capilares dilatados distribuidos en todo el tejido; cantidades moderadas de células multinucleares gigantes, y osteoblastos en activa proliferación que cubren las trabéculas irregulares del hueso nuevo.

#### **TRATAMIENTO.**

Extirpación quirúrgica conservadora.

## TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN CONECTIVO

### FIBROSARCOMA

#### DEFINICION.

El fibrosarcoma es una de las neoplasias malignas de tejido conectivo más comunes; sin embargo, es un tumor raro en términos de frecuencia clínica que se origina en células productoras de hueso.

#### ETIOLOGIA.

Traumatismos.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se presenta a cualquier edad principalmente entre los 20 y 50 años, con predominancia en el sexo masculino. Aparece en cualquier parte del organismo especialmente en extremidades inferiores y retroperitoneo. Sin embargo, tienen predilección por ciertos lugares como la piel, la pelvis, el radio, húmero, fémur y tibia.

El intrabucal puede presentarse en cualquier sitio pero le hace con mayor frecuencia en carrillos, mejillas, seno maxilar, faringe, paladar y los periostios maxilar y mandibular. La lesión es de crecimiento lento o rápido con interales de inactividad, hay dolor con aumento del volumen del hueso, interferencia con las funciones de la arcada y movilidad y desalojamiento de los dientes. La lesión es de aspecto variable y no hay un cuadro clínico característico en la cabeza o cuello. Por lo general son masas mal delimitadas sólidas de color blanquesino grisáceo gruesas que aparecen encapsuladas, con tendencia a invadir tejidos vecinos, produciendo una lesión carnosa y abultada. El tumor evoluciona con rápidos o muy lentamente.

Su diseminación se hace por vía hemática, siendo las metastasis pulmonares las más comunes. En algunos casos se observan úlceras, hemorragias e infección secundaria; siendo los hallazgos más típicos la tumefacción y la deformidad asimétricas.

#### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Se caracteriza por la proliferación de fibroblastos y la formación de fibras colagena y reticulina. Las células presentan una proliferación altamente anaplásica. En los fibrosarcomas bien diferenciados los fibroblastos y sus núcleos son fusiformes, mostrando muy pocas mitosis pareciéndose a células normales. Las fibras colagenas pueden ser muy delgadas y delicadas o gruesas y densas. Las fibras menos diferenciadas son más celulares, muestran numerosas mitosis y fibroblastos hipercromáticos.

#### TRATAMIENTO.

Excisión quirúrgica amplia; presentando un pronóstico favorable.

### HEMANGIOENDOTELIOMA

#### DEFINICION.

Es una neoplasia maligna de bajo grado, de origen mesenquimatoso, y deriva de las células endoteliales.

#### ETIOLOGIA.

Congénita o Hereditaria.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS.

Esta neoplasia puede originarse en cualquier zona del organismo, pero es más común encontrarla en la piel. Las lesiones primarias de la cavidad bucal se registraron en diversas localizaciones incluyendo los labios, paladar, encía, lengua y zonas centrales del maxilar y mandíbula, se presenta a cualquier edad y se pro-

puso que esta lesión es simplemente un estadio menos maduro del desarrollo del hemangioma capilar.

El aspecto del hemangioendoteloma es similar al hemangioma y por lo común, se manifiesta como una lesión plana o levemente elevada de tamaño variable, de color rojo oscuro o rojo azulado, a veces ulcerada y con tendencia a sangrar después de un traumatismo leve y puede atacar el hueso destruyendolo.

#### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Se compone de masas de células endoteliales dispuestas en columnas. La formación capilar esta mal definida, aunque es posible discernir conductos vasculares anastomosados; la coloración argentica para la reticulina muestra mejor esta vascularidad, y caracteristicamente las células tumorales se hallan dentro de la vaina de reticulina que encierra a cada vaso. Las células individuales son grandes, levemente aplanadas, con límites imprecisos y un núcleo redondo. Las figuras mitóticas son raras y la lesión es infiltrativa.

#### TRATAMIENTO.

Se utiliza tanto la cirugía como la irradiación con rayos X.

### HEMANGIOPERICITOMA

#### DEFINICION.

El hemangiopericitoma es una neoplasia vascular que se caracteriza por la proliferación de capilares rodeados por masas de células redondas o fusiformes.

#### ETIOLOGIA.

Congénita o Hereditaria.

### **CARACTERISTICAS CLINICAS.**

Es un tumor raro con una vasta distribución anatómica incluida la cavidad bucal.No tiene predilección de sexo y las edades extremas de los pacientes van desde el nacimiento hasta la edad avanzada; sin embargo, la mayoría de los casos se presentan antes de los 50 años.Las lesiones son firmes, aparentemente circunscritas y con frecuencia nodulares, y pueden indicar o no enrojecimiento indicador de su naturaleza vascular, aunque el tumor se encuentre encapsulado al operarlo.La mayoría de estos tumores crecen con rapidez y son, por lo tanto, de corta duración.

