

24. 910

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN CONECTIVO DE LA CAVIDAD BUCAL

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

ESTHER SOTOMAYOR LANDETA



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.

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I

Biopsia

CAPITULO II

Histología del Tejido Conectivo.

CAPITULO III

Tumores benignos de origen conectivo.

Fibroma
Osteofibroma osificante central
Granuloma periférico de células gigantes
Granuloma central de células gigantes
Quiste Oseo Aneurismático
Lipoma
Xantoma verrucoide
Hemangioma
Telangiectasia hemorrágica hereditaria
Angiomatosis encefalotrigémina
Angiofibroma nasofaríngeo
Linfangioma
Mixoma
Condroma
Condrioblastoma benigno
Fibroma condromixoide
Osteoma
Síndrome de Gardner
Osteoma osteoide
Osteoblastoma benigno
Torus palatino
Torus mandibular
Exostosis múltiples

BIBLIOGRAFIA

CONCLUSION

Tumor.- Neoplasma; son formaciones nuevas de tejido anormal.

Estas nuevas formaciones pueden ser de tejido epitelial, conectivo o nervioso.

Los tumores pueden ser benignos o malignos, según su comportamiento y estructura celular. Los tumores benignos crecen lentamente y generalmente están encapsulados. Se agrandan por expansión periférica, empuja las estructuras vecinas y no produce metástasis. El tumor maligno pone en peligro la vida del paciente por rápida extensión por infiltración en las vitales estructuras vecinas y porque produce metástasis.

DIAGNOSTICO DE LOS TUMORES.

El Odontólogo deberá tener una educación en las ciencias básicas, un entrenamiento en las ciencias orales especiales y la experiencia de un amplio contacto con los tejidos orales para poder cumplir un papel importante en el diagnóstico de los tumores de la cavidad oral y maxilares.

La dificultad que se presente en el diagnóstico de los tumores es la gran variedad de los tumores, la nomenclatura confusa de los tumores de la boca, ya que las distintas terminologías crean confusión en el diagnóstico, y los aspectos clínicos variables de los tumores ya pueden tener distintos aspectos clínicos.

Las ventajas que se presentan para el diagnóstico, son la atención precoz al tumor por parte del paciente, el cual suele notar la presencia del tumor desde sus primeras etapas, véase

siente las lesiones y es consiente de aquellas que interfieren la función bucal o que traumatizan de tal forma que producen dolor o hiperestesia. El descubrimiento precoz de la lesión proporciona al clínico datos importantes como tiempo de existencia, crecimiento y evolución del tumor.

La visualización del tumor puede determinar la localización, tamaño y forma, superficie, color y extensión del tumor.

La palpación digital puede determinar su consistencia que puede ser blanda, semidura, fibrosa, dura o de naturaleza ósea. Los datos como crepitación, movilidad o rigidez de la masa tumoral y los signos de induración o infiltración ayudan al diagnóstico.

La facilidad de realizar biopsias, dá los datos necesarios para el diagnóstico definitivo.

La clasificación de los tumores o cualquier otra enfermedad es con el objeto de facilitar una mejor comprensión de las enfermedades, subrayar los distintos caracteres de las entidades y sobre todo simplificar el diagnóstico.

CAPITULO I

BIOPSIA

BIOPSIA.

Es la eliminación de tejido del organismo con la finalidad de investigar la naturaleza de una lesión mediante un examen microscópico y para hacer un diagnóstico. La biopsia no está restringida al diagnóstico de tumores, sino que es invaluable para determinar la naturaleza de las lesiones raras.

Muchas lesiones carecen de un aspecto microscópico específico y por ello no siempre es posible establecer un diagnóstico definitivo.

Existen varios tipos de biopsia, dentro de los cuales podemos mencionar los más comunes:

BIOPSIA POR EXCISION.

Llamada también de extirpación. Es la extirpación total de una lesión pequeña para su estudio. Se prefiere la biopsia por excisión cuando el tamaño de la lesión es tal que puede ser retirada con un margen de tejido normal y se puede cerrar la herida primaria. Se realiza en casos de papilomas, fibromas, nevos y en algunas lesiones potencialmente malignas.

BIOPSIA POR INCISION.

Llamada también diagnóstica. Es cuando la lesión es demasiado grande para ser extirpada desde un principio, o son de tal naturaleza que no sería aconsejable la excisión. En estas circunstancias se retira solo una parte de la lesión para su examen.

BIOPSIA POR SACABOCADOS.

Es la resección en sacabocados de un fragmento, mediante unas pinzas especiales.

BIOPSIA POR RASPADO.

Es tomar tejido mediante la acción de curetas apropiadas.

Hay varias técnicas para obtener material de una lesión para su estudio microscópico.

- 1)-Excisión Quirúrgica con Bisturí
- 2)-Eliminación Quirúrgica con Cauterío o con Bisturí de alta frecuencia.
- 3)-Eliminación con Pizas para Biopsia o Sacabocados para Biopsia.
- 4)-Aspiración Mediante una Aguja con Luz Grande.
- 5)-Técnicas de Citología Exfoliativa.- En la cual se frota la superficie de la lesión con alguna sustancia esponjosa que luego se corta, o se raspa y se extiende sobre un portaobjetos y se fija inmediatamente antes de que se seque.

La biopsia por aspiración tiene poco valor en el diagnóstico de lesiones bucales. El bisturí es el instrumento adecuado, puesto que elimina limpiamente el tejido y no deshidrata como el cauterio o bisturí de alta frecuencia. Este último es de gran valor cuando se trata de lesiones bucales vasculares, en las que cohibe la hemorragia en la zona de la biopsia.

La citología exfoliativa es útil para el diagnóstico de lesiones de infección bucal por herpes simple, herpes zoster, penfigo vulgar, etc.

Hann concluyó que:

- 1)-La citología no es un sustituto de la biopsia quirúrgica, sino su complemento.

2)-Es un procedimiento rápido, simple, indoloro y sin sangrado.

3)-Sirve como verificación de biopsias negativas falsas.

4)-Especialmente útil en el control periódico para la detección de recidivas de carcinomas previamente tratados.

5)-Es valiosa para estudiar lesiones cuyo aspecto macroscópico es tal que no justifica la biopsia.

TECNICAS PARA LA BIOPSIA.

1)-Hay que elegir el área o áreas mas representativas del proceso patológico, cuando la lesión es demasiado extensa para ser eliminada por completo.

2)-No pintar la superficie de la zona a biopsiar con yodoni con antiséptico muy coloreado.

3)-Si se utiliza anestesia infiltrativa, no inyectar la solución anestésica directamente en la lesión. Sino en la periferia.

4)-Usar un bisturí filoso para no desgarrar los tejidos.

5)-Es preferible practicar biopsias profundas y angostas y no biopsias anchas y poco profundas, puesto que las alteraciones tisulares superficiales pueden diferir de las profundas.

6)-El material de biopsia debe incluir tejido normal circundante.

7)-Son preferibles cortes elípticos de forma en "V" en el tejido normal subyacente.

8)-Si la lesión es pequeña se recomienda su completa eliminación. Si se trata de una lesión que mida un centímetro o menos, resultará facil de eliminar.

9)- Poner cuidado en no mutilar la muestra al tomarla con las pinzas.

10)-El tejido extraído se coloca en un frasco con formol al 10 por ciento o alcohol al 70 por ciento. Si la muestra es delgada, colocarla en un trozo de papel glaseado y sumergirla en fijador.

11)-Cada frasquito deberá llevar un rótulo respectivo y llevar con cuidado la ficha que lo acompaña. Es esencial que los antecedentes y descripción de la lesión sean los más completos y exactos posible.

Siempre se tomará una biopsia nueva cuando haya alguna duda sobre la naturaleza adecuada o representativa de la muestra original. Nunca se ha considerado definitivo un informe o un diagnóstico negativo que no coincida con el diagnóstico previo.

INDICACIONES PARA LA BIOPSIA.

La presencia o ausencia de una causa obvia para la lesión constituyen los factores que determinan la necesidad de practicar una biopsia o no. Si una prótesis que ajusta mal parece ser la causa de una ulceración, debe eliminarse dicha causa y mantenerse la lesión en observación durante corto lapso. Igualmente las tumefacciones y las áreas queratinizadas o eritimatosas para las cuales existe causa aparente deben ser mantenidas bajo vigilancia después de eliminada la causa de irritación o infección.

Si hay úlceras, tumefacciones, decoloración blanqueca o rojiza, --

O cualquier otra alteración para la cual no exista explicación clínica, será de poco o ningún valor un periodo de observación y en cambio estará indicada la biopsia.

La única contraindicación es en el caso de sospechar la presencia de un melanoma.

CICATRIZACION DE LA HERIDA POR BIOPSIA BUCAL.

Es idéntica a la de una herida similar en cualquier parte del cuerpo y por lo tanto puede ser clasificada como cicatrización primaria o secundaria. La naturaleza de este proceso depende de si es posible poner en coaptación los bordes de la herida, con frecuencia por medio de sutura.

CICATRIZACION PRIMARIA O DE PRIMERA INTENCION.

Es el tipo producido tras la excisión de un fragmento de tejido con una unión estrecha de los bordes de la herida. Esta es la forma de cicatrización previsible luego de la excisión de una lesión en un sector bucal donde la elasticidad en tejidos es tal que permite unir la herida y suturarla.

CICATRIZACION SECUNDARIA, POR SEGUNDA INTENCION O DE HERIDA ABIERTA.