### **CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.**

La lesión se caracteriza por la proliferación profusa de capilares ocultos.Cada vaso, a su vez, está rodeado por una vaina de tejido conectivo, por fuera de la cual se encuentran masas de células tumorales.Esta relación de las células tumorales con las vainas vasculares pueden ser demostradas mediante tinción argéntica y es importante establecer la diferencia entre este tumor y el hemangiendoteloma.Las células tumorales son grandes o pequeñas, redondas o fusiformes, que frecuentemente muestran una tendencia característica a disponerse en capas concéntricas alrededor de los capilares.

### **TRATAMIENTO.**

Excisión quirúrgica.

## **MIELOMA ENDOTELIAL**

### **DEFINICION.**

El mieloma endotelial también se le conoce con el nombre de sarcoma de Ewing, el cual es una neoplasia maligna rara, que se produce como una lesión ósea destructiva primaria.

## ETIOLOGIA.

Es causado por traumatismos.

## CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se produce predominantemente en niños y adultos jóvenes, entre las edades de 5 y 25 años, apareciendo a veces en pacientes de mayor edad. Es dos veces más común en varones que en mujeres aproximadamente. Los primeros síntomas del sarcoma de Ewing es el dolor de naturaleza intermitente y la tumefacción del hueso, acompañados también por un aumento de volumen del hueso, movilidad y migración dentarias, desalojamiento de dientes, e interferencia con las funciones de la mandíbula.

En los casos del maxilar se observa parestesia labial y neuralgia facial. La aparición de la tumefacción del maxilar suele ser relativamente rápida, y la masa intrabucal llega a ulcerarse. Este tumor raro de los maxilares crece rápidamente, y también se acompaña de fiebre, cuenta leucocitaria elevada y destrucción de la tabla cortical del hueso. Se han presentado casos en extremidades, cráneo, costillas y clavícula, siendo el maxilar inferior el atacado con mayor frecuencia.

## CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Las radiografías ponen de manifiesto una masa tumoral de bordes difusos con áreas de destrucción ósea lo cual produce una radiolucidez irregular. Un rasgo radiográfico característico común es la formación de capas de hueso subperióstico neoformado, que da el aspecto denominado de piel de cebolla en la radiografía. Esta cortical engrosada suele estar infiltrada por el tumor.

## CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Esta neoplasia es sumamente celular, compuesta de capas sólidas o masas de pequeñas células redondas o poliédricas con muy poco estroma aunque puede haber algunos tabiques de tejido conectivo. Las células

propiamente dichas son pequeñas y redondas, con poco citoplasma y núcleos redondos u ovals relativamente grandes. Pueden observarse pequeños conductos vasculares, y una ausencia notable de células-gigantes multinucleares; siendo una característica común la necrosis. Las células tumorales por contener glucogeno, hacen que este tumor se diferencie del sarcoma reticulocelular fácilmente.

#### TRATAMIENTO.

Irradiación con Rayos X, seguido de excisión quirúrgica. Son comunes las metástasis a los pulmones y ganglios linfáticos.

### CONDROSARCOMA

#### DEFINICION.

El condrosarcoma es la contraparte maligna del condroma, presentándose en cualquiera de los maxilares y esta compuesto por masas cartilaginosas y areas de osificación y degeneración mucóide.

#### ETIOLOGIA.

Embriónica.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se clasifica en primario y secundario. El primario se produce en el hueso normal, mientras que el secundario se origina a partir de un tumor cartilaginoso preexistente. El condrosarcoma no presenta signos ni síntomas patognómicos. El tumor aparece a cualquier edad entre los 10 y 80 años. El secundario se origina antes que el primario a los 40 años como edad promedio; generalmente este es más frecuente en los varones.

Tanto lo primarios como los secundarios, de maxilar representa lesiones expansivas frecuentemente indoloras, y la mucosa suele estar intacta. El tumor puede producirse en la mandíbula o el ma-

xilar, como lesión primaria del reborde alveolar, o aveces, en el maxilar cerca del seno. Ocasionalmente hay resorción y exfoliación de los dientes. Generalmente estas lesiones son de crecimiento rápido y larga duración, invasoras, destructoras y metastatizan fácilmente.

#### **CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS E HISTOLOGICAS.**

Radiográficamente no difiere notoriamente de lo que se observa en el condroma benigno, aunque algunos casos de condrosarcoma aparecen como lesiones radiopacas debido a la inflamación del cartilago neoplasico.

Histologicamente se compone de cartilago hialino y en este sentido se asemeja al condroma; siendo su característica principal el aspecto de las células cartilaginosas ya que son más comunes las binucleadas.