Ocurre cuando hay pérdida de tejido y no es posible acercar los labios de la herida. De este tipo de cicatrización se suele decir que es un proceso en el cual la herida "granula", ya que el material que ocupa el defecto durante el proceso cicatrizal es denominado tejido de granulación. Esta clase de herida es el resultado de una lesión en una zona de la cavidad bucal en la cual los tejidos no se estiran y en la que es imposible acercar los bordes.

BIOPSIA DE LOS TUMORES BENIGNOS DE LA CAVIDAD BUCAL.

En la cavidad bucal se emplean las biopsias para confirmar un diagnóstico de lesión maligna frente a una lesión clínicamente sospechosa, o como ayuda diagnóstica para el estudio de lesiones no neoplásicas.

REGLAS GENERALES PARA SACAR TEJIDO PARA SU DIAGNOSTICO:

1)-La muestra siempre debe de ir acompañada de los siguientes datos: Ficha de la biopsia, nombre, edad y sexo del paciente, zona de donde proviene la biopsia y descripción breve del aspecto clínico de la lesión, con síntomas acompañantes y posible diagnóstico.

2)-Deben evitarse los antisépticos superficiales que contienen yodo. Debe anotarse el anestésico usado, y debe indicarse si el tejido fué obtenido con bisturí o con electrocauterio.

3)-La biopsia debe incluir no solo parte de la lesión, sino también algo de tejido clínicamente normal. Las lesiones pequeñas deben extirparse por completo al tomar la biopsia. En cualquier caso es preciso recoger una cantidad suficiente de tejido.

4)-El fragmento de la biopsia que va a emplearse para el estudio histopatológico debe colocarse de inmediato en un buen fijador.

El examen de biopsia de tejidos bucales también puede utilizarse para diagnóstico de algunas enfermedades generales.

Lado el intocese que tiene la biopsia de todos los tumores benignos de la cavidad bucal queda el problema de saber en que momento deba efectuarse la biopsia. Si se lleva a cabo inmediatamente

te después de observar la lesión, se suprime el peligro de que el paciente no regrese para efectuarse la biopsia, pero esta ventaja - debe pesarse contra la posibilidad de que dicho tratamiento agresivo pueda crear pánico al paciente y disminuir la posibilidad de que el paciente regrese para vigilancia.

La biopsia no debe retrasarse si se observa cualquiera de los siguientes hechos: aumento de volumen rápido de la lesión, ausencia de cualquier irritante reconocido en particular donde la lesión está crónicamente ulcerada o sangra espontáneamente; presencia de ganglios linfáticos duros, especialmente parecen fijados o tejidos vecinos, destrucción de raíces dentarias, pérdida de dientes y señales de rápida expansión del maxilar, con elevación del periontio. - Además, justifican la biopsia inmediata al antecedente de un cáncer en otra parte del cuerpo, cáncer bucal o radioterapia de la boca.

La biopsia se considera el único método realmente seguro para valorar la índole cancerosa o precancerosa de una lesión.

Pueden emplearse tres técnicas al tomar biopsia de la mucosa bucal.

BIOPSIA DE INCISION.

Se emplea cuando la lesión sospechosa es de gran volumen. Siempre - debe de incluir tejido tumoral, zona límite y mucosa normal vecina.

1)- Anestésiar la zona de la lesión con una solución de clorhidrato de lidocaína al 2 por ciento, eventualmente conteniendo un vasoconstrictor. Dar la inyección alrededor de la lesión, no directamente en la misma.

2)- Efectuar incisiones paralelas, separadas por 2 o 3 mm. en-

el área de la lesión. Efectuar otra incisión en cada extremo -- uniendo los dos extremos de las incisiones paralelas.

3)-Elevar el extremo de la pieza con pinzas finas y, empleando tijeras curvas, ir cortando gradualmente la pieza, separándola del tejido más profundo hacia el otro extremo de las incisiones paralelas. Al acercarse al extremo opuesto, la biopsia queda sostenida por las pinzas y completamente separada del tejido profundo.

4)-Llevar al tejido cuidadosamente y colocarlo en la solución fijadora.

5)-Generalmente se necesitan puntos de sutura (2) para cerrar la herida de biopsia.

6)-Escribir en el frasco el nombre del paciente, el número de la historia, la lesión y de donde se tomó.

BIOPSIA DE SACABOCADOS.

Se utiliza muchas veces para selección múltiple. Se recomienda cuando la lesión tiene aspecto uniforme; la zona sometida no es muy grande, y el tejido vecino normal no se necesita para comparación.

1.- Anestesiarse la zona de la lesión con solución de clorhidrato de lidocaína al 2 por ciento. Dar la inyección por infiltración local a su alrededor.

2.- Colocar el sacabocados para biopsia en la zona central de la lesión y girarlo en dirección de las agujas del reloj hasta incluir algo de tejido muscular.

3.- Con pinzas elevar ligeramente el tejido, con tijeras curvas, que inicialmente se dirigen hacia abajo y más tarde hacia arriba,

cortar la pieza, seprando el tejido del músculo más profundo.

4.- Poner el tejido en el frasco que contiene la solución fijadora.

5.- Escribir en el frasco el nombre del paciente, número de la historia, la lesión y localización del tejido.

El sacabocados normalmente no debe dirigirse en dirección contraria a las agujas del reloj, y toda la intervención debe completarse sin separar el sacabocados de la zona tisular. Esta técnica se aconseja para evitar la superposición de cortes en el tejido, la cual finalmente se reflejaría en la imagen microscópica. La pieza de biopsia debe ser suficientemente profunda para incluir tejido conectivo.

BIOPSIA DE EXCISION.

Significa extirpar totalmente la lesión, considerándose como -- tratamiento para efectuar al mismo tiempo el examen histopatológico. Las lesiones de 1 cm. o menos son las mejores para este tipo de biopsia.

1.- Anestesiarse la lesión por infiltración local alrededor de ésta.

2.- Utilizar un bisturí, efectuar una incisión elíptica alrededor de la lesión, con los cortes que convergan en forma de "V" en el tejido normal subyacente.

3.- Disecar el tejido separándolo con cuidado.

4.- Colocar el tejido en la solución fijadora.

5.- Colocar puntos de sutura para cerrar la herida de la biopsia.

6.- Escribir en el frasco los datos antes mencionados.

Durante la intervención hay que tener cuidado de que las incisiones de biopsia sean muy limpias, con instrumentos bien afilados - para evitar desgarros y deformaciones del tejido. La incisión -- ha de ser precisa, profunda y estrecha, mejor que amplia y superficial.

C A P I T U L O I I

HISTOLOGIA DEL TEJIDO CONECTIVO

HISTOLOGIA DEL TEJIDO CONECTIVO.

El tejido conectivo, es el segundo de los cuatro tejidos básicos, se llamó así porque reúne a todos los tejidos entre sí y con el esqueleto y también les presta sosten.

Se divide básicamente en dos grupos:

- 1) Corriente (Blando)
- 2) Especializado (Duro)

TEJIDO CONECTIVO.

MESENQUIMATOSO

MUCOSO

LAXO

TEJIDO CONECTIVO
BLANDO

Reticular
Areolar
Adiposo
Fibroso denso
 Dispuesto irregularmente
 Dispuesto regularmente

SANGRE

CARTILAGO

Hialino
Elástico
Fibroso

TEJIDO CONECTIVO
DURO.

HUESO

Compacto
Esponjoso

Los tejidos conectivos tienen tres componentes:

- 1) Substancia Fundamental Intercelular Amorfa
- 2) Substancia Intercelular Formada (fibras)
- 3) Células

La substancia fundamental amorfa en los tejidos conectivos maduros es semilíquida o gelatinosa. Este rasgo cementoso es importante en la formación de una masa organizada de tejido.

SUBSTANCIA INTERCELULAR FORMADA.

Hay cuatro clases de productos intercelulares formados:

- a)-Reticular
- b)-Colágeno
- c)-Elástico
- d)-Oxitalan

FIBRAS RETICULARES.

Son fibras delicadas ramificadas de menos de una micra. Son --- agregados de unidades más pequeñas conocidas como fibrillas. Se les llama fibrillas argirófilas porque reaccionan intensamente a colorantes de plata. Algunos científicos creen que son la forma inmadura del colágeno. La diferencia entre las fibrillas reticulares y las colágenas es que las reticulares más pequeñas son ricas en carbohidratos y el colágeno es pobre en ellos.

Las fibrillas reticulares son importantes porque constituyen --- membranas basales. Armazón para glándulas y matrices de desarrollo de dentina, cemento y hueso.

FIBRAS COLAGENAS.

Son colecciones de unidades más pequeñas o fibrillas.

Miden promedio de .3 a .5 M. de diámetro, y los grupos de fibrillas se adhieren una a otra para formar fibras de 1 a 30 M. de diámetro. Estas también pueden unirse para formar grupos más -- grandes o haces de diferente diámetro. Debido a su gran resistencia se encuentran en grandes cantidades áreas a las que se apli-

can fuerzas de tensión o donde se necesita protección. La colágena es el componente fibrilar de las substancias fundamentales del tejido duro como hueso, cemento y dentina.

FIBRAS ELASTICAS:

Son las únicas que no están unidas para formar haces grandes. Son las más voluminosas, llegando a medir de 1 a 4 M. de diámetro. Se ramifican libremente y forman a menudo redes, son -- elásticas y pueden estirarse cuando menos lo doble de su longitud. En tejido vivo son de color amarillo pálido por lo que a veces se les llama fibras amarillas. Son componentes esenciales de las paredes de los vasos sanguíneos. En la cavidad bucal, se les encuentra en el tejido conectivo de mejilla y paladar blando.

FIBRAS DE OXITALIAN:

Se cree que son precursoras de las fibras elásticas. Se identifican solo mediante tinción especial. Estas son muy burdas y están asociadas al tejido de sujeción del diente, encías y pulpa dental en desarrollo.

CELULAS DEL TEJIDO CONECTIVO:

Los componentes celulares son:

- a)- Células mesenquimatosas
- b)- Fibroblastos.
- c)- Mastocitos
- d)- Células Grasas
- e)- Células de Pímentos
- f)- Células Reticulares
- g)- Macrófagos

h)- Células Plasmáticas

i)- Leucocitos.

La sangre, que es una clase especial de tejido conectivo, está compuesta de eritrocitos y leucocitos.

CELULAS MESENQUIMATOSAS.

Son generalmente estrelladas. Sus núcleos son grandes y ocupan el centro de la célula. El citoplasma apenas se distingue debido a que los organelos son pocos. Los procesos mediante los cuales la célula hace contacto con células vecinas dan la impresión de una red. Estas células se encuentran con mayor frecuencia en el tejido mesodérmico joven del embrión. En tejidos maduros son escasas y se encuentran principalmente cerca de los vasos sanguíneos más pequeños.

FIBROBLASTOS.

Son los más numerosos. Son responsables de la producción de sustancias intercelulares.

La forma madura de estas células que se encuentran más en tendones y ligamentos, se llama Fibrocito y solo se puede ver su núcleo largo y plano.

El fibroblasto secreta los precursores de la colágena y la reticulina en forma de grandes moléculas de precolágena. En el espacio intercelular, las macromoléculas se organizan en colágena. Los fibroblastos son grandes células fusiformes con prolongaciones de distintos tamaños. Sus núcleos son ovales y están en el centro de la célula.

MASTOCITOS O CELULAS CEBADAS.

Son abundantes en el tejido conectivo de la boca y particular-

mente en encías. Se encuentran con mayor frecuencia cerca de -- los vasos sanguíneos pequeños. Estas células sintetizan heparina, un anticuaagulante de la sangre, e histamina, que induce a -- los capilares a liberar plasma. Las células son grandes y sus -- núcleos redondos y centrales.

CELULAS GRASAS.

Las células grasas jóvenes se llaman lipoblastos. A medida que -- se forma mas material lípido en el lipoblasto, las gotas se funden forzando el núcleo y el escaso citoplasma contra la membrana plasmática. La configuración resultante es la de una "sortija -- con sello".

La grasa se forma a expensas de los organelos. Cuando las células grasas se acumulan pierden su forma redonda y se vuelven poligonales. Las células grasas con grandes vacuolas semejan alambrado de gallinero. Es posible que estas células vuelvan a convertirse en lipoblastos.

CELULAS DE PIGMENTO.

Una célula de pigmento es el Melanocito. Cuando estas células -- son estimuladas por ciertos rayos, producen el pigmento melanina. Los gránulos de melanina son transportados de los melanocitos a -- varias células diferentes (epidérmicas o fagocitos). Estas son -- portadores de melanina o melanóforos.

CELULAS RETICULARES.

Son células grandes estrelladas con prolongaciones que entran en -- contacto con las vecinas. Son células primitivas parecidas a -- las mesenquimatosas. Sus núcleos son grandes y ovalados. En los tejidos formadores de sangre, son conocidas como células reticu-

lares, son funcionalmente semejantes a los fibroblastos.

MACROFAGOS. (HISTIOCITOS)

Son las colectoras de desechos del cuerpo y se ocupan principalmente de ingerir y digerir células muertas y otros desechos.

La digestión se realiza mediante enzimas que son transportadas por lisosomas. Estas células ocupan posiciones fijas cerca de los vasos sanguíneos pequeños en el tejido conectivo. Sus prolongaciones son gruesas y cortas, su núcleo es pequeño.

LEUCOCITOS.

Los leucocitos o células blancas sanguíneas, se encuentran en la corriente sanguínea, pero muchos de ellos dejan los conductos -- vasculares para emigrar a los tejidos conectivos. Los leucocitos pueden dejar el tejido conectivo entrando a los vasos linfáticos del área.

Los leucocitos que pueden encontrarse en el tejido conectivo incluyen leucocitos no granulados (linfocitos y monocitos) así como granulados (eosinófilos, basófilos y neutrófilos).

CELULAS PLASMATICAS.

Estan relacionadas con los linfocitos. Las células plasmáticas contienen mucho citoplasma y la cromatina de sus núcleos está -- orientada como los rayos de una rueda. Estas células funcionan como la primera línea de defensa contra la invasión por bacterias u otros cuerpos extraños, produciendo anticuerpos, macromoléculas especializadas que se combinan estos agentes y por lo tanto los neutraliza.

TEJIDOS CONECTIVOS BLANDOS.

MESENQUIMATOSO

El tejido conectivo embrionario (mesénquima) es el tejido del -
embrión joven. Es un tejido muy primitivo y delicado compuesto
por fibrillas (reticulares conocidas como fibrillas precoláge--
nas y argirófilas), células mesenquimatosas y gran cantidad de
substancia fundamental amorfa.

MUCOSO.

Se encuentra en el cordón umbilical y el humor vítreo del ojo.
Es semejante al tejido conectivo embrionario, en tanto que esta
compuesto por gran cantidad de substancia fundamental mucoides -
en la que se encuentran dispersos fibroblastos y fibras colágenas.

LAXO.

El tejido conectivo laxo (Areolar), es la variedad principal --
del tejido conectivo corriente. Se llama así porque es blando,
flexible y algo elástico.

En la boca sostiene al epitelio de labios, mejillas piso de la-
boca, paladar, lengua, encías, amígdalas.

Este tipo de tejido está compuesto por una substancia fundamen-
tal en la que las fibras están dispuestas en forma laxa. La fi-
bras que predominan son las colágenas. Los tipos de células que
se ven con más frecuencia en el tejido son los fibroblastos y -
macrófagos. Las células mesenquimatosas y los mastocitos se lo-
calizan cerca de los capilares. Entre las funciones del tejido
conectivo areolar se encuentran sostén, envoltura, reparación,
protección de nervios y vasos sanguíneos y linfáticos y defensa

TEJIDO CONECTIVO ADIPOSEO (GRASO).

Se compone principalmente de células grasas. Los grupos de estas células pueden estar por una condensación densa de fibras de tejido conetivo. Un grupo de células grasas se conoce como Lóbulo, - el tejido conectivo que separa los territorios de células grasas, se llama tabique. Estos dos terminos son importantes porque se usan para referirse a otros órganos y tejidos.

El tejido graso se forma del tejido areolar. Las funciones del - tejido graso incluyen almacenamiento de alimentos para producir - energía, absorción de choques, aislamiento y envoltura.

TEJIDO CONECTIVO DENSO.

Difiere del laxo en que las fibras son mas numerosas y estan agrupadas en forma mas densa. El aumento en la cantidad de fibras -- se acompañar de disminución de la cantidad de células, substancia fundamental y vasos sanguíneos y linfáticos. Cuando las fibras - estan dispuestas en masas densas con una orientación especifica se dice que el tejido esta dispuesto en forma regular; si no, se dice que esta dispuesto en forma irregular.

El tejido conectivo denso dispuesto en forma regular forma bandas, capas y cordones muy fuertes y resistentes. Ejemplos: Son - los ligamentos, tendones, aponeurosis y la membrana periodóntica. El tejido conectivo denso dispuesto irregularmente suele formar - membranas protectoras alrededor de los órganos. Estos se conocen como fascias, vainas y tabiques.

SANGRE Y LINFA.

Son tejidos conectivos líquidos. Estos tejidos son clasificados como tejidos conectivos porque estructuralmente tienen casi todas

las características del tejido conectivo verdadero. Por ejemplo el plasma, se considera la substancia fundamental ya que componen de el 55% de la sangre. Los componentes fibrilares se llaman fibrina y son producidos solo durante la coagulación. Las células son constituyentes promientes ya que forman el 45% de la sangre. Estas son de dos tipos:

- Blancas, llamadas "leucocitos".
- Rojas, llamadas "eritrocitos".

Los leucocitos forman el 13% de los elementos figurados de la sangre. Se subdividen segun la presencia o ausencia de gránulos dentro del citoplasma en: Leucocitos no granulados y leucocitos granulados.

Los leucocitos no granulados de la sangre circulante se componen principalmente de linfocitos pequeños que constituyen entre 20 y 35% de todos los glóbulos blancos y los monocitos aproximadamente el 5%.

Los linfocitos en el tejido conectivo se componen casi completamente de la variedad pequeña. Son mas o menos del tamaño de un glóbulo rojo. El citoplasma es muy escaso y forma un halo delgado alrededor del núcleo, que es redondo y muy oscuro porque la cromatina ha quedado reducida a un pequeño espacio. Estas células pueden ser fagocitos muy pequeños.

Los monocitos son el doble del diámetro de un glóbulo rojo. El núcleo ocupa mas o menos la mitad de toda la célula y es generalmente exéntrico, y es de forma ovalada o en forma de riñón o con una muesca profunda. Es de un color mas claro que el linfocito. Estas células son capaces de fagocitar.

Los leucocitos granulados son los mas numerosos junto con los neutrófilos forman aproximadamente el 65% de los glóbulos --- blancos. Los eosinófilos mas o menos el 3% y los basófilos -- son raros.