#### **TRATAMIENTO.**

Extirpación quirúrgica amplia.

### **OSTEOSARCOMA**

#### **DEFINICION.**

También se le conoce con el nombre de sarcoma osteógeno. El osteosarcoma se compone de un número de neoplasias óseas malignas—primarias relativamente raras, formado por células mesenquimatosas y tejidos neoplasicos en diferentes fases de evolución ósea.

#### **ETIOLOGIA.**

Traumatismos.

#### **CARACTERISTICAS CLINICAS.**

El osteosarcoma suele estar dividido en: osteoblástico y osteolítico. El primero se presenta principalmente en personas jóvenes siendo la edad promedio de 27 años, afectando con mayor frecuencia

a los varones. Se localiza predominantemente en huesos largos, aunque también se origina en cualquier parte. El dolor y la hinchazón son las características iniciales de este tipo de neoplasia.

La forma osteolítica también aparece a edad temprana, el sitio de origen es similar y el crecimiento es más rápido produciendo una lesión más voluminosa, no así el esclerosante u osteoblástico que es de crecimiento lento.

Generalmente se presentan en los maxilares, siendo más frecuente su aparición en el maxilar inferior y dos veces más frecuente en el varón que en la mujer. Hay hinchazón de la zona afectada que produce deformación facial y dolor de tipo vago, seguido de aflojamiento y migración dentarias, parestesia, obstrucción nasal, resorción ósea; existiendo a menudo antecedentes de una extracción dentaria. Una manifestación bucal temprana muy importante del osteosarcoma de los maxilares es el ensanchamiento simétrico del ligamento parodontal en una o más dientes.

#### CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.

La forma osteoblástica presenta una excesiva producción de hueso, observando en algunos casos espículas o trabéculas irregulares de hueso nuevo que se irradian hacia la periferia de la lesión produciendo un aspecto de rayos de sol; característico del osteosarcoma.

Son comunes las zonas radiolúcicas entremezcladas por los focos de destrucción ósea, y a medida que el tumor progresa las tablas corticales son atacadas por este expandiéndose y perforándose.

La forma osteolítica presenta menos rasgos característicos provocando dificultades para el diagnóstico y solamente se observa una imagen radiolúcida irregular con expansión y destrucción de las tablas corticales.

## CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El osteosarcoma se caracteriza por la proliferación de osteoblastos atípicos (osteoblástico) los cuales presentan variación de forma y tamaño, núcleos grandes dispuestos de una manera desordenada en torno a las trabéculas óseas. Además, hay activa neoformación ósea y osteoide tumoral; principalmente de estructura irregular y a veces en capas compactas.

También se hallan grados variables de proliferación de fibroblastos anaplásicos (fibroblástico) finalmente se encuentra un estroma de células pleomorficas mesenquimatosas que muestran numerosas mitosis, núcleos hiperromáticos parecidos a osteoblastos y fibroblastos así como también células gigantes.

## TRATAMIENTO.

Radical. En el caso de huesos largos, la amputación es el requisito primordial. La irradiación primaria con rayos X no da resultado. En los maxilares es difícil realizar la excisión completa y adecuada.

## LINFOMA MALIGNO

Los linfomas malignos constituyen un grupo de neoplasias de grados variables de malignidad, que se originan de células básicas del tejido linfoide, los linfocitos y las células reticulares en cualquiera de sus fases evolutivas.

Lukes ha dado la siguiente definición: El linfoma maligno es un proceso proliferativo neoplásico de la porción linfopoyética del sistema reticuloendotelial que comprende células de la serie linfocítica o la histiocítica en grados variables de diferenciación, que se produce esencialmente en una población homogénea de un tipo celular único.

La naturaleza del cuadro histológico es difusa o nodular y la distribución de la lesión puede ser regional o sistemática;— sin embargo, el proceso es básicamente multicéntrico.

Los linfomas y las leucemias linfocíticas son idénticas, y la variación de la frecuencia de las células que aparecen en la sangre periférica guarda relación con las diferencias de distribución y depende, por lo común, de que haya lesión de la médula ósea.

No hay clasificación satisfactoria debido a la transición bastante común que hay entre una forma y otra, y por razones de conveniencia utilizaremos la siguiente clasificación simplificada:

Linfoma de folículos gigantes.....	9.3 %
Sarcoma reticulocelular, L. monocítica.....	19.5 %
Linfosarcoma, L. linfática.....	30.8 %
Enfermedad de Hodgkin.....	40.4 %

Las enfermedades leucémicas suelen ser consideradas como expresiones del linfoma en las cuales las células malignas dejan de estar confinadas a los órganos linfoides, y se dispersan en la corriente sanguínea periférica.

Únicamente es posible determinar el diagnóstico de las diversas formas del linfoma maligno mediante el estudio histológico— del tejido afectado, junto con el examen hematológico, y estudios de médula ósea completos.

## SARCOMA RETICULOCELULAR

### DEFINICION.

El reticulosarcoma o sarcoma reticulocelular, es una neoplasia que deriva de células reticulares, (se encuentran en todos los tejidos especialmente en el linfoide) idénticas a los histiocitos y a los grandes macrófagos mononucleados errantes.

### ETIOLOGIA.

Desconocida o exposición a cualquier tipo de radiación.

### CARACTERISTICAS CLINICAS.

Aparece en cualquier parte del organismo predominantemente en varones. La mayoría de los casos se presentan después de los 50 años. Los signos y síntomas de esta enfermedad varían mucho, según la zona de origen de las lesiones. Si están atacados los nódulos linfáticos son duros, fijos y dolorosos, y la piel que los cubre es roja; aunque el paciente no presente fiebre. El tumor aparece comunmente en la faringe, las amígdalas y el aparato gastrointestinal.

El sarcoma reticulocelular de los tejidos blandos de la cavidad bucal es relativamente raro. Sin embargo, se han comunicado casos que se manifiestan como lesiones ulceradas del paladar, mucosa vestibular y encía.

También se ha observado que se produce en ambos maxilares, siendo atacada la mandíbula con mayor frecuencia. Las lesiones del maxilar se asocian con odontalgias y aflojamiento dentario. Los tumores del maxilar superior afectan el seno maxilar extendiéndose al interior del piso de la nariz produciendo síntomas de obstrucción nasal. La lesión es más frecuente en hombres que en mujeres, siendo la edad promedio de su aparición 40 años.

## CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

El aspecto histológico del reticulosarcoma es sumamente variable, según el grado de diferenciación de las células neoplásicas. Algunos tumores están compuestos de células considerablemente mayores que los linfocitos, cada una de las cuales puede presentar prolongaciones citoplasmáticas y producir delicadas fibras de reticulina. La actividad mitótica puede ser notable o no.

Las neoplasias poco diferenciadas presentan mayores variaciones celulares individuales, en tamaño y forma particularmente. Las células gigantes tumorales, que a veces contienen más de un núcleo, son comunes y se asemejan a las células de Reed-Sternberg, características de la enfermedad de Hodgkin.

## TRATAMIENTO.

Rayos X. Con notable tendencia a recaer, por lo tanto, su pronóstico es sumamente malo.

## LINFOSARCOMA

### DEFINICION.

Es una forma común de linfoma maligno que se origina en los ganglios linfáticos o en cualquier acúmulo linfoide y se caracteriza por la proliferación neoplásica de linfocitos o sus precursores y por la infiltración de células en distinto grado de maduración que se diferencian hacia las formas linfocítica y linfoblástica.

### ETIOLOGIA.

Desconocida o por exposición a cualquier tipo de radiación.

## ARACTERISTICAS CLINICAS.

Esta enfermedad aparece a cualquier edad, registrandose la mayoría de los casos entre los 50 y 70 años, siendo afectados con mayor frecuencia los hombres que las mujeres.

El linfomasarcoma puede originarse en cualquier zona del organismo, produciendo signos y síntomas variables. En la mayoría de los casos la tumefacción inolora de los ganglios linfáticos es el primer signo del linfomasarcoma, la consistencia de estos es firme y gomosa a la palpación y la piel que los cubre llega a tener un aspecto parduzco. En gran parte de los casos están atacados los ganglios linfáticos del grupo cervical.

En la región de cabeza los sitios más frecuentes son las amígdalas y nasofaringe, y las molestias en las vías aéreas superiores como el dolor de garganta, inflamación de amígdalas, obstrucción nasal y hemorragia son comunes en estos pacientes. Otras regiones atacadas de la cabeza pueden ser glándula parótida y seno maxilar.

La mayoría de los casos siguen una evolución aguda, que termina en la diseminación amplia de la enfermedad al bazo, pulmones, hígado y muchos otros lugares.

Las zonas bucales atacadas con mayor frecuencia incluyen el paladar, encía y reborde alveolar, mucosa vestibular, mandíbula, piso de la boca y lengua. Inicialmente la enfermedad se manifiesta como una hinchazón que crece con rapidez pero que puede permanecer sin ulcerarse; la presencia de dolor es variable. Los dientes se aflojan cuando está atacado el maxilar. Son comunes las masas fungosas, la necrosis, y el aliento fétido antes que el paciente sucumba.

## ARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Los ganglios linfáticos presentan, típicamente, la destrucción completa de toda la arquitectura normal y ofrecen el aspecto de una proliferación difusa de células pequeñas con poco citoplasma, semejantes a linfocitos. Hay gran actividad mitótica, así como fibras de

reticulina, y fagocitos dispersos.