Los neutrófilos son semejantes en tamaño a los monocitos. El citoplasma es muy abundante y contiene gránulos de color lavanda. El núcleo tiene de dos a cinco lóbulos.

Los eosinófilos son semejantes en tamaño a los neutrófilos. - El citoplasma tiene granulos de color rojo brillante y un nucleo que raramente tiene mas de dos lóbulos. Estas células - se encuentran con frecuencia en vías nasales y respiratorias. Su función es combatir procesos alergicos e inflamatorios.

Los basófilos son muy raros en sangre circulante y mas raros en tejido conectivo. Generalmente no fagocitan. Estas células se reconocen por sus granulos azules o negros en el citoplasma. Los núcleos tienen dos o tres lóbulos.

Los eritrocitos (glóbulos rojos) son discos bicóncavos sin -- núcleo. Los organelos, incluso el núcleo, se pierden por --- acumulación de la inclusión pigmentada llamada hemoglobina. - Cada milímetro cúbico de sangre contiene de 5.0 a 5.5 millones de glóbulos en el adulto hombre y de 4.5 a 5.0 millones - en la mujer.

Otras substancias del plasma son la hemoconia y quilomicrones. Las plaquetas son fragmentos de células organizadas llamados megacariocitos que se localizan en tejidos formados de sangre. La hemoconia la constituyen deshechos celulares y los quilomi-- cronos son gotas de grasa.

Los trombocitos (plaquetas) son fragmentos incoloros citoplasmicos. Se ha estimado que cada milímetro cúbico de sangre contiene entre 200,000 y 300,000 plaquetas. Los trombocitos se originan a partir de células gigantes (megacariocitos) de la médula ósea roja.

Los trombocitos participan en el mecanismo de coagulación de la sangre y tienden a adherirse a las superficies lesionadas de los vasos sanguíneos, formando lo que se llama un trombo blanco.

La linfa es transportada en vasos de paredes delgadas. La porción celular de la linfa está compuesta por leucocitos. La parte líquida de la linfa cuando se encuentra fuera de los vasos es nombrada líquido tisular. Aunque la linfa no contiene fibrina -- puede coagularse lentamente. Los vasos linfáticos se vacían en órganos filtrantes llamados "ganglios linfáticos", que se localizan en sitios estratégicos del cuerpo formando una cadena protectora. Los vasos linfáticos fluyen generalmente hasta el mayor de ellos, el "conducto torácico", por el cual la linfa penetra en la porción venosa del aparato circulatorio.

La formación de sangre o hemopoiesis ocurre en tejidos conectivos especializados (linfático y medular).

CARTILAGO.

Como otros tejidos conectivos y de sostén consiste en fibras --- (colágenas y elásticas) incluidas en una substancia fundamental-cementosa. Estos dos componentes forman la substancia intercelular del cartilago y hueso, así como tejidos dentales (dentina y cemento). Mientras que la substancia intercelular es cemento, - dentina y hueso está mineralizada, en el cartilago maduro es rí-

gida pero no está mineralizada. Las células cartilaginosas se llaman condrocitos y están incluidas en pequeños compartimientos llamados lagunas.

El cartilago maduro es de tres tipos:

- a)-Hialino
- b)-Elástico
- c)-Fibroso

Los condrocitos reciben abastecimiento de los elementos nutritivos y oxígeno por difusión a través de la substancia intercelular ya que los vasos sanguíneos y linfáticos y los nervios no son parte del cartilago.

El cartilago hialino en fresco es vidrioso y tiene aspecto de porcelana. Es elástico y flexible y por lo tanto es un componente valioso de las costillas, unión de huesos largos, nariz, laringe, traquea.

El estudio de este tejido reveló tres estructuras distintas:

1)-Vaina de tejido conectivo fibroso denso e irregular que lo rodea llamada "pericondrio" que consiste principalmente de fibras colágenas con unos cuantos fibroblastos, excepto en la porción inmediata a la substancia intercelular.

2)- Células cartilaginosas, son de dos tipos:

- a)- La inmadura, que funciona para producir la substancia intercelular.
- b)- La madura, que mantiene esta substancia.

Las células inmaduras forman una capa simple entre el pericondrio y la substancia intercelular. Se conoce como "condroblasto" Las cartilaginosas situadas mas profundamente llamadas "condro-

citos, son mucho más grandes, mas redondas y se presentan en --
nidos de 2 a 4 células. Durante el desarrollo los condroblas--
tos jóvenes crece, se dividen y maduran hasta formar grupos de--
condrocitos. Las cavidades de la substancia intercelular que -
incluyen las células se llaman lagunas.

3)- Substancia Intercelular. La substancia intercelular -
que forma el revestimiento de las lagunas se conoce como subs--
tancia intercelular territorial o capsular; la que se encuentra
entre las cápsulas se llama substancia intercelular interterri--
torial.

El Cartilago Elastico forma parte de las estructuras de sosten--
del cuerpo como pabellón de la oreja, epiglottis, ciertas áreas
de laringe y conducto auditivo. En fresco es amarillo debido a
la presencia de celulas amarillas o elásticas.

El cartilago fibroso se encuentra asociado a discos invertebra--
les, inserciones y otros sitios en los que el ligamento y tendo--
nes estan conectados a hueso. El cartilago fibroso está asocia--
do siempre a cartilago hialino o a tejido conectivo fibroso den--
so. La substancia intercelular del cartilago fibroso está res--
tringida a las áreas que rodean a los condrocitos. Estos últi--
mos están localizados entre haces densos de colágena, son rela--
tivamente pocos y pueden presentarse solos o en hileras. No hay
pericondrio.

Los condrocitos de todos los tipos de cartilagos mantienen la -
substancia intercelular.

Los condroblastos, además, sirven para producir más cartilago -
(condrogénesis).

TEJIDO CONECTIVO DURO.

HUESO (TEJIDO OSEO).

Los componentes incluyen una vaina externa llamada periostio, células u osteocitos, contenidas en lagunas que forman parte de la substancia intercelular calcificada. En huesos largos hay una cavidad central que alberga un tejido "la médula". En otros huesos puede haber espacios llamados "espacios medulares" porque contienen médula ósea roja.

CLASIFICACION.

En un corte longitudinal de hueso largo se revelará que los extremos son burdos y esponjosos. Pero las paredes de la porción central o diáfisis son sólidas.

El primero es Hueso Esponjoso o Canceloso, que esta hecho de vigas óseas microscópicas (trabéculas) con espacios medulares entre ellas. El último es Hueso Compacto que esta compuesto de muchas capas (laminillas) sin espacios de tejidos blandos entre ellas. La superficie externa del hueso es generalmente compacta y la porción central esponjosa. Los huesos se clasifican según su forma y tamaño.

El Periostio consiste en una capa externa de tejido conectivo fibroso denso y una capa interna laxa. Los haces de fibras colágenas de la capa externa pasan a través de la capa interna para fijarse a la substancia intercelular del hueso como fibras de Sharpey. La capa laxa incluye células mesenquimatosas, fibroblastos, osteoblastos y osteoclastos. Los osteoblastos son células osteogénicas que funcionan para producir fibrillas colágenas y substancia intercelular. Durante periodos activos son cuboi-

des y en periodos inactivos se aplanan. Los osteoclastos son - células óseas destructoras que se ven a menudo en concavidades llamadas lagunas de Howship. Estas células son de tamaño variable y de múltiples núcleos.

Los Osteocitos son ovalados o planos con numerosas prolongaciones que se extienden desde su superficie. Los pequeños conductos que albergan a las prolongaciones forman un sistema intercomunicante a través de la substancia intercelular. Las prolongaciones se orientan generalmente hacia la fuente nutritiva.

La Matriz de todo hueso se compone de fibras colágenas y substancia intercelular. Ambos componentes se mineralizan con cristales de calcio que contienen fosfato llamados de apatita. La matriz que se forma durante el desarrollo embrionario está compuesta por espículas en las que se incrustan las fibras colágenas formando mallas irregulares.

Laminillas. Las fibras de hueso posnatales se producen más lentamente y se organizan en capas definitivas llamadas laminillas. Las laminillas suelen estar orientadas en forma paralela formando diseños rectos, ondulados o circulares. Las laminillas que circundan la parte exterior de los huesos largos se llaman periosticas o circunferenciales externas debido a su proximidad al periostio. Las que forman las paredes o endostio de la cavidad medular se llaman endóticas o circunferenciales internas.

Entre las laminillas externas e internas se encuentran conductos de Havers alrededor de los cuales están dispuestas en círculos concéntricos laminillas de Havers. Los conductos de Havers están llenos de tejido conectivo laxo que contiene vasos sanguí

neos o linfáticos y nervios. Los conductos de Havers están conectados a túneles conocidos como conductos de Volkman que también contienen tejido conectivo laxo, vasos sanguíneos y linfáticos y nervios. Los grupos de laminillas de forma irregular, se llaman intersticiales, y están localizados entre los sistemas de Havers. Estas se destruyen solo parcialmente al remodelarse el hueso del nacimiento a la madurez.

FUNCIONES DEL HUESO.

Proporciona forma y soporte al cuerpo y da protección a órganos vitales. Funciona también como depósito de sales minerales y -- como palancas en los movimientos del cuerpo.

C A P I T U L O I I I

TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN CONECTIVO.