#### TRATAMIENTO.

Rayos X. Es un tumor sumamente sensible a la radioterapia.

### ENFERMEDAD DE HODGKIN

#### DEFINICION.

Se considera como una forma del linfoma maligno, que presenta características sugerentes de una lesión inflamatoria granulomatosa, y sobre esto se cree que la enfermedad es originada por: una forma atípica de tuberculosis, diversos bacilos difteroides, amibas, virus, y un tipo de reacción alérgica.

#### ETIOLOGIA.

Desconocida.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS.

Esta enfermedad es tres veces más común en hombres que en mujeres, se presenta a cualquier edad hasta en la niñez temprana, — pero es más común entre los 20 y 40 años de edad.

Los signos y los síntomas son sumamente cambiables pero en la mayoría de los casos, la primera manifestación es el crecimiento de uno o más ganglios linfáticos cervicales. Muchos casos de enfermedad de Hodgkin se manifiestan por la persistencia de la linfadenopatía después de una infección de las vías respiratorias superiores. Los ganglios son firmes y elásticos y la piel que los cubre es normal.

Puede haber dolor en el abdomen y la espalda, debido al agrandamiento esplénico. A veces, la debilidad general es un rasgo temprano de la enfermedad, como lo es la pérdida de peso, la tos, y la fiebre, la anorexia, y a veces el eructo generalizado de la

piel.

El paciente también puede quejarse de disfagia, edema de las extremidades, y hemoptisis. Practicamente el diagnostico se hace mediante la biopsia de los ganglios linfáticos.

Esta enfermedad es fundamentalmente primaria de los ganglios linfáticos, por lo que pocas veces se da como tal en la cavidad bucal; concibiendo que esta será afectada en forma secundaria, siendo esto un hecho sumamente raro.

#### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El aspecto microscópico pleomórfico de los tejidos afectados es característico de esta enfermedad. Por lo general, aumentan en tamaño y cantidad las células reticulares, así como la proliferación de linfocitos, hay cantidades variables de eosinófilos, neutrófilos y plasmacitos.

Es característica la presencia de las células de "Reed-Sternberg", grandes con núcleos multilobulados y nucléolos prominentes, aunque a veces se encuentran núcleos múltiples.

#### TRATAMIENTO.

Generalmente evoluciona hacia la muerte.

### MIELOMA MULTIPLE

#### DEFINICION.

Es un tumor maligno de la médula ósea que se origina a partir de células de la misma, con notable similitud con los plasmocitos. Algunos autores opinan que la lesión es de origen multicéntrico y que las lesiones nacen en varias zonas al mismo tiempo, y que rara vez hacen metástasis.

## ETIOLOGIA.

Desconocida.

## CARACTERISTICAS CLINICAS.

Es muy frecuentemente entre los 20 y 70 años, con una frecuencia doble en varones que en mujeres. Los huesos más afectados son: cráneo, maxilares, vertebrae, pelvis y femur. Los pacientes presentan dolor como síntoma temprano de la enfermedad, y por causa de la destrucción ósea la fractura patológica es bastante común.

La mandíbula es atacada con mayor frecuencia que el maxilar, siendo las zonas más afectadas la rama ascendente, el ángulo mandibular y la región de molares. El síntoma más sobresaliente es el dolor migratorio; además de, tumefacción, expansión del maxilar, insensibilidad y movilidad de los dientes.

El examen radiográfico revelará muchas zonas radiolúcidas nítidas, como hechas con sacabocados en diversos huesos, cuando la lesión se presenta en los maxilares hay resorción radicular y pérdida de la cortical ósea. El tamaño de las lesiones varía entre algunos— milímetros y un centímetro o más de diámetro.

Ciertos hallazgos de laboratorio son de considerable importancia para el establecimiento del diagnóstico del mieloma múltiple. Muchos pacientes, pero no todos, presentan una hiperglobulinemia, y además se observa la presencia de la proteína de Bence Jones; hay leucopenia y anemia; la amiloidosis y las nefropatías no son raras. Es común la hipercalcemia y el nivel sanguíneo de fosfatasa alcalina es normal.

## CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

La lesión se compone de capas de células apretadas semejantes a plasmacitos. Son células redondas u ovales con núcleos excentricos, que presentan la cromatina dispuesta en "rueda de carro" e en "tablero de ajedrez". A veces, se ven dos núcleos dentro de la

misma célula, pero la actividad mitotica no es grande. Los cuerpos de Russell son tan comunes como en las lesiones inflamatorias crónicas, con abundantes plasmacitos típicos.

#### **TRATAMIENTO.**

Irrradiación de areas afectadas, auxiliado por quimioterapia.