F I B R O M A

Es una neoplasia benigna del tejido conectivo submucoso y subcutáneo de la boca, pero casi siempre se encuentra en la mucosa bucal, lengua o encía. Se presenta en personas de todas -- las edades y en ambos sexos. Está intimamente relacionada con la hiperplasia fibrosa, aunque se diferencia de esta primera-- mente por ser una neoplasia y también porque la hiperplasia -- desaparece al eliminar el irritante y el fibroma no.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Tiene todas o casi todas las características de una neoplasia-- benigna. En su forma típica es una lesión prominente de tama-- ño pequeño o puede alcanzar hasta varios centímetros de diáme-- tro, es de superficie lisa y de forma curva simétrica, redonda, ovalada o elíptica, su base es sésil pero generalmente se adhiere a los tejidos subyacentes por un estrecho pedículo, su color es parecido al de los tejidos normales o más pálidos, su consistencia se debe a un contenido de tejido fibroso. Cuando se localiza en el interior de tejidos que pueden comprimir se -- puede desplazar con facilidad de un lado a otro sin alterar -- los tejidos que lo rodean.

Los fibromas que se originan en el tejido conjuntivo más pro-- fundo presentan otro aspecto. Se descubre por un bulto promi-- nente en los tejidos orales. Es una masa bien limitada, dura-- y nó dolorosa, de fácil movilización por debajo de la membrana bucal.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Consiste en haces de tejido conectivo fibrosa que en el inte--

rior tiene cantidades variables de fibroblastos y fibrocitos --
diseminados. La vascularización varía desde un pequeño número
de capilares, hasta una gran capilaridad, dependiendo del tiempo
de evolución.

La superficie está cubierta de una capa de epitelio escamoso --
estratificado que aparece estirado con brotes epiteliales acor-
tados y aplanados. En algunos fibromas se encuentran zonas de
calcificación difusa o focal, principalmente en los de la encía.
Podemos mencionar que la diferencia que existe entre el fibroma
y el fibroma oscificante periférico, es el elevado grado de ce-
lularidad de éste último, cosa que no sucede en el fibroma.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El tratamiento es la excisión quirúrgica conservadora. La le-
sión raras veces recidiva.

OSTEOFIBROMA OSIFICANTE CENTRAL.

Es una neoplasia ósea central. Los sitios mas afectados son - sinfisis, ángulos de la mandíbula y fosa canina de los maxilares.

Hay notable similitud entre esta lesión y el fibroma cementante central, tanto clínica como histológicamente. Por lo que - se afirma que: 1).- Son dos tumores benignos separados, de --- idéntica naturaleza con excepción de las células proliferantes, los osteoblastos con formación ósea en un caso, de los cemento- blastos con formación de cemento en el otro. 2).- Representan- dos facetas del mismo tumor básico.

Estos tumores se presentan a cualquier edad, pero es más común en adultos.

Características Clínicas:

Puede afectar cualquiera de los dos maxilares, pero con mas -- frecuencia en la mandíbula.

La lesión es asintomática hasta que la proliferación produce - una pequeña hinchazón y deformación; el desplazamiento de los- dientes es un signo clínico característico. El tumor es de -- crecimiento lento y puede presentarse antes de ser descubierto. A causa del crecimiento lento las láminas corticales óseas y - la mucosa que las cubre están casi intactas.

Características Radiográficas:

Ofrecen un cuadro extremadamente variable según su evolución.- Pero la lesión siempre es bien circunscrita y está demarcada - del hueso circundante.

En estadios incipientes aparece como una zona radiolúcida.

Conforme va madurando hay una creciente calcificación, por lo tanto la zona radiolúcida se mancha con zonas opacas hasta que se vuelve totalmente radiopaca uniforme. Hay desplazamiento de dientes o invasión de estructuras circundantes.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Se compone de muchas fibras colágenas estrelazadas, intercaladas con muchos fibroblastos activos en proliferación. Este tejido presenta muchos focos pequeños de trabéculas óseas irregulares.

A medida que la lesión madura, las islas de osificación aumentan en cantidad, se agrandan y coalescen.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

La lesión debe ser tratada con excisión conservadora y es rara la recidiva.

GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES.

Granuloma reparativo periférico de células gigantes; Tumor periférico de células gigantes, épulis de células gigantes; Osteoclastoma. Fué descrito por muchos autores con una gran variedad de denominaciones. Por lo tanto no hay un acuerdo sobre la naturaleza verdadera. Se tiene la idea de que es una respuesta proliferativa rara de los tejidos ante una agresión de tipo agudo o crónico.

La lesión no es verdaderamente reparativa.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Su aspecto varía considerablemente. Se produce en encía y reborde alveolar, con más frecuencia delante de los molares. Se presenta como una lesión sésil o pediculada. Parece originarse del ligamento periodontal o del mucoperiostio. La lesión varía de tamaño, pero por lo general mide entre .5 y 1.5 cm. Es de color rojo oscuro, es vascular y hemorrágico y suele tener una superficie ulcerada.

En desdentados puede presentarse como una hinchazón vascular ovoide o fusiforme de la cresta del reborde de más de 1 o 2 cm., o puede ser una masa granular de tejido que parece proliferar del que cubre el declive del reborde. El color varía, pero por lo general es similar al de las lesiones de los dentados.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

La lesión consta de masas no encapsuladas de tejido compuestas de delicado estroma de tejido conectivo reticular y fibrilar que contiene grandes cantidades de células conectivas jóvenes ovoides y fusiformes y células gigantes multinucleares. Las células gigantes a veces se asemejan a osteoclastos y en otros casos son mayores que -

que los osteoclastos típicos. Los capilares son abundantes y a -- veces se encuentran células gigantes en la luz de estos vasos. Hay focos hemorrágicos, con liberación de pigmento de hemosiderina y -- su ulterior ingestión por los fagocitos mononucleares, así como el infiltrado celular inflamatorio.

Se suelen observar espículas de osteoide o de hueso neoformado espar -- cidas en la lesión fibrosa vascular.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Revelen o no manifestaciones de lesión ósea subyacente a la lesión. En las zonas desdentadas este tumor presenta erosión superficial -- del hueso con la imagen patognomónica de un manquito óseo periféri -- co.

Cuando se produce en zonas dentas se revela la destrucción superfi -- cial del margen alveolar o de la cresta del hueso interdentario.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El tratamiento es la excisión quirúrgica, con cuidado de eliminar -- toda la base de la lesión. Si solo se realiza una excisión superfi -- cial, a veces hay recidiva. La extirpación de la proliferación en -- un maxilar desdentado debe ser seguida del aislamiento minucioso -- del hueso antes del cierre de la incisión, puesto que estas lesio -- nes tienden a infiltrarse y no estan bien delimitadas.

GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES Y TUMOR DE CELULAS GIGANTES.

Características Clínicas:

Se produce en niños y adultos jóvenes y es mas común en mujeres.- Afecta a cualquiera de los maxilares pero la mandíbula lo esta -- con mayor frecuencia. Las lesiones son mas comunes en el sector anterior de los maxilares y no es raro que crucen la línea media. El dolor no es común aunque se siente un malestar local que es -- común. Debido a la expansión de las corticales óseas hay un abultamiento entre leve y moderado del maxilar en la zona afectada. - Puede o nó tener síntomas y se descubre por accidente.

Características Radiográficas:

Es una lesión destructiva que produce una zona radiolúcida con -- borde relativamente liso o dentado y a veces revela trabéculas débiles. Suele haber locuciones definidas. Las láminas corticales suelen ser delgadas y expandidas y se llegan a perforar. Con frecuencia se observa desplazamiento de dientes. El aspecto de -- esta lesión no es patognómico y se puede confundir con el de -- otras lesiones de los maxilares tanto neoplasias como no neoplasias.

Características Histológicas:

Se compone de un estroma conectivo fibrilar laxo con muchos fibroblastos proliferantes y pequeños capilares intercalados. Las fibras colágenas no esta unidas. Las células gigantes multinucleares son prominentes en todo el tejido conectivo. Estas varían de tamaño de un caso a otro y contienen pocos núcleos o varias docenas. Hay numerosos focos de sangre extravasada vieja y el correg

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

39

pendiente pigmento de hemosiderina, en parte fagocitados por macrófagos. Se observan trabéculas de osteoide o de hueso en torno a la periferia de la lesión.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

El tratamiento es el cureteado o extirpación quirúrgica. Algunas veces recidivan, pero raras veces es causa suficiente para procedimientos radicales.

QUISTE OSEO ANEURISMATICO.

Se localiza en los maxilares y es mas frecuente en el maxilar.

Este se presenta con más frecuencia en otros huesos como vértebras y huesos largos.

Es una lesión poco frecuente, se parece algunas veces al tumor aneurismático de células gigantes y no es una verdadera enfermedad quística.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Es una lesión de personas jóvenes que se produce predominantemente antes de los 20 años, en ambos sexos.

Se suele tener una historia de lesión traumática precedente al desarrollo de la lesión.

Las lesiones son sensibles o duelen, en particular durante el movimiento y esta sensibilidad llega a limitar el movimiento del hueso afectado. Es común la hinchazón de la zona ósea afectada.

Los hallazgos macroscópicos en el momento de la intervención son característicos: Antes de penetrar en la lesión se encuentra una excesiva hemorragia y la sangre mana de los tejidos.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Las características son variables. A veces la lesión nos proporciona una imagen radiotransparente, redondeada o elíptica cuyos bordes periféricos están bien delimitados y pueden estar rodeados total o parcialmente por una zona hiperontótica. Cuando se localiza entre las raíces de los dientes, la lesión puede dar lugar al desplazamiento de estos, haciendo pensar en una entidad quística. En otros casos la lesión se presenta como una zo-

na radio-transparente gris brumosa que contiene unas finas e irregulares trabéculas que le dan un aspecto de pompas de jabón o de panal.

La cortical ósea puede estar destruida y es evidente la reacción periostica.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Se compone de un estroma de tejido conectivo fibroso que contiene muchos espacios cavernosos o sinusoidales ocupados por sangre.

Estos espacios presenta o no trombosis. Los fibroblastos jóvenes son abundantes en el estroma conectivo, así como las células gigantes multinucleares con una distribución similar a la del granuloma de células gigantes. Hay cantidades variables de osteoide y hueso.

PATOGENESIS:

Su naturaleza sigue siendo controvertida. La explicación más aceptada es que se desencadena por una lesión traumática que da lugar a la ruptura de un vaso sanguíneo y a la consecuente hemorragia intramedular que produce la resorción de hueso que da lugar a cavidad ósea llena de sangre.

Otra explicación es que constituye un intento exuberante de reparar un hematoma óseo, similar al granuloma central de células gigantes. En caso del quiste óseo aneurismático, se sostiene que el hematoma conserva una conexión circulatoria con el vaso dañado. Esto produciría una lenta corriente de sangre a través de la lesión. La única diferencia real entre el quiste aneurismático y el granuloma de células gigantes reside en que los va-

Los dañados de esta última lesión no conservan conexión circulatoria con la lesión.

Tratamiento y Pronóstico:

El sureteado o la extirpación quirúrgica es el adecuado, aunque también se han aplicado dosis bajas de irradiación. La recidiva en otros huesos además de los maxilares varía entre el 21 y 59% de los casos. Sin embargo en los maxilares no ha recidivado.

Es un tumor intrabucal relativamente raro.

Características Clínicas:

Es una neoplasia benigna de crecimiento lento, compuesta de -- células adiposas maduras.

Tiene diversas localizaciones como lengua, piso de la boca, -- pliegue mucovestibular e incluso en la encía. Se presenta como una masa blanda amarillenta, única o lobulada e indolora, fijada a una base sésil o pediculada.

El epitelio es delgado y los vasos sanguíneos superficiales se ven a través de la superficie. Algunas lesiones se localizan a mayor profundidad y producen una elevación leve de la superficie. Al palparlo, se percibe la forma difusa como si fuera líquido.

Características Histológicas:

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 y sostienen algunos vasos sanguíneos pequeños. Cuando este tejido conectivo fibroso forma una parte mas importante del tumor se utiliza la denominación "Fibrolipoma".

Tratamiento y Pronóstico:

Es la extirpación quirúrgica y la recidiva es rara.

XANTOMA VERRUCOIDE.

(Histiositosis "Y").

Es una lesión de la cavidad bucal, de etiología desconocida.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Se presenta como una lesión solitaria, de color normal o rojizo, pero a veces pálido o hiperqueratósico, con superficie irregular y guijarros de base sésil o pediculada. Es asintomático y puede medir de 2 mm., hasta 1.5 cm. de diámetro.

No hay referencia de sexo y aparece en adultos mayores de 40 años y se dá en cualquier sitio.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Tiene una superficie verrucosa e hiperqueratósica con abundantes tapones paraqueratina que suele ser aspera, con colonias bacterianas superpuestas.

Los brotes epiteliales son extremadamente largos, sumamente delgados pero muy uniformes. El rasgo característico es la presencia de grandes células espumosas hinchadas o células xantomatosas, histiocitos, que ocupan las papilas conectivas entre los brotes epiteliales. Se confinan a las papilas y no se extienden hacia la dermis debajo de los brotes.

TRATAMIENTO:

Excisión quirúrgica. No se observan recidivas.

Nevo Vascular.

Es una neoplasia benigna que se caracteriza por la proliferación de vasos sanguíneos. Suele ser de naturaleza congénita. Estos tumores raras veces invaden los tejidos circundantes.

Watson y Mc.Carthy propusieron una clasificación simple sobre los tumores: 1)- Hemangioma capilar, 2)- Cavernoso, 3)- Angioblástico o hipertrófico, 4)- Racemoso, 5)- Sistemico difuso, 6)- Metastatizante, 7)- Nevovinoso o mancha vinoosa y 8)- Telangiectasia hemorrágica hereditaria.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

La mayoría de los hemangiomas estan presentes desde el nacimiento o muy poco después aparece. Predomina mas en el sexo femenino.

Afecta en un 56% el cuello y cabeza.

MANIFESTACIONES BUCALES.

El hemangioma de los tejidos blandos bucales es similar al de la piel, aparece como una lesión plano o elevada de color rojo intenso o rojo azulado y bien circunscrita. Los lugares más afectados son lengua, labios, mucosa vestibular y paladar. El tumor suele ser traumatizado y se ulcera o infecta en forma secundaria.

A veces se observan hemangiomas centrales de maxilar y mandíbula, en éstos últimos el tumor es una lesión destructora de hueso de tamaño y aspecto variable, que sugieren un quiste.

El intento de exición quirúrgica de esta lesión central dan por resultado una intensa pérdida de sangre, que a veces desangran al paciente a tal punto de provovarle la muerte. Se aconseja la -----

aspiración del contenido líquido mediante una aguja antes de hacer la intervención.

Características histológicas: El hemangioma común se compone de numerosos capilares pequeños tapizados de una capa de células endoteliales por un estroma de tejido conectivo de diversa intensidad. La forma cavernosa se compone de grandes senos sanguíneos dilatados con paredes delgadas, tapizadas de endotelio. Los espacios sinusoidales están ocupados por sangre, aunque algunas veces se ve una mezcla con ocasionales vasos linfáticos.

Tratamiento y Pronóstico:

Se han tratado de diversas formas incluidas la: 1).- Cirugía.- 2).- Irradiación (externa y con radio), 3).- Agentes esclerosantes, como murecato o psiliato de sodio inyectados en la lesión. 4).- Nieve carbónica, 5).- Crioterapia, 6).- Compresión. Cada una de las formas de tratamiento tiene defensores y opositores, y en menos capacitadas, cada uno tiene su lugar apropiado.

El pronóstico es excelente, ya que no recidiva, ni se transforma en maligno.

TELANGIECTASIA HEMORRAGICA HEREDITARIA.

Enfermedad de Rendu-Osler-Weber.

En una forma de hemangioma, es una enfermedad congénita y hereditaria que se caracteriza por zonas telangiectásicas angiomatosas distribuidas en la piel y mucosa bucal y tiende a experimentar -- repetidas hemorragias. Es transmitida por los dos sexos como dominante mendeliano simple.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Las lesiones se presentan en forma de pápulas ligeramente elevadas, ovoides, violáceas rojizas, cuyo diámetro oscila entre 1 y 3 mm. Aunque esta diátesis hemorrágica puede manifestarse en la infancia, los antecedentes de epistaxis preceden a menudo la aparición manifiesta de la telangiectasia. Esta afección se va haciendo más marcada en la adolescencia y en los adultos. A medida que se va envejeciendo las telangiectasias se hacen más numerosas y grandes, pudiendo formar pequeños aglomerados de angionas o tumores vasculares.

Las lesiones cutáneas son muy comunes en la cara, cuello y pecho aunque pueden afectar cualquier zona. La afección de la mucosa bucal constituye una característica importante de la enfermedad; las zonas más afectadas son labios, encía, mucosa vestibular y paladar, piso de la boca y lengua.

DIAGNOSTICO:

Las lesiones palidecen con la presión y persisten en la misma -- área al contrario de lo que sucede con las ptequias. La biopsia manifiesta una deficiencia del tejido conjuntivo y de las fibras musculares lisas en las delgada pared de los capilares. Los -

exámenes de tiempo de sangrado y de coagulación dan resultados dentro de los límites normales. Otros datos de laboratorio son los de anemia.

Los criterios para el diagnóstico seguro dependen de un cuidadoso examen clínico y de una historia clínica detallada.

También puede establecerse el diagnóstico si se comprueba la existencia de epistaxis que datan de la infancia, la presencia de zonas telangiectásicas y antecedentes familiares.

Características Histológicas:

Se debe fundamentalmente a defectos en los vasos sanguíneos pequeños de piel y mucosas. Hashimoto y Pritzker comprobaron que la causa real de la hemorragia es un defecto intrínseco primario de las células endoteliales que permiten su desunión o un defecto del lecho tisular de sostén perivasculare que debilita a los vasos y no la falta de fibras elásticas como se pensaba en una época.

Tratamiento y Pronóstico:

El tratamiento es variado según sea su gravedad. Las hemorragias espontáneas se cohiben con taponamiento a presión, en particular las nasales. A veces zonas telangiectásicas se cauterizan, se tratan mediante la irradiación o se eliminan por cirugía. Raras veces la enfermedad es tan grave que ponga en peligro la vida.

ANGIOMATOSIS ENCEFALOTRIGEMINA.

Enfermedad de Sturge Weber.

Es una afección congénita muy rara, que se caracteriza por la -- combinación de un angioma venoso de las leptomeninges de la corteza cerebral con lesiones angiomasas ipsolaterales de la cara, craneo, maxilares y tejidos blandos bucales. Este trastorno puede ser clasificado como una variante del hemangioma.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se observan angiomas capilarvenosos dérmicos (nevus Flammeus), -- estos están presentes al nacer y se confinan exclusivamente a la zona de la piel inervada por el trigémino. Hay calcificaciones--circunvoluntarias intracraneanas típicas. En algunos casos hay lesiones oculares, que consisten en angiomas de la coroides, -- glaucoma u otras anomalías.