### **TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN NERVIOSO**

#### **NEUROMA TRAUMATICO**

#### **DEFINICION.**

También se le conoce con el nombre de Neuroma por Amputación, no como una neoplasia verdadera, sino como una hiperplasia de fibras nerviosas y sus tejidos de soporte. Es decir, un desesperante intento por reparar un tronco nervioso lesionado.

#### **ETIOLOGIA.**

Suele aparecer luego del seccionamiento accidental o intencional de un nervio y puede ser consecuencia de una extracción difícil.

#### **CARACTERISTICAS CLINICAS.**

El neuroma suele aparecer como un nódulo pequeño o hinchazón de la mucosa, en forma típica cerca del agujero mentoniano, reborde alveolar en las zonas desdentadas, labios o lengua. También puede presentarse como una lesión central en el seno del hueso, relacionada con un tronco nervioso. Esta lesión es de crecimiento lento y ra-

ras veces alcanza un tamaño superior a un centímetro de diámetro.

La presión digital puede producir un apreciable dolor local, y en algunos casos, a lo largo del trayecto del nervio afectado; se han registrado neuralgias distantes con dolor en la cara, ojos, y cabeza.

#### **CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.**

El aspecto histológico del neuroma es característico y presenta una masa de neurofibrillas y células de Schwann irregulares y entrelazadas, situadas en un estroma conectivo abundante o escaso.

Las fibras nerviosas proliferantes propiamente dichas se presentan en haces circunscritos o distribuidos en forma difusa por el tejido. También se observan troncos nerviosos seccionados transversal y longitudinalmente.

#### **TRATAMIENTO.**

**Neurectomía.**

### **NEUROFIBROMA**

#### **DEFINICION.**

Se le conoce también como enfermedad cutánea de Von Recklinghausen, y es un tumor neurogénico muy raro que deriva específicamente de las células de la vaina de Schwann, con neuritas entremazadas.

#### **ETIOLOGIA.**

**Hereditaria.**

## **CARACTERISTICAS CLINICAS.**

Los tumores suelen ser más comunes en las porciones periféricas de los nervios, de manera que en su mayor número ocurren en la dermis e inmediatamente por debajo de la piel.

Se presenta con mayor frecuencia en hombres, siendo las lesiones individuales de dos tipos: en una forma, hay abundantes nódulos sésiles o pediculados, elevados o de superficie lisa, de tamaños variables en toda la superficie cutánea, principalmente en el tronco cara y extremidades; en la otra forma hay lesiones más profundas y difusas abundantes.

La mayoría de los pacientes tienen zonas asimétricas de pigmentación melánica cutánea descritas como manchas café con leche, en tanto que en otros las proliferaciones de la piel pigmentada y engrosada cuelgan en pliegues.

Dentro de las manifestaciones bucales se observan nódulos circunscritos no ulcerados, que tienden a ser del mismo color que la mucosa normal, estos nódulos se localizan comúnmente en la mucosa bucal paladar y lengua.

El malestar, el dolor o la parestesia son manifestaciones comunes de neurofibromas localizados en el nervio mandibular. La lengua es el lugar afectado con mayor frecuencia; si los neurofibromas son de localización profunda la lengua aparece agrandada (macroglotia) y si son superficiales se presenta fisurada o escrotal. Los neurofibromas que pueden surgir dentro de la membrana periodóntica ocasionan migración de dientes.

## **CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.**

La estructura histológica se compone de una proliferación de células de Schwann entremezcladas con neuritas dispuestas en forma irregular, así como fibrillas conectivas delicadas entretejidas; predominando el cuadro celular mixoide, hallando a veces, melanocitos. Las lesiones pueden estar o no bien circunscritas.

## **TRATAMIENTO.**

No hay tratamiento satisfactorio. Las lesiones pueden ser eliminadas quirúrgicamente, pero su gran cantidad impide todo intento que no tenga razones estéticas en las superficies expuestas.

## **SINDROME NEUROPOLIENDOCRINO**

### **DEFINICION.**

El síndrome se considera como un tumor benigno de origen nervioso, caracterizado por la aparición de neuromas mucosos múltiples, carcinoma medular de la tiroides y feocromocitoma suprarrenal, también se le conoce como Síndrome de Sipple.

### **ETIOLOGIA.**

Desconocida.

### **CARACTERISTICAS CLINICAS.**

Los neuromas bucales suelen estar presentes en el nacimiento o aparecen poco después, se presentan como nódulos elevados, pequeños y sésiles en la lengua o en los labios. A veces, los labios están entumecidos, con un agrandamiento difuso. Los bordes de los párpados presentan pequeños nódulos similares.

Ulteriormente, estos pacientes presentan carcinoma de la glándula tiroides de tipo medular, y feocromocitomas, por lo común múltiples y bilaterales; estos tumores fueron detectados entre los 19 y 35 años. El feocromocitoma suele ser sintomático debido a la presencia de catecolaminas y se manifiesta por debilidad, palpitaciones, parestesia e isquemia de las extremidades, sudoración profusa, cefaleas lacerantes, náuseas y diarreas incontrolables. También se observa hipertrofia intestinal e hiperparatiroidismo.

## CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Los neuromas bucales aparecen como masas tortuosas de fibras nerviosas rodeadas de un perinurio o perineurio engrosado, cosa que le da una notable semejanza con los neuromas traumáticos.

## TRATAMIENTO.

Extirpación Quirúrgica.

## NEUROLEMOMA

### DEFINICION.

Es un tumor encapsulado que se origina en las células de la vaina de Shwann, que en ocasiones afecta a las ramas del septimo par craneal o nervio facial. Las neuritas no son los componentes del tumor como en el neurofibroma, pero se encuentran en la superficie de este; también se le conoce con el nombre de Neurinoma.

### ETIOLOGIA.

Es de origen neuroectodérmico.

### CARACTERISTICAS CLINICAS.

Es una lesión de crecimiento lento, asintomática, y fácilmente movable; se origina a cualquier edad y se han observado casos desde el primer año de vida, así como en pacientes de edad avanzada, sin predominancia de sexo.

Suelen ser indoloros, salvo que ejerzan presión sobre los nervios adyacentes más que sobre el de origen; siendo el síntoma inicial en la mayoría de los casos la presencia de una masa tumoral. La cabeza y cuello son zonas bastante comunes para el asiento de estas neoplasias, siendo atacadas con mayor frecuencia la lengua, el paladar, el piso de la boca, la mucosa vestibular y encía.

La lesión de los tejidos blandos suele ser un nódulo único circunscrito, de tamaño variable que no presenta características patognomónicas; pudiendo asemejarse a una lesión benigna de los tejidos blandos locales. Las lesiones óseas centrales generan una considerable destrucción ósea con expansión de las tablas corticales, que pueden ir acompañadas por dolor y parestesia.

#### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Clásicamente se describe a este tumor compuesto por dos tipos de tejido, el tipo A, y B de Antoni. El tejido de tipo A se compone de células con nucleos alargados o fusiformes que se disponen en una forma característica de empalizada, en tanto que las fibras intercelulares se disponen en sentido paralelo, entre las hileras de nucleos. En ciertos planes, estas fibras dan la impresión de disponerse en remolinos o espirales.

El tejido de tipo B no presenta la característica forma de empalizada, sino una disposición desordenada de las células y fibras con zonas que aparecen como líquidas de edema, con formación de microquistes. En este tumor también es característica la presencia de los cuerpos de Verocay.

#### TRATAMIENTO.

Extirpación quirúrgica.

### TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN NERVIOSO

#### NEURILEMOMA MALIGNO

#### DEFINICION.

Es una neoplasia maligna que se origina en el tejido ner-

vioso, estas lesiones son sumamente raras en la cavidad bucal y alrededor de ella. También se le conoce con el nombre de Schwannoma Maligno.

#### ETIOLOGIA.

Se origina a partir de lesiones benignas de neurofibromatosis.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS.

La mayoría de los casos se producen en la tercera y sexta década de la vida, sin predilección de sexo. Los neurilemomas malignos de los tejidos blandos se asientan en el labio, encía, paladar y mucosa vestibular. En los tumores centrales, la mandíbula o el nervio dentario inferior, son más atacados que el maxilar; siendo la única molestia la presencia de una masa, o bien dolor y parestesia, o cualquiera de los dos.

Radiográficamente se observa una radiolúcidez difusa característica de una neoplasia infiltrativa maligna. Por otra parte, puede tener el aspecto de una radiolúcidez lisa, como la dilatación del conducto dentario inferior cuando el tumor se origina en este nervio.

#### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El aspecto microscópico es casi idéntico al del fibrosarcoma. La existencia de una disposición en empalizada ayuda a diagnosticar la lesión, así como también las células fusiformes hinchadas ordenadas en haces o cordones con núcleos en tándem. Presenta también todas las variaciones en los grados de malignidad morfológica, desde tumores relativamente acelulares con poco pleomorfismo celular hasta tumores altamente celulares con pleomorfismo y una actividad mitótica

caprichosa. Finalmente se encontraron focos de modulación cartilaginosa y ósea.

#### TRATAMIENTO.

Extirpación quirúrgica e irradiación.

### NEUROBLASTOMA OLFATORIO

#### DEFINICION.

También recibe el nombre de Estesiomeroblastoma, que es un tumor raro y quizá se origina en el aparato olfatorio, y en consecuencia, se encuentra con mayor frecuencia en la cavidad nasal y nasofaríngea.

#### ETIOLOGIA.

Desconocida.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS.