Las manifestaciones neurológicas comprenden trastornos convulsivos, hemiplejia espástica y retardo mental. Estas guardan relación directa con el angioma leptomeníngeo y las calcificaciones, vinculadas ésta últimas con el trastorno vascular.

MANIFESTACIONES BUCALES.

Las lesiones angiomasas también atacan a veces la encía y mucosa bucal.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Escencialmente es del campo de la neurocirugía, aunque a veces -- es posible tratar las convulsiones con drogas anticonvulsivas.

ANGIOFIBROMA NASOFARINGEO.

Fibroma Nasofaríngeo Juvenil.

Es una neoplasia rara que se produce en la nasofaríngeo de varones adolescentes. A veces se ha extendido abarcando la cavidad oral.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Es una lesión no encapsulada, expansiva e infiltrativa que se origina en el tejido blando de la nasofaríngeo.

La lesión se manifiesta por obstrucción nasal, epistaxis y sinusitis.

A medida que el tumor se agranda, se produce la depresión del paladar y la deformidad facial.

MANIFESTACIONES BUCALES.

Constan de una masa palatina o amigdalina, con obstrucción nasal. Ocasionalmente, se ven lesiones de la parte posterior del maxilar e incluso de la mandíbula que son idénticas a las lesiones nasofaríngeas.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El tumor consiste en dos componentes básicos y característicos: Una trama vascular y un estroma conectivo. Los vasos de la trama vascular son de diferente grosor, de forma irregular y por lo general constan de un revestimiento endotelial simple. Los elementos vasculares son mas pronunciados en la periferia de la lesión, donde hay crecimiento activo. Se observa trombosis y oclusión en asociación con vasculitis.

El estroma se compone de fibrillas colagenas finas y gruesas, de disposición irregular y desorientada, intercaladas con células --

claras y estrelladas distribuidas al azar. Hay focos hialinizados, así como zonas semejantes a degeneración mixomatosa.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Ha sido en general quirúrgico, a veces complementado por irradiación de rayos X. Son comunes las recidivas múltiples, pero no se produce transformación maligna.

LINFANGIOMA.

Tumor benigno de los vasos linfáticos, es la contraparte menos común del hemangioma. Watson y Mc. Carthy propusieron una clasificación sobre estudios de 41 casos: 1).- Simple. 2).- Cavernoso, 3).- Celular o hipertrófico, 4).- Sistemático difuso y 5).- Quístico o higroma.

Características Clínicas El linfangioma existe ya en el momento del nacimiento y solo en algunos casos aparece mas tarde.

Es una lesión difusa ligeramente elevada cuya superficie la forman numerosos racimos muy aglomerados de pequeños nódulos llenos de liquido. La palpación muestra una masa de consistencia firme, y en muchos casos los límites estan mal definidos.

Manifestaciones Bucales:

Es más comun en la lengua pero se observa también en el paladar mucosa vestibular, encia y labios. Las lesiones superficiales se manifiestan como lesiones papilares del mismo color de la mucosa adyacente o de un tono levemente mas rojo. Las depresiones más profundas se presentan como nódulos o masas sin alteraciones de la textura superficial o el color. En la lengua se produce un apreciable crecimiento, y a esta característica se le llama --- "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. La lesión del labio y su correspondiente deformación se denomina "Macroquilia".

Características Histológicas

Consta de numerosos linfáticos dilatados limitados por células endoteliales y que contienen linfa; a veces estan llenos de sangre.

Tratamiento y Pronóstico:

Consiste generalmente en la extirpación quirúrgica, ya que las lesiones no responde a las soluciones esclerosantes como el hemangioma.

MIXOMA.

Es una neoplasia benigna que con frecuencia se infiltra en los tejidos adyacentes, compuesta de tejido semejante al mesenquima primitivo. Por lo tanto se compone de células estrelladas o en forma de agujas en un estroma mucoso laxo que contiene delicadas fibras de reticulina.

Características Clínicas:

Son lesiones situadas en profundidad que se producen en la piel o tejido subcutáneo, vías genitourinarias, aparato gastrointestinal o en órganos del cuerpo. Es de consistencia blanda y no presenta movilidad. Este tumor hace su aparición a cualquier edad y no hay preferencia de sexo.

Características Histológicas:

Es un tejido de textura laxa que contiene grandes cantidades moderadas de delicadas fibras de reticulina y material mucoso, probablemente ácido hialurónico. Hay cantidades variable de células estrelladas intercaladas que adoptan la forma de hueso. El tumor no está encapsulado y puede invadir los tejidos vecinos.

Manifestaciones Bucales:

El mixoma intrabucal de tejidos blandos es una lesión extremadamente rara. La mayoría de los casos bucales son solo una degeneración mixomatosa en un tumor fibroso y no pueden ser considerados mixomas verdaderos.

Otros casos que se originan dentro de los maxilares fueron clasificados como mixomas odontógenos.

Tratamiento y Pronóstico

Es esencialmente quirúrgico. La recidiva es común pero no grave

porque el tumor no metastatiza.

CONDROMA.

Es una neoplasia benigna central compuesta de cartílago maduro. Aunque es raro verlo en los huesos membranosos puede encontrarse en la mandíbula y maxilar, en las que pueden encontrarse restos de cartílago que sán origen a la neoplasia. Esta lesión es de considerable importancia clínica por la propensión del tumor a experimentar una degeneración maligna. Aún después de permanecer inactivo durante largos periodos.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se presenta a cualquier edad y no hay predilección de sexo. Se origina como una hinchazón indoloro y lentamente progresiva del maxilar y es capaz de producir aflojamiento de dientes. La mucosa que lo cubre raras veces se ulcera. La parte anterior del maxilar es el sitio más común porque aquí es donde se encuentran restos cartilaginosos vestigiales, particularmente en la línea media, hacia palatino o entre los incisivos central. En la mandíbula, es mas común detras de los caninos, afecta al cóndilo o apófisis coronoides.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Revelan una zona radiolúcida irregular o moteada en el hueso. El condroma es una lesión destructora que produce una laxitud de dientes e incluso una resorción de las raíces de los dientes adyacentes.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Se compone de una masa de cartílago hialino que presenta zonas de calcificación o de necrosis. Las células cartilaginosas son-

son pequeñas, contienen núcleos únicos y no presentan gran variación de tamaño, forma o reacción tintorial. Los tumores varían considerablemente de aspecto de una zona a otra.

Tratamiento y Pronóstico:

El tratamiento es quirúrgico. El pronóstico de esta enfermedad en los maxilares es desconocido pero a juzgar por otras partes del organismo probablemente sea bueno.

Tumor gigantocelular condromatoso epifisiario Tumor de Codman.
Es una entidad definida que afecta los huesos largos pero a veces se dá en mandíbula.

Características clínicas:

Aparece en personas jóvenes de los 5 a los 25 años. Los hombres son más afectados que las mujeres. La mayoría de los casos afecta los huesos largos de las extremidades superiores e inferiores. Sin embargo se ha localizado en el cóndilo de la mandíbula.

Características Histológicas:

Se compone de células poliédricas relativamente uniformes y estrechamente apretadas con focos ocasionales de matriz condroide. Hay células gigantes multinucleares dispersas, asociadas con zonas de hemorragias, necrosis o calcificación del material condroide. Hay también producción de hueso y osteoide.

Tratamiento y Pronóstico:

Es la extirpación quirúrgica conservadora, y la recidiva no es muy común.

FIBROMA CONDROMIXOIDE.

Es un tumor raro de origen cartilaginoso.

Características Clínicas:

Se presenta en personas menores de 25 años. No tiene predilección de sexo. La mayoría de los casos se presenta en huesos largos, -- pero también en huesos pequeños de pies y manos / rara vez en --- cualquier otro sitio.

El dolor es la característica clínica de la lesión. La hinchazón es rara.

Características Histológicas. Presenta zonas mixomatosas fibrosas y condroides. A veces se encuentran zonas de calcificación.

Tratamiento y Pronóstico:

Es la extirpación quirúrgica conservadora. Sin embargo la recidiva no es rara.

OSTEOMA.

Es una neoplasia ósea benigna, relativamente rara de la mandíbula y maxilar, caracterizada por la proliferación de hueso compacto - o esponjoso en una localización endosteal o periostica.

Características Clínicas

Puede originarse a cualquier edad, pero es más común en adultos - jóvenes. La lesión es de origen periostico, se manifiesta como - una tumefacción circunscrita. El osteoma es de crecimiento lento. Los osteomas múltiples de los maxilares, como de otros huesos son manifestación del síndrome de Gardner.

Síndrome de Gardner.

Es un complejo nosológico estudiado por Fader y colaboradores. -- Se caracteriza por presentar múltiples dientes supernumerarios -- retenidos. Este se compone de: 1).- Polipoides múltiples del in- testino grueso, 2).- Osteomas en los huesos largos, cráneo y maxi- lares, 3).- Quistes epidermoides o sebáceos de la piel, 4).- Des- arrollo ocasional de tumores desmoides, y 5).- Dientes supernumera- rios y permanentes retenidos.

Se debe a un gen pleotrópico único y tiene una pauta de herencia- dominante autosómica, con penetración completa y expresión varia- ble.

El osteoma de tejidos blandos de la boca es una lesión rara, tam- bién conocida como "osteoma mucoso". Estas lesiones se originan- en lengua y a veces en mucosa bucal. Se presenta a cualquier --- edad y presenta un nódulo firme.

Características Radiográficas:

La lesión central aparece en el interior del maxilar como una zo-

na radiopaca bien delimitada que es indistinguible del hueso -- cicatrizal. La forma perióstica también se manifiesta como masa esclerótica.

Características Histológicas:

Está compuesto de hueso compacto en extremo denso o de hueso esponjoso con espacios amplios. La lesión puede ser bien circunscrita pero no encapsulada.

Tratamiento y Pronóstico:

No es necesario el tratamiento solo si la lesión causa dificultades sera tratado quirúrgicamente, y no recidiva después del tratamiento.

OSTEOMA OSTEOIDE.

Es un tumor benigno que raras veces se presenta en los maxilares. La naturaleza de esta lesión es desconocida. Algunos autores sugieren que la lesión es una verdadera neoplasia de origen osteoblástico, otros que se producen como consecuencia del trauma o inflamación. Ha sido confundido con la osteomielitis esclerosante crónica. Freigber apoya la teoría neoplásica en base a un estudio de 80 casos.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se presenta en personas jóvenes; en niños menores de 10 años. -- Se ha encontrado más en el femur o tibia, aunque ocasionalmente están afectados otros huesos. Los síntomas principales son: un dolor intenso, desproporcionado con el tamaño pequeño de la lesión. Puede haber tumefacción localizada de tejidos blandos sobre la zona afectada que puede estar sensible.

MANIFESTACIONES BUCALES.

De los 7 casos registrados 4 eran en mandíbula y 3 en maxilar. De los mandibulares, 3 se hallaban en el cuerpo y uno en el cóndilo, de los del maxilar uno afectaba al seno maxilar.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Presenta una pequeña zona radiolúcida ovoide o redonda rodeada de un borde de hueso esclerótico.

La lesión mide 1 cm. de diámetro, la corteza que lo cubre se engrosa por neoformación de hueso perióstico.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Consiste en un nido central de tejido osteoide con grados varia--

bles de calcificación entremezclados con tejido conectivo vascular. Hay formación de trabéculas definidas en lesiones más antiguas. El periostio suprayacente presenta neoformación ósea y hay colección de linfocitos en este tejido intersticial.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Es la eliminación quirúrgica completa y no hay recidiva.

OSTEOBLASTOMA BENIGNO.

Osteoma Osteoide Gigante.

Es una lesión rara que con frecuencia es tomada por un tumor óseo maligno pese a su total benignidad.

Características Clínicas:

Se presenta en personas jóvenes menores de 20 años. Con predilección a los hombres. Se caracteriza por dolor e hinchazón en el sitio de la lesión y su duración varía de semanas a un año o más.

Se localiza más en la columna vertebral, sacro, huesos tubulares largos y bóveda craneana. Se presenta en maxilar y mandíbula.

Características Histológicas:

Los rasgos característicos son:

- 1).- Vascularidad de la lesión con muchos capilares dilatados en todo el tejido.
- 2).- Células gigantes multinucleares dispersas en el tejido y
- 3).- Osteoblastos en activa proliferación que cubren las trabéculas irregulares de hueso nuevo.

Características Radiográficas:

Aparece bien circunscrita. A veces hay puramente destrucción ósea y otras veces suficiente neoformación ósea para producir un aspecto radiolúcido y radiopaco mixto manchado.

Tratamiento y Pronóstico: Es la extirpación quirúrgica conservadora. La recidiva es rara.

TORUS PALATINO.

Es una protuberancia o excrecencia ósea de crecimiento lento lento y base plana que se presenta en la línea media del paladar duro, -- que se debe a un excesivo desarrollo de cada apófisis palatina que se unen dando lugar a la formación de una apófisis única.

Suzuki y Sakai dicen que son estados hereditarios que se supone siguen una pauta medeliana dominante.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se presenta a cualquier edad y las mujeres son afectadas con mayor frecuencia.

El torus se presenta como una saliente en la línea media del paladar y adquiere varias formas; puede ser un abultamiento en el centro de la bóveda, de consistencia ósea muy pequeña de superficie lisa, simétrico, suavemente limitado; una prominencia o nódulo de tamaño pequeño, una masa moderada de tamaño, redonda ovalada o elíptica, con una base de adhesión plana o ligeramente pedunculada, o un tumor masivo y voluminoso, de dureza ósea. Desde el punto de vista clínico ha sido clasificado como plano, fusiforme, nodular o lobulillar. El torus, se compone de hueso compacto denso o de un corazón de hueso compacto con un centro de hueso esponjoso. La mucosa que lo recubre esta intacta, pero a veces aparece más pálida. Si se -- traumatiza se ulcera.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

En las oclusales se ven como radiopacidades bien delimitadas en la bóveda. Suelen ser de gran densidad y en las de mayo

tamaño la cortical externa del torus se distingue bien del centro medular menos denso. En las periapicales se vé como una radiopacidad lisa de superficie curvada en los límites superiores de la placa, superpuesta sobre el antro y ocultando completamente su imagen.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Generalmente esta lesión no se trata, ya que es benigna y no se transforma en maligna. Pero en caso de que ésta complique el trabajo protésico e imposibilite al paciente, para llevar a cabo sus funciones bucales, será tratada quirúrgicamente.

TORUS MANDIBULAR.

Es una exostosis o saliente ósea que se encuentra en la superficie lingual.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se presenta sobre la línea milohioidea, por lo común a la altura de los premolares, su tamaño y forma varían considerablemente.

Son unilaterales y bilaterales y pueden ser únicas o múltiples.

Se presenta en adultos a los 30 años sin predilección de sexo.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Se identifican con facilidad las imágenes radiopacas de los torus superpuestos sobre las raíces de los dientes (placas periapicales) y sus radio,acididades densas, bien limitadas que hacen prominencia en la superficie lingual de la mandíbula (oclusales).

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Solo es necesaria la intervención quirúrgica para que en caso de que el paciente necesite prótesis, se pueda llevar a cabo.

Son tumoraciones localizadas de hueso, compuestas de hueso compacto denso. Son menos comunes que los torus palatino y mandibular, que se encuentran en la superficie vestibular del maxilar y mandíbula debajo del pliegue mucovestibular de la zona de los molares. Clínicamente son pequeñas protuberancias nodulares sobre las cuales la mucosa puede estar blanqueada.

Es de etiología desconocida. Aunque a veces se ha planteado como una hiperplasia compensadora debida a influencias genéticas. En la actualidad se cree que son anomalías del desarrollo, de naturaleza benigna. No tienen importancia clínica.

Características Clínicas:

Tienden a ser múltiples y bilaterales. Están casi siempre regularmente alineadas y espaciadas en dirección anteroposterior. Pueden ser de distintos tamaños y formas y se localizan en el punto medio entre borde gingival y pliegue mucovestibular. Pueden ser abultamiento lisos, redondos y simétricos, protuberancias de forma irregular o masas nodulares.

La mayoría de los casos se identifican por su localización, consistencia ósea, coloración normal, evolución larga y falta de crecimiento continuo y por ser asintomática.

Tratamiento y Pronóstico:

No está indicada la cirugía, solo en aquellos casos en los que su tamaño masivo o su localización lo aconsejen, y se realizará una extirpación quirúrgica parcial o total.

C O N C L U S I O N .

Después de lo mencionado anteriormente es necesario establecer un criterio al respecto.

Dentro de la labor del cirujano dentista, está la de diagnosticar no solamente la caries dental u otras afecciones leves, -- sino también la de identificar todas aquellas anomalías que -- aunque no son muy comunes, se presentan y pueden ocasionar serios trastornos en el paciente.

En lo referente a los tumores benignos, hay que tener en cuenta que uno de los principales motivos de que estos no causen serios trastornos es el diagnóstico precoz que pueda efectuarse y por lo consiguiente el adecuado tratamiento de éstos.

Para lograr realizar el diagnóstico y tratamiento de los tumores es necesario tener un amplio conocimiento de los tejidos y estructuras de la cavidad bucal y analizar los motivos o causas que originan la presencia y evolución de los tumores de la cavidad bucal.

Los avances actuales dentro de la patología bucal nos muestran estudios muy completos donde podemos observar características clínicas, radiográficas, causas, evolución de los tumores y -- por lo tanto basándose en estos datos podremos combatir en forma por demás eficaz estos padecimientos.

Es, para todos aquellos conocedores de la patología bucal una enorme satisfacción poder asimilar y analizar los conocimientos que sobre padecimientos y afecciones orales se ha practicado y escrito. Por lo tanto la idea o intención de este trabajo que -

trata sobre "tumores benignos de origen conectivo de la cavidad bucal" trata, es de recopilar una serie de conocimientos, un resultado satisfactoria y así mismo lograr un interés sobre este tipo de afecciones en aquellos que puedan leer este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

Arthur W. Ham

TRATADO DE HISTOLOGIA
Editorial Interamericana
Sexta Edición.

D. Vicent Provenza

HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA ODONTOLOGICAS
Editorial Interamericana
Primera Edición.

Willian G. Shafer, Maynard K.Hine, Harnet M. Levy.

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
Editorial Interamericana.
Primera Edición.

Gustav O. Kruger.

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
Editorial Interamericana
Segunda Edición.

Eduard V. Zegarelli, Austin H. Kutsuher, George A. Hyman.

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL.
Salvat Editores
Reimpresión 1978.

W. Harry Archer

CIRUGIA BUCAL
Editorial Mipamundi
Reimpresión de la 2a. Edición.

Malcom A. Lynch.

MEDICINA BUCAL DE BURKET, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
Editorial Interamericana
Séptima Edición.

Michel Dechaume

ESTOMATOLOGIA
Editorial Toray-Misson
Primera Edición.