La lesión suele aparecer como una tumefacción dolorosa en la zona de las fosas nasales. Es un tumor invasor y destructivo, pero raramente metastatiza sobre todo en los ganglios linfáticos cervicales y a los pulmones. Esta lesión es más común en adultos que en niños.

#### CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El aspecto típico de esta lesión es el de masas compactas de pequeñas células de coloración oscura, que tienen citoplasma eosinófilo mal definido y núcleo vesicular redondo, a veces, con cromatina punteada. En el apice de la célula hay una estructura pseudoglandular tapizada de una capa única de células columnares no ciliadas con un núcleo basal y límite cuticular. Se asemejan a las células sustenta-

culares y olfatorias de la mucosa olfatoria.

Desde los bordes celulares se extienden neurofibrillas eosinófilas hacia la luz. Suelen haber figuras mitóticas, pero no en grandes cantidades.

#### TRATAMIENTO.

Extirpación quirúrgica e irradiación.

## COMENTARIO

Analizando detalladamente el presente estudio en toda su totalidad, el dentista tendrá la oportunidad de examinar sistemáticamente a los pacientes en busca de cualquier aspecto de enfermedad-- bucal.

Deberá ser siempre muy precavido con respecto a cualquier cambio encontrado en las características de la mucosa bucal.

Poder reconocer cambios malignos tempranos en los tejidos bucales debe tomarse en cuenta como un reto; el cual debe estimular al dentista a estudiar y mejorar su capacidad para formular el diagnóstico, logrando así resultados satisfactorios; siendo extremadamente importante enviar prontamente a los pacientes a instituciones donde reciban tratamiento definitivo.

## BIBLIOGRAFIA

**TEXTO DE PATOLOGIA GENERAL.**

**AUTORES: L. PELAYO CORREA Y  
RUY PEREZ TAMAYO**

**EDITADO POR LA PRENSA MEDICA MEXICANA.**

**TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL**

**AUTORES: WILLIAN G. SHAFER  
MAYNARD K. HINE Y  
BARNET M. LEVY**

**TERCERA EDICION**

**EDITORIAL INTERAMERICANA.**

**HISTOLOGIA**

**AUTORES: C. ROLAND LESSON Y  
THOMAS S. LESSON**

**TERCERA EDICION**

**EDITORIAL INTERAMERICANA.**

**Patologia BUCAL**

**AUTORES: S.M. BHASKAR**

**SEGUNDA EDICION**

**EDITORIAL EL ATENEO.**

**TRATADO DE CIRUGIA BUCAL**  
**AUTOR: GUSTAV. O. KRUGER**  
**CUARTA EDICION**  
**EDITORIAL INTERAMERICANA.**

**TRATADO DE CIRUGIA BUCAL**  
**AUTOR: RIBS CENTENO**  
**EDITORIAL EL ATENEO.**

## INDICE

	PAGS.
Introduccion.....	I
<b>TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL.</b>	
Papiloma.....	5
Queratoacantoma.....	6
Leucoplasia.....	7
Leucoedema.....	10
Carcinoma Intraepitelial.....	11
<b>TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN EPITELIAL.</b>	
Carcinoma Basocelular .....	13
Carcinoma Epidermoide.....	14
Carcinoma del Labio.....	16
Carcinoma de la Lengua.....	17
Carcinoma del Piso de Boca.....	18
Carcinoma Berrucoso.....	19
Melanoma Maligno.....	20
<b>TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN CONECTIVO.</b>	
Fibroma Ameloblástico.....	22
Osteoclastoma.....	23
Quiste Osseo Aneurismático.....	25
Lipoma.....	27
Hemangioma.....	28
Angiofibroma Nasofaríngeo.....	30
Linfangioma.....	31
Mixoma Odontogéno.....	32

	PAGS.
Condroma.....	33
Osteoma.....	34
Torus Palatino.....	36
Osteoblastoma Benigno.....	37

**TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN CONECTIVO.**

Fibrosarcoma.....	39
Hemangiendotelioma.....	40
Hemangiopericitoma.....	41
Mieloma Endotelial.....	42
Condrosarcoma.....	44
Osteosarcoma.....	45
Linfoma Mligno.....	47
Sarcoma Reticulocelular.....	49
Linfosarcoma.....	50
Enfermedad de Hodgkin.....	52
Mieloma Múltiple.....	53

**TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN NERVIOSO.**

Neuroma Traumático.....	55
Neurofibroma.....	56
Síndrome Neuropoliendocrino.....	58
Neurolenoma.....	59

**TUMORES MALIGNOS DE ORIGEN NERVIOSO.**

Neurilemoma Maligno.....	60
--------------------------	----

	PAGS.
Neuroblastoma Olfatorio.....	60
Comentario.....	64
Bibliografía.....	65
Indice.....	67